

Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention
sowie zur Änderung anderer Gesetze

Stand 04.12.2007

Inhaltsverzeichnis

§ 3	Präventionsträger	3
§ 4	Nationaler Präventionsrat.....	3
§ 5	Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention.....	4
§ 6	Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung	5
§ 7	Landesarbeitsgemeinschaft Prävention	6
§ 8	Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten.....	6
§ 9	Qualitätssicherung.....	7
§ 11	Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates	7
§ 12	Gesundheitsberichterstattung des Bundes.....	8
§ 13	Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel	8
Artikel 8:	Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes.....	9

§ 3 Präventionsträger	Stellungnahme
<p>Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (Präventionsträger im Sinne dieses Gesetzes) sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die gesetzlichen Krankenkassen, 2. die private Krankenversicherung und die private Pflegeversicherung, 3. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte, 4. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, 5. die Träger der sozialen Pflegeversicherung, 6. die Träger der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung, 7. der Nationale Präventionsrat nach § 4, 8. die Landesarbeitsgemeinschaft Prävention nach § 7. 	<p>Die Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherungen als Präventionsträger sollte analog zu den privaten Krankenversicherungen vorgesehen werden. Auch die Träger der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung sind sinnvollerweise zu beteiligen. Entsprechend sind die Träger auch in § 13 Abs. 1 zu nennen. Belange der Kommunen können auf Bundes- und Landesebene durch die kommunalen Spitzenverbände wahrgenommen werden.</p>
§ 4 Nationaler Präventionsrat	Stellungnahme
<p>(1) Zur Koordination zielgerichteter und qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention bilden die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 bis 5 einen nationalen Präventionsrat. Die Bundesministerien, die die Rechtsaufsicht über die in § 3 genannten Präventionsträger ausüben, die Länder und die kommunale Spitzenverbände erhalten jeweils einen Sitz.</p>	<p>Aus dem Referentenentwurf geht nicht eindeutig hervor, wie viele Sitze Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände erhalten. Es wird daher vorgeschlagen, für die betroffenen Ressorts, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände jeweils einen Sitz vorzusehen.</p>
<p>(2) Der Nationale Präventionsrat wird durch einen Beirat beraten, in dem insbesondere die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsziele.de, der Deutsche Olympische Sportbund, die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegerat,</p>	<p>Gesundheitsziele.de hat sich als Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland etabliert. Es sollte den Nationalen Präventionsrat als Mitglied des Beirates mit seiner Erfahrung unterstützen.</p>

<p>die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen e.V., der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände vertreten sind.</p>	
<p>§ 5 Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>(1) Der Nationale Präventionsrat beschließt, unter Einbeziehung insbesondere ärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen, sozialwissenschaftlichen, ernährungswissenschaftlichen, sportwissenschaftlichen, physiologischen und anderen fachspezifischen Sachverständigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vorrangige Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder ausgewählten Bevölkerungs- oder Altersgruppen (Präventionsziele) und 2. Teilziele zur weiteren Konkretisierung der Präventionsziele. <p>(2) Die Präventionsziele und Teilziele nach Absatz 1 sind zur einheitlichen Ausrichtung der Präventionsträger nach § 3 verbindlich. Soweit im Verantwortungsbereich eines Präventionsrates Land nach § 7 besondere Bedarfslagen für Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention bestehen, kann er die Präventionsziele nach Absatz 1 entsprechend ergänzen.</p>	<p>Absatz 2 ermöglicht Ergänzungen der Gesundheitsziele in den Ländern bei besonderen regionalen Bedarfslagen für Leistungen der Gesundheitsförderung. Diese Öffnungsklausel ist auch vor dem Hintergrund notwendig, dass in einigen Ländern bereits von den in § 5 Abs. 5 genannten Beschlüssen abweichende Gesundheitsziele eingeführt wurden, deren Umsetzung mit exklusiven bundesweiten Standards verhindert würde. Eine zu große Heterogenität der Ziele auf Landesebene würde allerdings die Steuerungsfunktion nationaler Präventionsziele gefährden. Es sollte daher im Rahmen der Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates (§ 11) evaluiert werden, in welchem Umfang nationale Präventionsziele eine steuernde Funktion auf Länderebene entwickeln können.</p>

§ 6 Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung	Stellungnahme
<p>Der Nationale Präventionsrat wirkt im Rahmen seiner Zuständigkeit gemeinsam mit den sonstigen Präventionsträgern darauf hin, die Ziele nach § 1 zu erreichen. Zu diesem Zweck entwickelt er Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und führt sie durch. Gesundheitliche Aufklärung soll zielgruppengerecht erfolgen, um</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einen hohen Wissensstand im Bereich der gesundheitlichen Prävention zu vermitteln, 2. Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen zu stärken, 3. gesundheitsgerechtes Verhalten zu unterstützen und 4. gesundheitsriskantem Verhalten entgegenzuwirken. 	<p>Die Träger der Prävention sind in § 3 definiert und sämtliche Mitglieder im Nationalen Präventionsrat. Daher ist unklar, wer außerhalb des Nationalen Präventionsrates „sonstiger Präventionsträger“ sein könnte. Der Verweis auf die Kooperation mit sonstigen Präventionsträgern sollte daher gestrichen werden.</p> <p>Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung bedeutet in der Regel die Veränderung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen. Die Kommunikation über Gesundheitsrisiken und präventives bzw. gesundheitsförderliches Verhalten ist dabei nur eine Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung, die allerdings oft nicht ausreicht. Viele Menschen verhalten sich auch dann nicht gesundheitsförderlich, wenn sie ihr individuelles Krankheitsrisiko kennen und über gesundheitsförderliches Verhalten informiert sind, wie an den Beispielen Fehlernährung und Bewegungsmangel deutlich wird. Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und die Erprobung sowie Aufrechterhaltung von alternativem Verhalten erfordert häufig aufwändige, über Aufklärung hinausgehende Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention.</p> <p>In die Begründung zum Gesetz sollte daher aufgenommen werden, dass der Nationale Präventionsrat durch die Formulierung von Teilzielen sicherstellt, dass Aufklärung mit entsprechenden verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen verknüpft wird.</p>

§ 7 Präventionsrat Land Landesarbeitsgemeinschaft Prävention	Stellungnahme
<p>(1) Zur Durchführung der Maßnahmen nach §§ 8 Abs. 2 und 12 wird in jedem Land eine Landesarbeitsgemeinschaft Prävention unter Bezeichnung des jeweiligen Landes gebildet. Darin vertreten sind die Präventionsträger nach § 3 Nr. 2 bis 4, die Landesverbände der Krankenkassen für die Träger nach Nrn. 1 und 5 und die Ersatzkassen, die Bundesagentur für Arbeit, das Land, die kommunalen Spitzenverbände, die Träger der Jugendhilfe sowie weitere Vertreter, die von der obersten Landesgesundheitsbehörde bestimmt werden.</p>	<p>Die Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft Prävention, wie hier vorgeschlagen, ermöglicht es, auf bereits bestehende und bewährte Strukturen einzugehen. Dies sollte auch bei der Bezeichnung zum Ausdruck kommen. Die hier vorgeschlagene Lösung sieht neben den Präventionsträgern, dem Land und den kommunalen Spitzenverbänden weitere Vertreter in der Landesarbeitsgemeinschaft vor. Dadurch kann landesspezifisch auf die Expertise der Vertreter bereits bestehender Landesvereinigungen für Gesundheit, Kooperationen bzw. Landesgesundheitskonferenzen zurückgegriffen werden. Die Träger der Kinder- und Jugendhilfe sollten im Gesetzestext ausdrücklich genannt werden, da sich Entwicklungs- und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen gegenseitig bedingen. Wichtiger weiterer Akteur ist der Öffentliche Gesundheitsdienst.</p>
<p>(2) Die Landesarbeitsgemeinschaft Prävention regelt in ihrer Satzung insbesondere das Verfahren der Beschlussfassung, die Stimmverhältnisse und das Verfahren zu § 13 Abs. 3 Satz 2. Die Verteilung der Stimmverhältnisse muss sicherstellen, dass die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 bis 5 nicht überstimmt werden können. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Obersten Landesgesundheitsbehörde des Landes, in der die Arbeitsgemeinschaft ihren Sitz hat.</p>	<p>Die Bestimmung in Absatz 2 zum Umfang des Stimmanteils stellt bereits einen ausreichenden Einfluss der Präventionsträger sicher.</p>
§ 8 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten	Stellungnahme
<p>(2) Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in</p>	<p>In der Begründung zum Gesetz sollte auf die Möglichkeit hinge-</p>

<p>Lebenswelten werden auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht. Der Präventionsrat Land kann diese Maßnahmen unter Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Kultusbehörden des jeweiligen Landes bewilligen wenn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Präventionsziele und deren Teilziele nach § 5 und die Qualitätsanforderungen nach § 9 berücksichtigt sind, 2. die Beteiligung der Betroffenen vorgesehen ist, die Bereitschaft des Trägers der Lebenswelt zur dauerhaften Umsetzung von Maßnahmen besteht und er oder Dritte einen angemessenen Eigenanteil für die Leistung in Höhe von mindestens 40 v. Hundert der Summe aus Personal- und Sachmitteln übernehmen. <p>Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit werden nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der dafür nach diesem Gesetz aufzubringenden Finanzmittel beachtet.</p>	<p>wiesen werden, dass Mittel aus anderen Bereichen der Prävention, wie der Gewaltprävention, künftig als Maßnahmen der Gesundheitsförderung deklariert werden und entsprechend zu finanzieren wären. Ein konkretes Beispiel sind „Sozialtrainings“, die bislang mit dem Ziel der Gewaltprävention von den Trägern der Jugendhilfe finanziert werden. Inhaltlich identische Maßnahmen könnten durch die Umwidmung des Ziels künftig in den Leistungsbereich nach § 8 dieses Gesetzes verschoben werden. Derartige Prozesse sollten in der Berichterstattung nach § 11 dokumentiert werden.</p> <p>Die Festlegung der Höhe des Eigenanteils des Trägers der Lebenswelt kann eine solche Umschichtung zu Lasten der Sozialversicherungen begrenzen.</p>
<p>§ 9 Qualitätssicherung</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>(2) Der Nationale Präventionsrat legt unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverständigen die Anforderungen und Kriterien an Qualität und Qualitätssicherung (Qualitätsanforderungen) fest. Zu deren Überprüfung entwickelt er Kriterien und Methoden.</p>	<p>§ 5 Abs. 1 definiert Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als multiprofessionelles Handlungsfeld. Dies sollte auch im Rahmen der Qualitätssicherung zur Geltung kommen.</p>
<p>§ 11 Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>Die Landesarbeitsgemeinschaft Land nach § 7 berichtet dem Nationalen Präventionsrat über seine Erfahrungen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz. Die Berichte enthalten insbesondere Angaben zu den Aufwendungen für die</p>	<p>Im Hinblick auf die Möglichkeit der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention, in Ergänzung zu nationalen Zielen auch Maßnahmen zu eigenen Zielen zu verfolgen, erscheint es wichtig, die Steuerungswirkung der nationalen Ziele zu untersuchen. In die Geset-</p>

<p>Leistungen, Zugangswegen, dem Erreichungsgrad der Bürgerinnen und Bürger, zur Nutzung der Maßnahmen und ihrer Wirksamkeit, zu den Erfahrungen mit dem Stand der Qualitätssicherung, den Ergebnissen, zu den Verfahren nach diesem Gesetz und der Steuerungswirkung nationaler Ziele und Teilziele sowie möglichen Schlussfolgerungen. Der Nationale Präventionsrat erstellt unter Berücksichtigung der Gesundheitsberichte des Bundes einen Gesamtbericht und legt ihn über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmals zum [Datum einfügen] vor. Die Berichte werden im Abstand von vier Jahren, erstmals zum [Datum einfügen: drei Jahre nach Inkrafttreten] erstellt.</p>	<p>zesbegründung sollte dazu aufgenommen werden, dass im Rahmen der Evaluation zu prüfen ist, ob nationale Ziele ihre Steuerungsfunktion erfüllen.</p>
<p>§ 12 Gesundheitsberichterstattung des Bundes</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>(2) Die Gesundheitsberichte enthalten insbesondere die für die Aufstellung von Präventionszielen und Teilzielen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach § 5 erforderlichen Angaben. In dem dafür erforderlichen Umfang führt das Robert Koch-Institut epidemiologische Erhebungen durch. Das Robert Koch-Institut überprüft stichprobenhaft die Zur Überprüfung der Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz werden stichprobenhaft Daten erhoben.</p>	<p>Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sollten lediglich die Daten erhoben werden, die zur Prüfung von Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen erforderlich sind. Die eigentliche Prüfung sollte durch ein entsprechend qualifiziertes, unabhängiges Institut erfolgen.</p> <p>Es empfiehlt sich, die Regelung zur Qualitätsprüfung in § 9 aufzunehmen.</p>
<p>§ 13 Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>(1) Die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 und Nrn. 3 bis 5 leisten für Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten gemäß § 8 Abs. 2 und für die Maßnahmen des Nationalen Präventionsrates</p>	<p>Die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit an der Finanzierung ist eine Konsequenz der Aufnahme der Träger der Arbeitslosenversicherung als Präventionsträger.</p>

<p>und für dessen Organisation bis zu einem Gesamtaufwand je versicherter Person im Jahr 2009 wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die gesetzlichen Krankenkassen 1,65 Euro, 2. die sozialen Pflegekassen 0,16 Euro, 3. die Träger der allgemeinen Rentenversicherung 0,85 Euro, 4. die Träger der Alterssicherung der Landwirte 0,85 Euro, 5. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 0,29 Euro, 6. die Bundesagentur für Arbeit in Höhe von ... Euro. <p>Die substitutive Krankheitskostenversicherung und die private Pflegepflichtversicherung leisten hierfür eine Abgabe nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz.</p>	<p>Zur Klarstellung erfordert die Aufnahme der privaten Pflegeversicherung eine Folgeänderung in Art. 8.</p>
<p>(7) In einem Zeitraum von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes wachsen die Beträge auf die in Absatz 1 festgelegten Summen in Stufen wie folgt auf: Im Jahr 2009 auf 50 vom Hundert der in Absatz 1 festgelegten Summen. Für die Folgejahre bestimmt der Nationale Präventionsrat im Benehmen mit den Präventionsräten Land die bedarfsgerechte Steigerung der Beträge bis zum Höchstbetrag.</p>	<p>Absatz 7 sollte komplett gestrichen werden, da mit der dort vorgeschlagenen Regelung eine Unterfinanzierung in den ersten drei Jahren verbunden sein dürfte. Es ist kein Grund ersichtlich, warum die bereitzustellenden Mittel im Jahr 2009 nur die Hälfte des Betrages nach Abs. 1 betragen sollen. Eine Übergangsfrist ist nicht notwendig. Vielmehr sollte die Finanzierung der Maßnahmen von Beginn an voll gesichert sein. Wenig zielführend ist die vorgesehene Aufstockung, über deren Höhe und zeitlichen Rahmen der Nationale Präventionsrat zu befinden hat. Da in ihm mehrheitlich die Träger vertreten sein werden, zu deren Lasten die Finanzierung erfolgt, ist zu befürchten, dass eine 100prozentige Finanzierung erst sehr spät erfolgen wird.</p>
<p>Artikel 8 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes</p>	<p>Stellungnahme</p>
<p>Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), durch das Gesetz vom 26. März 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG - (BGBl. I</p>	<p>Entsprechend der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist die Abgabe auch für die private Pflegepflichtversicherung vorzusehen. Dazu sollte in Artikel 8 des Entwurfs den dort vorgesehenen Änderungsbefehlen ein weiterer Änderungsbefehl vorange-</p>

S. 378), wird wie folgt geändert:

1. In § 12f wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „12c“ die Worte „und 12h“ eingefügt.

...

stellt werden. Dadurch ist auch im Rahmen des VAG klargestellt, dass der neue § 12h für die private Pflegepflichtversicherung entsprechend gilt. Die bisherigen Änderungsbefehle Nrn. 1 und 2 werden die Nrn. 2 und 3.