

BAGSO e. V. • Bonngasse 10 • 53111 Bonn

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Sekretariat PA 14  
Michael Thiedemann  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Per mail: [Michael.thiedemann@bundestag.de](mailto:Michael.thiedemann@bundestag.de)**



Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Senioren-Organisationen e.V.

Bonngasse 10  
53111 Bonn

Tel. 0228-24 99 93-26  
[kaiser@bagso.de](mailto:kaiser@bagso.de)

Bonn, den 20.04.2015

## **Stellungnahme**

### **der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)<sup>1</sup>**

#### **zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) – BT 18/4282 (11.03.2015)**

Eine wichtige Konsequenz der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung liegt in der Alterung der Bevölkerung und dem Anstieg der Zahl hochaltriger Menschen. Dieser Anstieg hat erhebliche Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen, da im hohen Alter das Risiko von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen deutlich steigt.

Angesichts dieser besonderen, sich durch die demografische Entwicklung ergebenden Herausforderungen begrüßt die BAGSO grundsätzlich das Anliegen des Gesetzentwurfs, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken.

---

<sup>1</sup> Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) vertritt über ihre 111 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen in der Pflegemitarbeit nach §118 SGB XI, aber auch beim Thema Gesundheit engagiert. So hat die BAGSO federführend bei der Erarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ des Kooperationsverbands gesundheitsziele.de mitgewirkt und ist u.a. Mitglied im Fachbeirat „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Positiv zu bewerten sind aus der Sicht der BAGSO insbesondere folgende Regelungen:

- Die Erhöhung der Mittel, die die Krankenkassen für primäre Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben haben (Ziff. 4 - § 20 Abs. 6 SGB V).
- Die Ausrichtung von Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung auf die vom Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* entwickelten Gesundheitsziele, darunter auch das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ (Ziff. 4 - § 20 Abs. 3 SGB V).
- Die Festlegung eines Mindestbetrags für Ausgaben der Krankenkassen für primäre Prävention in Lebenswelten und somit die Betonung der Bedeutung von Settings für die primäre Prävention, darunter auch die ausdrückliche Benennung der Lebenswelten älterer Menschen (Ziff. 4 - § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V sowie Ziff. 5 - § 20a Abs. 3 SGB V).
- Das Ziel, dass die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ sollen (Ziff. 4 - § 20 Abs. 1 SGB V).
- Die Einräumung der Möglichkeit für Versicherte mit besonderen familiären Belastungssituationen (z.B. pflegende Angehörige), erforderliche ambulante Versorgungmaßnahmen in anerkannten Kurorten (wohnotfern) zu erhalten, und die Erhöhung des möglichen Zuschusses hierfür (Ziff. 10 - § 23 Abs. 2 SGB V).
- Die Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Präventionsleistungen. (Ziff. 4 - § 20 Abs. 2 SGB V)
- Die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie sowie die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz. (Ziff. 8 - §§ 20d und 20e SGB V)

Zugleich muss die BAGSO aber auch feststellen, dass der Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten hinter den Erwartungen der Fachkreise und hinter dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über sinnvollerweise zu ergreifende Maßnahmen zurückbleibt.

Bereits die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, aber z.B. auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und die sechste Altenberichtscommission haben wichtige Hinweise gegeben, hinter denen die Politik nicht zurückbleiben darf. Demnach gehen Gesundheitsförderung und Prävention weit über das Gesundheitssystem hinaus. Sie zielen auf eine Vermeidung und Verringerung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen durch eine Verringerung von Belastungen und Risiken. Sie setzen außerdem bei der Stärkung der Gesundheitsressourcen an. Dies bezieht sich einerseits auf den einzelnen Menschen, der befähigt werden soll, sein Gesundheitspotenzial zu entfalten, andererseits auf Staat und Gesellschaft, die die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung verbessern und nicht zuletzt die Einrichtungen im Gesundheitswesen neu orientieren

sollen. Ziel ist es, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.

Für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist es zentral, dass sie

- an krankmachenden Lebensbedingungen ansetzt,
- die lokale Ebene einbezieht und deren Akteure unterstützt,
- die Selbsthilfe fördert,
- die Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung gesunder Lebensbedingungen beteiligt und
- die Kompetenzen der Menschen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten fördert.

Diesen Ansprüchen genügt der Entwurf nicht.

Der Gesetzentwurf reduziert Gesundheitsförderung und Prävention zu sehr auf eine Förderung der Eigenverantwortung. Gesundheit zu erhalten und zu stärken und ein gesundes, selbstbestimmtes und erfülltes Älterwerden zu erreichen, kann aber nicht allein dadurch bewirkt werden, dass man in erster Linie an die Eigenverantwortung appelliert. Das gilt erst recht für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Gesundheitsverhalten hängt von vielen kognitiven, emotionalen und sozialen Faktoren sowie von Umweltbedingungen ab. Es zu beeinflussen bedarf es eines Vorgehens, das gesamtgesellschaftliches Handeln und gesamtgesellschaftliche Veränderungen einschließt.

Nach dem Gesetzentwurf (Gesetzestext und Begründung) sollen Gesundheitsförderung und Prävention in Settings stattfinden. Das greift zu kurz. Gesundheitsförderung und Prävention sollten nicht nur in Settings stattfinden, sondern Gesundheitsförderung und Prävention müssen auch darauf gerichtet sein, die Settings ggfls. zu verändern und gesundheitsförderlich zu gestalten. In diesem Zusammenhang müsste auch gewährleistet werden, dass die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention besonders vulnerable Gruppen erreichen.

Der Gesetzentwurf stellt zu sehr auf die Sozialversicherungsträger ab. Für Gesundheitsförderung und Prävention ist aber auch – gerade für einen lebensweltlichen Ansatz - die Einbeziehung der kommunalen Ebene unverzichtbar. Aus diesem Grund sollten im Gesetzentwurf die örtlichen Strukturen genutzt und unterstützt werden. Nicht nachvollziehbar ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, der kommunal verankert ist, im Gesetzentwurf keine Rolle zugewiesen bekommen hat. Er ist besonders dazu prädestiniert, vulnerable Gruppen anzusprechen. Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit sind stärker einzubeziehen.

Im Gesetzentwurf nicht enthalten ist eine Stärkung der Präventionsforschung. Sie ist dringend notwendig und sollte sich damit befassen, welche der bisher praktizierten

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wirksam sind und welche Zugänge zu vulnerablen Gruppen sich bewährt haben.

### **Im Einzelnen gibt die BAGSO folgende Hinweise:**

#### **Zu Artikel 1 Ziff. 4. (§ 20 SGB V)**

1. In § 20 Abs. 1 S. 1 werden die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung gesetzlich definiert als Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und als Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). Damit wird nur das Verhalten der Versicherten – also die Verhaltensprävention und das eigene gesundheitsförderliche Verhalten – angesprochen. Nicht angesprochen werden aber die Verhältnisse, die auch auf die Gesundheit der Versicherten einwirken können – also die Verhältnisprävention. Das ist nach dem allgemeinen Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung, wie es oben im Sinn der Ottawa-Charta beschrieben worden ist, zu eng. Wenn auch die (Veränderung der) Verhältnisse angesprochen sein sollen, dann muss das auch im Gesetzestext seinen Ausdruck finden.

Zu begrüßen ist, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen.

2. Die BAGSO begrüßt, dass in § 20 Abs. 3 bestimmt wird, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 die Ziele und Teilziele der bisher entwickelten sieben Gesundheitsziele des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de zu berücksichtigen hat. Die BAGSO hält die Regelung jedoch für unvollständig.

Zum einen ist die Regelung zu statisch, weil sie zwar die sieben vorhandenen Gesundheitsziele benennt, aber künftige Entwicklungen nicht berücksichtigt. Der Gesundheitszieleprozess ist ein fortlaufender Prozess. Wenn es sich als notwendig erweist, werden neue Gesundheitsziele erarbeitet oder vorhandene überarbeitet. Es findet sich in dem Gesetzentwurf kein Hinweis darauf, wie mit neuen oder überarbeiteten Gesundheitszielen verfahren werden soll. Soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in gleicher Weise an neue oder überarbeitete Gesundheitsziele gebunden werden, müsste jedes Mal der Gesetzgeber tätig werden. Das erscheint zu aufwändig. Aus diesem Grund sollte eine einfachere Verfahrensweise gewählt werden. Es bietet sich z.B. an, dass dem BMG eine entsprechende Rechtsverordnungsermächtigung erteilt wird.

Zum anderen ist festzustellen, dass dem Gesundheitszieleprozess zwar eine grundlegende Bedeutung in der Zielorientierung der Gesundheitsversorgung beigemessen wird, aber nicht Sorge für eine nachhaltige Fortsetzung des Prozesses getragen wird. Vermisst wird, dass die Finanzierung der dem Gesundheitszieleprozess zugrunde liegenden Strukturen geregelt wird.

3. In Abs. 4 Nr. 2 wird festgelegt, dass die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten erbracht werden. In der Begründung zu Abs. 4 werden diese sog. „Settingleistungen“ als Leistungen bezeichnet, die sich (auch) auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten beziehen. Das kommt aber im Gesetzestext selbst nicht zum Ausdruck (siehe oben Ziff. 1).

4. In Abs. 6 ist vorgesehen, dass die Krankenkassen ab 2016 für die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung je Versicherten und Jahr 7 Euro und davon jeweils 2 Euro für Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufzuwenden haben. Sowohl die Anhebung der Gesamtaufwendungen als auch die Festlegung eines Mindestbetrags für Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden begrüßt. Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Lebenswelten spricht sich die BAGSO allerdings dafür aus, den Mindestbetrag zu erhöhen. Sie hält einen Mindestbetrag von 3 Euro je Versichertem für angebracht.

Daneben ist vorgesehen, dass die Krankenkassen einen Mindestbetrag von 2 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden haben – also einen beträchtlichen Teil der für Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt aufzuwendenden Mittel von 7 Euro je Versichertem. Ohne die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu schmälern, bleibt festzustellen, dass durch diese Fokussierung große Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Rentnerinnen und Rentner unberücksichtigt bleiben.

### **Zu Artikel 1 Ziff. 5 (§ 20a SGB V)**

1. In Abs. 1 wird bestimmt, dass die Krankenkassen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern. Hierzu sollen sie „unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale“ erheben und „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

Zu begrüßen ist, dass die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen beim Erheben der Situation und bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbes-

serung der Situation beteiligt werden sollen. Allerdings ist unklar, ob mit „gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale“ nur die Situation der Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt oder die Lebensweltsituation insgesamt – also die Verhältnisse - gemeint sind. Der Aufbau von Strukturen in Lebenswelten erfordert eine umfassendere Herangehensweise (s.o.).

2. In Abs. 2 wird geregelt, dass die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten erbringen können, wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen mit einer angemessenen Eigenleistung hierzu beitragen. Hier muss verhindert werden, dass infolge einer Überdehnung des Begriffs „angemessene Eigenleistung“ Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten unterbleiben. Es sollte klargestellt werden, dass die Mitarbeit an der Konzeptionierung von Maßnahmen als ausreichend angesehen werden kann.

3. In Abs. 3 ist vorgesehen, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kassenarztübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Versicherten entwickeln und durchführen soll. Eine Stärkung der BZgA ist zu begrüßen. Die Stärke der BZgA auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention sehen wir insbesondere in der Entwicklung von Konzepten, der Durchführung von Kampagnen und der Bereitstellung von Informationsmaterialien.

Um Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nachhaltig implementieren zu können, müssen sie den spezifisch regionalen und lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Es müssen daher unbedingt auch diejenigen Akteure eingebunden werden, die einen engen Bezug zu den Besonderheiten vor Ort haben. Neben dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, dessen Kooperationspartner mit ihren Gliederungen in den Lebenswelten aktiv sind, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) und den Landesvereinigungen für Gesundheit bietet sich vor allem der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) an. Er ist bundesweit kommunal aufgestellt, als Akteur vor Ort bekannt und verfügt aufgrund langjähriger Erfahrung über Zugangswege insbesondere zu vulnerablen Gruppen. Die BAGSO schlägt deshalb vor, den ÖGD ausdrücklich in § 20a Abs. 3 S. 3 als Kooperationspartner zu benennen.

### **Zu Artikel 1 Ziff. 8 (§§ 20d, 20e SGB V)**

1. Mit der Nationalen Präventionskonferenz (§20e) wird eine neue Struktur geschaffen, die die Aufgabe erhält, die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben. Dies wird im Grundsatz begrüßt. Die Mitgliedschaft und die Stimmrechte in der Nationalen Präventionskonferenz sind allerdings zu eng gefasst. Die Krankenkassen, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Pflegekassen erhalten als Arbeits-

gemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger (§20d) je zwei Sitze. Bund und Länder erhalten jeweils zwei Sitze mit beratender Stimme. Kommunale Spitzenverbände und die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Mit Rücksicht auf die Bedeutung von Ländern und insbesondere von Kommunen in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention ist für sie eine beratende Funktion zu wenig. Gerade die Kommunen sollten mehr als einen Sitz und Stimmrecht erhalten. Zu kritisieren ist außerdem dass weder die Wissenschaft noch Interessenvertreter der Versicherten beteiligt werden. Gerade letzteres widerspricht grundlegend den Forderungen der Ottawa-Charta.

2. Die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger (§20d) entwickeln eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie, die die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung und die Erstellung eines Präventionsberichts umfasst. Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen erfolgt im Benehmen mit Bundesministerien und den Ländern.

Während die Bundesagentur für Arbeit (mit Blick auf Arbeitslose) und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (mit Blick auf Kinder und Jugendliche) an der Vorbereitung der Präventionsstrategie beteiligt werden, fehlt die Einbeziehung von Akteuren aus dem Bereich der Seniorenarbeit und Altenhilfe. Dies lässt befürchten, dass bei der Festlegung der gemeinsamen Ziele, vorrangigen Handlungsfelder und Zielgruppen durch die Rahmenempfehlungen die Situation älterer Menschen nicht angemessen berücksichtigt werden wird.

### **Zu Artikel 1 Ziff. 14 (§ 25 SGB V)**

Fraglich ist, ob die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung zu einer primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung das in der Begründung genannte Ziel erreicht, „dass gezielt diejenigen Personen identifiziert werden, bei denen Präventionsbedarf und -potenzial besonders groß sind“. Dies setzt voraus, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung durch vulnerable Gruppen erfolgt. Heute wird die Gesundheitsuntersuchung eher von ohnehin gesundheitsbewussten Personen in Anspruch genommen. Es ist aus dem Gesetzentwurf nicht ersichtlich, wie sich das ändern sollte. In diesem Zusammenhang ist auch die Bonusregelung (Ziff. 14 § 65a SGB V) kritisch zu sehen. Sie wird als Anreiz zu gesundheitsbewusstem Verhalten angesehen, dürfte sich aber angesichts der geschilderten Nutzungswahrscheinlichkeit eher als weitere Benachteiligung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen herausstellen.

Am Beispiel der Gesundheitsuntersuchung zeigt sich, dass der Ansatz des Gesetzentwurfs zu eng gewählt ist. Primärprävention sollte an einer ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Lebensweise ansetzen und darauf abzielen, unterstützende lebensweltliche Rahmenbedingungen herzustellen. Das kann nicht Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten allein sein. Wenn man hier nicht über eine in den Le-

benswelten verortete, zugehende Beratungsstelle nachdenken will, so müsste jedenfalls eine Vernetzung und Kooperation der Ärztinnen und Ärzte mit lebensweltlich orientierten Akteuren vorgeschrieben werden.

### **Zu Artikel 6 Ziff. 1 (§ 5 SGB XI)**

1. Die Pflegekassen sollen ab 2016 mit einem Betrag von 0,30 Euro für jeden Versicherten Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen, „indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“. Die Bemühungen, gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen zu stärken und damit den Vorrang von Prävention und Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigen zu fördern, begrüßen wir. Allerdings bleibt fraglich, ob und wie diese Regelung sich in der Umsetzung von konkreten Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen niederschlagen soll. Können hiervon nur individuelle Maßnahmen oder auch strukturelle Maßnahmen bezahlt werden? Wer trägt Sorge dafür, dass die Mittel auch bei den Pflegebedürftigen ankommen? Wird es Rahmenempfehlungen geben und wer legt sie fest? Eine Verlagerung der Aufgaben der gesundheitlichen Prävention von den Krankenkassen auf die Pflegekassen sehen wir kritisch. Zudem sind hier Schnittstellenprobleme vorprogrammiert.
2. Bezeichnend ist, dass im allgemeinen Teil der Begründung (A.) sich der Punkt „Prävention in Pflegeeinrichtungen“ gar nicht findet und damit nicht als ein Schwerpunkt des Gesetzentwurfes aufgefasst wird.
3. Vor dem Hintergrund, dass 70% der Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause versorgt werden, halten wir es für besonders kritisch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung zur Prävention nur in die stationäre Pflege fließen sollen. Will man das Ziel der Prävention vor und bei Pflege verwirklichen, ist es entscheidend, gerade diejenigen mit präventiven Maßnahmen zu erreichen, die (noch) zu Hause leben, also ambulant versorgt werden. Nur so kann in größerem Maße erreicht werden, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.
4. Der Gesetzentwurf sieht demnach vor, dass ältere Menschen und Pflegebedürftige, die (noch) zu Hause leben, lediglich Anspruch auf Leistungen der Prävention im Rahmen von § 20 und §20a SGB V haben. Umso wichtiger ist, dass sichergestellt ist, dass ihre Situation und ihre Lebenswelten in differenzierter und angemessener Weise bei der Präventionsstrategie und den Rahmenvereinbarungen zu ihrer Umsetzung Berücksichtigung finden. Hierzu bieten sich insbesondere entsprechende Landesrahmenvereinbarungen mit dem ÖGD im Allgemeinen sowie zur zahngesundheitspflegerischen Gruppenprophylaxe (entsprechend § 21 SGB V) im Besonderen an.