

Präventionsgesetz: Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung

RÜDIGER MEIERJÜRGEN

Dr. Rüdiger Meierjürgen,
Stabsstelle Gesundheit,
BARMER GEK

Im vierten Anlauf konnte in diesem Sommer ein Präventionsgesetz („Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“, Präventionsgesetz – PrävG) verabschiedet werden. Damit hat eine seit Beginn des 21. Jahrhunderts anhaltende Diskussion über die gesetzliche Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention ein vorläufiges Ende gefunden. Im vorliegenden Beitrag sollen vor dem Hintergrund der gesetzlichen Neuregelungen konzeptionelle Weichenstellungen und Umsetzungsfragen diskutiert werden. Der Beitrag konzentriert sich auf die Felder der nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung. Weitere, mit dem PrävG geschaffene Neuregelungen, etwa zur Krankheitsfrüherkennung und zum Impfschutz, werden nicht vertieft.

Mangelnde Tatkraft kann man der Regierungskoalition im Gesundheitswesen in den vergangenen beiden Jahren wohl kaum vorwerfen. Zahlreiche Gesetzesvorhaben – die nahezu alle Leistungs- und Versorgungsbereiche betreffen – sind in der laufenden Legislaturperiode auf den Weg gebracht bzw. bereits verabschiedet worden. Auch das Präventionsgesetz, an dem sich bereits drei vorausgegangene Regierungskoalitionen (2005, 2008, 2013) zuvor erfolglos versucht haben, konnte relativ geräuschlos die parlamentarischen Hürden nehmen. Die Große Koalition hat damit das im Koalitionsvertrag abgegebene Versprechen eingelöst, noch in der laufenden Legislaturperiode ein Präventionsgesetz zu verabschieden.

Angesichts der in den „Gesellschaften des längeren Lebens“ hohen Bedeutung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, veränderter Anforderungen in Arbeit und Leben sowie der ungleichen sozialen Verteilung der Gesundheitschancen knüpfen sich an eine

Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention schon länger große Hoffnungen und Erwartungen.

Die gesetzliche Verankerung im § 20 SGB V im Jahr 1989 hat zahlreiche Impulse für die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gegeben. Seither hat sich eine bunte Präventionslandschaft mit zahlreichen Akteuren und einer Vielzahl von Aktivitäten entwickelt. Einen Paradigmenwechsel in Richtung einer stärker präventiv ausgerichteten Versorgung konnte allerdings bislang nicht erreicht werden. Der Anteil der Ausgaben für Prävention an den gesamten Gesundheitsausgaben verharrt seit langer Zeit bei etwa 3,5 bis 4 %. Im Zuge der Diskussion um die Verabsiedlung eines Präventionsgesetzes sind in den 2000er Jahren die Schwachstellen der Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt worden. Defizite bestehen vor allem in der mangelnden Zielorientierung und Kooperation der Akteure, der unzulänglichen Erreichung sozial und gesundheitlich

benachteiligter Bevölkerungsgruppen, der zu knappen Ressourcenausstattung sowie der unzureichenden Qualitätssicherung und Evaluation (z. B.: Kuhn (2013), Meierjürgen (2014)).

Ziel des vom Deutschen Bundestag am 18. Juni 2015 verabschiedeten Gesetzes ist es daher, „unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden“ (Bundestagsdrucksache 18/5261).

1. Präventionsgesetz zwischen Anspruch und „politisch Machbaren“

Das Präventionsgesetz nimmt mit seiner Zielformulierung Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in den Blick. Diesen umfassenden Anspruch kann das Gesetz jedoch nicht erfüllen. Denn: Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustands der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs des gesundheitlichen Versorgungssystems. Zudem beschäftigt sich das Gesetz aufgrund der grundgesetzlich eingeschränkten Gesetzgebungs-kompetenzen des Bundes weit stärker mit der Regulierung und Weiterentwicklung von Präventionsaktivitäten der Krankenkassen als mit der Entwicklung von Leitplanken für die Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe.

Um nicht im vierten Gesetzesanlauf erneut in die „Föderalismusfalle“ zu geraten, ist ein krankenkassenzentriertes Artikel- und Leistungsgesetz erarbeitet worden, das punktuell auch in den Sozialgesetzbüchern VI, VII, VIII und XI neue gesetzliche Bestimmungen zur Prävention einfügt bzw. bestehende Bestimmungen verändert. Die Begrenzung auf sozialversicherungsrechtliche Regelungen hat einerseits die Verabschiedung des Gesetzes erleichtert. Andererseits ist damit jedoch der Preis verbunden, den Anspruch zurückzuschrauben und Ver-

antwortlichkeiten und Verbindlichkeiten im Sinne einer ressort- und trägerübergreifenden gesamtgesellschaftlichen Aufgabe regeln zu wollen. Die unzureichende Normierung von Verantwortung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), der Arbeitslosenversicherung und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung begrenzt nahezu zwangsläufig die Reichweite des Ausbaus von Gesundheitsförderung und Prävention und schafft zugleich eine offene Flanke für Verschiebebahnhöfe.

Bereits in den 2000er Jahren haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in erheblicher Weise ausgebaut. Im Jahr 2014 nahmen ca. 1,7 Mio. Versicherte an krankenkassengeförderten Präventionskursen teil. Darüber hinaus erreichten die Krankenkassen mit ihren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 1,2 Mio. Beschäftigte in 11 Tsd. Betrieben sowie mit lebensweltbezogenen Maßnahmen weitere 2,2 Mio. Personen (MDS, 2015). Bereits heute trägt die GKV als zentraler Akteur von Gesundheitsförderung und Prävention etwa die Hälfte der Gesamtausgaben (GKV-SV, 2013). Die gesetzlichen Neuregelungen im PrävG werden die Rolle der GKV weiter stärken. Die proklamierte gesamtgesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsförderung und Prävention mutiert in ordnungspolitisch bedenklicher Weise mehr und mehr zu einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Trotz der ordnungspolitischen Schieflage umfasst das Gesetz anknüpfend an die bisherige Präventionspraxis zahlreiche Neuregelungen, die dazu beitragen können, die Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

2. Stärkung der Zielorientierung

Gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele tragen dazu bei, die zahlreichen Aktivitäten und Leistungen der verschiedenen Akteure auf prioritäre Felder zu bündeln. Bislang liegen in der Bundesrepublik jedoch keine zwischen Bund, Länder und Gemeinden abgestimmten Gesundheits- und Präventionsziele vor. Seit dem Jahr 2000 werden Nationale Gesundheitsziele vom Kooperationsverbund

gesundheitsziele.de, in dem etwa 120 Akteure des Gesundheitswesens mitwirken, erarbeitet. Die Verabschiedung der Nationalen Gesundheitsziele in Deutschland erfolgt nicht auf parlamentarischem Wege sondern in einem Konsensverfahren zwischen den beteiligten Akteuren. Darüber hinaus liegen in einigen Bundesländern Landesgesundheitsziele, vereinzelt kommunale Gesundheitsziele, Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der Krankenkassen sowie Arbeitsschutzziele im Rahmen der gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz vor.

Trotz ordnungspolitischer Schieflage: das Gesetz umfasst zahlreiche Neuregelungen, die dazu beitragen können, die Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

Im PrävG wird der GKV-SV verpflichtet, die vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de bislang entwickelten acht Gesundheitsziele sowie die im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie erarbeiteten Arbeitsschutzziele für die betriebliche Gesundheitsförderung zu berücksichtigen (§ 20 Abs. 3). Die Neuregelung, vorliegende Gesundheitsziele vollständig zu übernehmen, ist einerseits pragmatisch, andererseits aber in mehrfacher Hinsicht problematisch. Gesundheitsziele umfassen das gesamte gesundheitliche Versorgungsspektrum, Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele rücken dagegen ausschließlich Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus. Das nunmehr im PrävG verankerte Ziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ umfasst aufgrund fehlender Evidenz z. B. keine Aussagen zur Primärprävention. Für die Umsetzung des Gesetzes sind daher in erster Linie die präventionsbezogenen Teilziele relevant. Das starre „Zielekorsett“ erschwert neuen Gesundheitszielen den Weg in die (Kassen-)Praxis, da jeweils Änderungen des PrävG. erforderlich werden. Das Gesetz liefert zudem keine hinreichenden Antworten, wie die Ziele mit Gesundheitsförderungs- und Präven-

tionszielen der Gebietskörperschaften (Länder, Kommunen) oder Zielen anderer Träger verknüpft werden sollen. Die Umsetzung der Neuregelung ist daher keineswegs einfach. Eine stärkere Orientierung von Gesundheitsförderung und Prävention auf der Grundlage der von gesundheitsziele.de entwickelten Gesundheitsziele dürfte daher nur in kleinen Schritten zu realisieren sein.

Im Gegensatz dazu geben die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie festgelegten drei Ziele

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes,
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung

hinreichend konkrete Orientierung für betriebliche Aktivitäten der Sozialversicherungsträger und anderer zuständiger Akteure.

3. Ausbau der Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention

Das PrävG macht Primärprävention und Gesundheitsförderung von einer Soll-Leistung zu einer Pflichtleistung der GKV. Die in den Kassensatzungen festzulegenden Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Neuregelungen unterstreichen den Stellenwert der primären Prävention und Gesundheitsförderung – die betriebliche Gesundheitsförderung ist seit 2007 Pflichtleistung der GKV – und ergänzen die bisherigen Zielstellungen um den Aspekt der Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheiten der Gesundheitschancen.

3.1 Verhaltensbezogene Prävention

An die bisherige Praxis der GKV anknüpfende Neuregelungen sollen dazu beitragen, die Zielorientierung und Qualität verhaltenspräventiver Maßnahmen zu stärken. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) legt unter Einbeziehung unabhängigen

Sachverstands eines künftig erweiterten Kreises wissenschaftlicher Disziplinen sowie unter Beteiligung von Menschen mit Behinderung prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen („Leitfaden Prävention“) fest. Der GKV-SV bestimmt zudem ein Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten der Krankenkassen und veröffentlicht seine Festlegungen sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen auf einer Internetseite. Um die Qualität der Leistungen zu fördern und die Spreu vom Weizen zu trennen, werden die Krankenkassen zudem dazu verpflichtet, nur zertifizierte Leistungen zu unterstützen. Damit wird ein seit 2014 bestehendes freiwilliges kassenartenübergreifendes Verfahren zur Zertifizierung von Leistungen der Individualprävention im Rahmen einer „Zentralen Prüfstelle Prävention“ zu einer gesetzlichen Aufgabe. Um diese Neuregelung umzusetzen, bedarf es daher nicht neuer aufwendiger Verfahren. Hier kann an die bisherige Praxis angeknüpft werden.

Schließlich müssen Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen der Verhaltensprävention ärztliche Präventionsempfehlungen (§ 25 Abs. 1, § 26 Abs. 1) oder eine betriebsärztliche Empfehlung bei der Leistungentscheidung berücksichtigen. Die ärztliche Präventionsempfehlung kann auch auf andere Angebote zu verhaltensbezogenen Prävention hinweisen, wie z. B. auf qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- und Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Die Präventionsempfehlung dürfte im Zusammenspiel mit der Internetplattform zertifizierter Leistungen sowie der primärpräventiven Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (§ 25, § 26 SGB V) eine passgenaue Inanspruchnahme von Leistungen der Verhaltensprävention fördern. Verschiedene Studien, etwa zur Suchtprävention, deuten zudem darauf hin, dass von einem ärztlichen Ratschlag positive Public Health Effekte ausgehen können (vgl. z. B. bereits Bischof, John et. al., 2003). Für die praktische Wirksamkeit dieser Neuregelung dürfte der Ausbau der Kooperation zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und den Akteuren der Prävention eine Schlüsselrolle einnehmen.

3.2 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention

Lebenswelten wie KiTas, Schulen oder Senioreneinrichtungen besitzen große Potenziale für die gesundheitsförderliche Gestaltung und Beeinflussung von Bedingungen (Verhältnisprävention) sowie die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Kompetenzen des Einzelnen. Hier können gleichzeitig Personen erreicht werden, die individuelle Angebote der Prävention mit ihren „Komm-Strukturen“ nicht oder nur selten nutzen. Die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention ist durch Trägervielfalt, unterschiedliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten gekennzeichnet. Die gesetzlichen Krankenkassen bringen sich – wie zahlreiche Initiativen, Projekte und Programme belegen – seit langem mit vielfältigen Aktivitäten in die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention ein. Dennoch ist insgesamt in Deutschland nach wie vor der Stand der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention defizitär.

Die mit dem PrävG vorgenommene Weichenstellung, die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, stößt daher auf hohe Akzeptanz. Die Krankenkassen sollen künftig insbe-

Die Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention durch das PrävG stößt auf hohe Akzeptanz.

sondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern und dabei in Zusammenarbeit mit anderen kassenübergreifende Leistungen erbringen, sofern die für die Lebenswelten Verantwortlichen bereit sind, eine angemessene Eigenleistung zu erbringen. Darüber hinaus sollen Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen arbeiten. Für die Aufgaben der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sollen die Krankenkassen im Jahr 2016 mindestens 2,- € je Versicherten

(insgesamt mehr als 140 Mio. €) aufwenden.

Umstritten wie kaum eine andere Neuregelung im PrävG ist dagegen die Zuweisung von Aufgaben der lebensweltbezogenen Prävention an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und deren Finanzierung aus Beitragsmitteln der GKV. Zur Unterstützung der Krankenkassen soll der GKV-SV die BZgA mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von krankenkassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten beauftragen. Dafür erhält die BZgA vom GKV-SV eine pauschale Vergütung von mindestens 0,45 € p.a. pro Versicherten aus den Mitteln der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (Insgesamt 2016: 31,5 Mio. €). Die BZgA soll zur Umsetzung des Auftrags geeignete Kooperationspartner heranziehen. De facto wird so eine nachgeordnete und aus Steuermitteln zu finanzierende Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit mit staatlichen und damit aus Steuermitteln zu finanzierenden Aufgaben mit GKV-Beitragsgeldern quer subventioniert. Dies wird als verfassungsrechtlich sehr problematisch angesehen, da nach Art. 87 des Grundgesetzes Sozialversicherungen ihre Aufgaben eigenständig erledigen. Die BZgA wird zudem ermächtigt, ihre Leistungen ohne vertragliche Regelung mit dem GKV-SV zu erbringen, sofern diese nicht bis zum 30. November 2015 zustande kommt.

Mit der Neuregelung gehen für die Beteiligten vielfältige Herausforderungen einher. Es muss kurzfristig ein transparenter, fachlich tragfähiger Auftrag entwickelt werden, der anschlussfähig an die geplanten Rahmenempfehlungen auf der Bundes- und Landesebene ist. Vieles spricht dafür im Rahmen des Auftrags z. B. bestehende Initiativen wie den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ weiter zu entwickeln, Gemeinschaftsprojekte zur Gesundheitsförderung und Prävention von Langzeitarbeitslosen auszubauen oder neue Interventionskonzepte zu erproben, wie z. B. für vulnerable Gruppen im kommunalen Umfeld. Es ist allerdings Skepsis angezeigt, dass noch in 2015 ein Vertrag zwischen GKV-SV und BZgA vereinbart wird.

Bei der BZgA müssen zudem zur administrativen Abwicklung des Auftrags geeignete Organisationsstrukturen und -abläufe geschaffen werden. Dies schließt die Beseitigung der vom Bundesrech-

nungshof bemängelten Schwachstellen ein (Bundesrechnungshof, 2015). Die Implementierung von lebensweltbezogenen Maßnahmen sowie die Steuerung von regionalen oder lokalen Kooperationspartnern gehören bislang nicht zu den Kernaufgaben und -kompetenzen der zentral organisierten Bundesbehörde. Der GKV-SV ist zudem gut beraten, die mit dem Auftrag verbundenen Verwaltungsausgaben der BZgA strikt zu budgetieren. Die Mittel der Beitragszahler müssen den Versicherten zu gute kommen und dürfen nicht in bürokratischen Strukturen versickern.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die GKV hat maßgeblich die Entwicklung und Verbreitung partizipativ ausgerichteter Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung gefördert. Diese ist allerdings in kleinen und mittelständischen Unternehmen unzureichend verbreitet.

Das PrävG zielt darauf ab, diese stärker zu erreichen und will darüber hinaus das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessern. Krankenkassen sollen zudem künftig nicht nur Leistungen zur Gesundheit im Betrieb erbringen, sondern insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern (§ 20 b, Abs. 1).

Im Wesentlichen erstrecken sich die Neuregelungen auf drei zentrale Handlungsfelder:

1. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihr finanzielles Engagement für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf 2,- € jährlich für jeden ihrer Versicherten auszubauen.
2. Verschiedene Regelungen stärken eine engere Verzahnung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz. Dazu gehört u. a. die Berücksichtigung der nationalen Arbeitsschutzziele, die Einbindung der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit in die Leistungserbringung ebenso wie die Möglichkeit der Schaffung von Verträgen zwischen Krankenkassen und Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen, über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,

über Präventionsempfehlungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Heilmittelversorgung und Schutzimpfungen.

3. Es soll ein niedrigschwelliger und unbürokratischer Zugang zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere für Klein- und mittelständische Unternehmen erreicht werden, indem Krankenkassen Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Die Krankenkassen sollen dabei mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren und die Koordinierungsstellen aus nicht verausgabten Mitteln für die betriebliche Gesundheitsförderung („Überlauftopf“) fördern. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen legen Details zu Arbeitsweise, Aufgaben und Finanzierung in einheitlichen und gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen fest.

Während die Zielstellungen der gesetzlichen Neuregelungen auf eine positive Resonanz bei den Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung stoßen, werden einzelne Regelungen kontrovers diskutiert. So kann die mit dem Ziel einer engeren Verzahnung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz vorgenommene Erweiterung der präventiven Aufgaben der Betriebsärzte dazu beitragen, die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Angebote sowie von Vorsorgeangeboten bei Beschäftigten zu fördern. Jedoch wird auch befürchtet, dass bei begrenzten betriebsärztlichen Einsatzzeiten neue, zusätzliche Aufgaben dazu führen können, dass die originären Tätigkeiten der betriebsärztlichen Beratung bei der Arbeitsgestaltung eingeschränkt werden müssen (vgl. auch Ahlers (2015)).

Bereits weit vorangeschritten ist dem Vernehmen nach das Konzept für den Aufbau gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen zur Beratung und Unterstützung von Unternehmen für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Konzept beruht im Kern auf drei Säulen. Es ist geplant, ein Online-gestütztes Beratungs-Portal aufzubauen, das detaillierte bundesweite und regionale Informations- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stellt. Das Portal soll vor Ort durch individuelle Beratungsangebote durch

Experten der Krankenkassen ergänzt werden. Schließlich soll über den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen eine enge Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen sichergestellt werden. Das Zusammenspiel der Maßnahmen dürfte dazu beitragen, die Zugangswege für insbesondere klein- und mittelständische Unternehmen zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erleichtern

3.4 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

In den vergangenen Jahren haben die gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a SGB V der verschiedenen Krankenkassen einstimmig Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten gezeigt (Stock u.a., 2008). Um die Anreizfunktion für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen weiter zu stärken, wird mit dem PrävG die bisherige „Kann-Leistung“ zu einer „Soll-Leistung“ ausgebaut. Darüber hinaus werden die Leistungsarten benannt, für die Krankenkassen einen Bonus gewähren können. Auch für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sollen die Arbeitgeber und die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

Künftig ist es damit Krankenkassen nicht mehr freigestellt, in ihren Satzungen Bonusleistungen anzubieten oder nicht. Die Ausgestaltung der Bonusprogramme einer Krankenkasse wird maßgeblich von der jeweiligen finanziellen Gesamtsituation bestimmt. Je angespannter die Haushaltssituation einer Krankenkasse ist, desto enger dürfte der Spielraum für Bonusprogramme sein. Die Steuerungswirkungen der Neuregelungen dürften daher bei sich verschärfenden Finanzproblemen in der GKV begrenzt sein.

3.5 Prävention in Pflegeeinrichtungen

Der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen wird seit langem von Wissenschaft und Praxis angemahnt. Künftig sollen die Pflegekassen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Ver-

besserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen (§ 5 SGB XI). Die Pflegekassen sollen dafür in 2016 einen Betrag in Höhe von 0,30 € je Versicherten aufwenden (Insg. 2016: 21 Mio. €). Nicht verausgabte Mittel fließen in einen „Überlauftopf“ beim Spaltenverband Bund der Pflegekassen, der diese Mittel auf Pflegekassen verteilen soll, die Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung kassenübergreifender Verträge geschlossen haben. Auch wenn die Höhe der Leistungen bei etwa 750 Tsd. stationären Pflegebedürftigen in 13 Tsd. Einrichtungen begrenzt ist, dürfte die Neuregelung zumindest Impulse setzen, künftig über eine Stärkung von Prävention, die gesundheitliche und pflegerische Situation von alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern.

Der Spaltenverband Bund der Pflegekassen hat dazu Kriterien für die Leistungen festzulegen. Mit Blick auf die Organisation der Pflegeversicherung und die Zielgruppe soll die Umsetzung der Maßnahmen sodann kassenübergreifend erfolgen. Eine gemeinsame Vorgehensweise dürfte den Aufbau von wirksamen Strukturen der Prävention in der stationären Pflege wesentlich erleichtern.

4. Steuerungs- und Kooperationsstrukturen

In Deutschland engagieren sich zahlreiche Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention. Geeignete Steuerungs- und Kooperationsstrukturen sind daher eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Akteure zielorientiert „an einem Strang ziehen“. Die Bandbreite der Umsetzungsvorschläge reichte bei den gescheiterten Präventionsgesetzen von der Schaffung von Präventionsräten bis hin zur kontrovers diskutierten Errichtung einer Stiftung Gesundheitsförderung und Prävention.

Nach dem Präventionsgesetz sollen künftig die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung

und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie entwickeln und ihre Umsetzung in einer Nationalen Präventionskonferenz gewährleisten. Darin wirken zudem mit beratender Stimme Vertreterinnen und Vertreter von Bundes- und Landesministerien, die Bundesagentur für Arbeit, Kommunale Spitzenverbände, die Sozialpartner,

Es stimmt ermutigend, dass die Akteure der Nationalen Präventionskonferenz bereits den Entwurf einer konsensfähigen Bundesrahmenempfehlung vorlegen konnten.

Patientenorganisationen sowie das Präventionsforum mit. Eine Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz ist bei der BZgA angesiedelt.

Die Nationale Präventionskonferenz entwickelt Empfehlungen für eine nationale Präventionsstrategie und deren Umsetzung in bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen. Darüber hinaus veröffentlicht sie alle vier Jahre einen trägerübergreifenden Präventionsbericht. Die Rahmenempfehlungen sollen gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten in der lebensweltbezogenen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen und bis Ende 2015 im Benehmen mit den zuständigen Ministerien vereinbart werden. Der vorgesehene Präventionsbericht schafft erstmals trägerübergreifend – über die seit 2001 verankerte GKV-Berichterstattung hinausgehend – Transparenz über das Leistungsgeschehen in Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Nationale Präventionskonferenz wird wiederum durch ein Präventionsforum beraten. Dem Forum gehören die für die Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen und Verbände an. Es findet in der Regel einmal jährlich statt und wird von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung organisiert.

Zur Umsetzung der Rahmenempfehlungen werden sodann unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse in

den einzelnen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den zuständigen Stellen im Land geschlossen. Die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsschutzbehörden des Landes sowie die kommunalen Spitzenverbände werden in die Vorbereitung eingebunden und können der Vereinbarung beitreten.

Mit dem PrävG sind damit erstmals in der Bundesrepublik verbindliche Träger- und Ebenenübergreifende Steuerungs- und Kooperationsstrukturen in der Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen worden. Eine trägerübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht Synergieeffekte und trägt dazu bei, das bisher oftmals bestehende Nebeneinander der Akteure in ein gemeinsames Miteinander zu wandeln. Es stimmt ermutigend, dass die beteiligten Akteure bereits zur ersten Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz (26.10.2015) den Entwurf einer weithin konsensfähigen Bundesrahmenempfehlung vorlegen konnten. Darin werden die am Lebenslauf orientierten drei Ziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ für die Träger der Nationalen Präventionskonferenz für künftige lebensweltbezogene Umsetzungsaktivitäten als handlungsleitend angesehen.

5. Einseitige Finanzierungsregelungen

Im Mittelpunkt aller gescheiterten Versuche, ein Präventionsgesetz zu verabschieden, standen kontroverse Diskussionen über die Finanzierung der Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsförderung und Prävention. Auch das PrävG schafft keine Regelungen, die Finanzierung der zusätzlichen Aufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen. In ordnungspolitisch bedenklicher Weise werden ausschließlich die Beitragszahler der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung belastet. Weder andere Sozialversicherungen, die private Kranken- und Pflegeversicherung noch die Gebietskörperschaften werden im Gesetz dazu verpflichtet, Prävention mitzufinanzieren.

Die Ausgaben der GKV sollen von einem Betrag von 3,17 € je Versicherten im Jahr 2015 auf einen Betrag von 7,- € je Versicherten ab dem Jahr 2016 angehoben werden. Davon sollen mindestens jeweils 2,- € auf Leistungen der lebens-

weltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie die betriebliche Gesundheitsförderung entfallen. Insgesamt erhöhen sich damit die Ausgaben von 293 Mio. € im Jahr 2014 auf rd. 490 Mio. € im Jahr 2016. Darüber hinaus sollen die gesetzliche Pflegekassen ab dem Jahr 2016 Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 0,30 € je Versicherten erbringen. Schließlich werden im PrävG die Ausgaben je Versicherten für die Selbsthilfeförderung von 0,64 € je Versicherten im Jahr 2015 auf 1,05 € je Versicherten erhöht. Von den Krankenkassen nicht verausgabte Mittel für die lebensweltbezogene Prävention sind in dem Folgejahr zusätzlich auszugeben. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Prävention in Pflegeeinrichtungen sollen die nicht verausgabten Mittel sog. „Überlauftöpfen“ zugeführt und im Folgejahr zur Finanzierung von regionalen Koordinierungsstellen bzw. zur Prävention in Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Der ordnungspolitisch bedenkliche Weg der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention spiegelt das Dilemma des Gesetzgebers wider: Eine weiterreichende Finanzierungsgrundlage unter Beteiligung der Gebietskörperschaften, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie anderer Sozialversicherungen zu schaffen, stößt gegenwärtig an Grenzen der „politischen Machbarkeit“, die Einbindung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung auf rechtliche Schranken. Das Ziel der Regierungskoalition, ein Präventionsgesetz in der laufenden Legislaturperiode zu verabschieden, wird daher mit einer „Second best Lösung“ zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erkaufte. Immerhin ködert der Gesetzgeber die private Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Angebot in der Nationalen Präventionskonferenz jeweils eine Stimme zu erhalten, wenn sie sich ab 2016 entsprechend der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an den Leistungen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Prävention in der Pflege beteiligen. Eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention dürfte auf Dauer nur gelingen, wenn die ordnungspolitische Schieflage korrigiert wird.

6. Qualitätssicherung und Evaluation

Seit der Neubelebung von Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2000 haben die Krankenkassen zahlreiche Aktivitäten zur Sicherung und Förderung der Qualität entfaltet. Zentrale Eckpfeiler der Qualitätssicherung sind seither der „Leitfaden Prävention“, der verbindliche Handlungsfelder und Kriterien für die Umsetzung benannt, sowie eine jährliche Dokumentation der Krankenkassenleistungen in einem umfassenden Präventionsbericht. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von weiteren kassenübergreifender Initiativen zur Qualitätssicherung und Evaluation, wie eine 2014 von verschiedenen Krankenkassen auf freiwilliger Basis geschaffene Zentrale Prüfstelle zur Zertifizierung von Präventionsangeboten.

Das PrävG fördert mit verschiedenen Regelungen die Weiterentwicklung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu gehören u. a. die Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien für Präventionsangebote, die verbindliche Zertifizierung von verhaltenspräventiven Angeboten durch den GKV-SV und deren Veröffentlichung im Internet, die Beauftragung der BZgA mit der Qualitätsentwicklung kassenübergreifender lebensweltbezogener Maßnahmen, die zu entwickelnden Rahmenempfehlungen sowie der alle vier Jahre zu erstellende Präventionsbericht.

Zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen vereinbarten gemeinsamen Ziele können zudem die Leistungsträger Modellvorhaben in der lebensweltbezogenen Prävention und der betrieblichen

Auch wenn der „Große Sprung nach vorn“ nicht gelungen ist – das Gesetz ist in mehrfacher Hinsicht ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Gesundheitsförderung durchzuführen. Diese sollen die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern oder Maßnahmen der Kooperation wissenschaftlich erproben. Die Modellvorhaben sind auf 5 Jahre befristet und werden auf die Ausgaben für Prävention- und Gesundheitsförderung angerechnet.

Wenngleich sich damit die im Vorfeld der Gesetzgebung diskutierten Vorschläge, wie die Schaffung eines nationalen Kompetenzzentrum Qualitätssicherung nicht durchgesetzt haben, können die verschiedenen Mosaiksteine zu einer praxis-orientierten Weiterentwicklung der Qualitätssicherung beitragen.

7. Fazit

Nach über 10-jähriger Diskussion ist ein Gesetz verabschiedet worden, das hinter den Erwartungen vieler zurückbleibt, dessen Architektur ordnungspolitische und handwerkliche Mängel aufweist und die Akteure vor allem im GKV-Bereich vor anspruchsvolle Umsetzungsaufgaben stellt. Auch wenn der „Große Sprung nach vorn“ nicht gelungen ist, ist das Gesetz in mehrfacher Hinsicht ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Es macht Gesundheitsförderung und Prävention zu Pflichtaufgaben der GKV, fördert die Zielorientierung und Koordination, stärkt die finanziellen Rahmenbedingungen, baut die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus, fördert die Qualitätssicherung und Evaluation und liefert Impulse für die Weiterentwicklung von

Prävention in der Pflege. Um Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu etablieren, bedarf es jedoch über krankenkassenzentrierte Gesetze hinausgehender Politiken. Die ordnungspolitischen Stellschrauben dafür sind bekannt. Sie reichen von der

Einbindung der weiteren Sozialversicherungszweige, der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung bis hin zur verbindlichen Beteiligung der Bundesländer. Die Politik sollte in einem fünften Anlauf den Mut finden, ein „echtes“ Präventionsgesetz in Angriff zu nehmen. ■

Literatur

- Ahlers, E. (2015)**, Anspruch und Wirklichkeit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer sich verändernden Arbeitswelt, in: Badura B., Ducki A., Schröder, H., Klose J., Meyer, H. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015*, Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Springer, Heidelberg – Berlin, S. 39-48.
- Bischof, G., John, U., Meyer, Chr., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2003)**, Zur Versorgungslage von Rauchern und Personen mit riskantem Alkoholkonsum, in: Rumpf, H.-J., Hüllinghorst, R., Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen, Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br., S. 45-58.
- Bundesrechnungshof (2015)**, Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes, Bonn.
- Bundestagsdrucksache 18/5261**, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17.06.2015.
- Kuhn, J. (2013)**, Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte, in: G+G Wissenschaft, 13. Jg., S. 22-30.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. und GKV-Spitzenverband (2015)**, Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Essen und Berlin.
- Meierjürgen, R. (2014)**, 25 Jahre § 20 SGB V: Aufschwung, Rückschläge und Perspektiven, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 3, S. 31-37.
- Stock, S. et. al. (2008)**, Preliminary analysis of short-term financial implications of a prevention bonus program: first results from The German Statutory Health Insurance, in: *International Journal of Public Health*, 53, p. 78-86.

Gleichheitspolitik der Weltbank in Lateinamerika



Der Einfluss der Weltbankgruppe auf gleichheitsorientierte Politiken in Lateinamerika

Von Dr. Lina Schneider

2015, 326 S., brosch., 64,- €

ISBN 978-3-8487-2602-8

eISBN 978-3-8452-6690-9

(*Equality-Oriented Policies (EOP) – Gleichheitsorientierte Politiken, Bd. 3*)

www.nomos-shop.de/25447

Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Aufbau und der Arbeitsweise der Weltbankgruppe. Die praktische Tätigkeit wird anhand der Region Lateinamerika aufgezeigt. Dabei wird insbesondere das Engagement in Bezug auf Armutsreduzierung und Gleichheitsförderung in den Blick genommen.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos