

## **Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention**

Die Stellungnahme (DV 7/15) wurde in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet und nach Beratungen in den Fachausschüssen „Alter und Pflege“ und „Rehabilitation und Teilhabe“ am 11. März 2015 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



# Inhalt

<b>I. Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
1. Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes	3
2. Settingansatz und Beteiligung der Akteure	3
3. Stärkung der örtlichen Systeme	4
<b>II. Zu ausgewählten Regelungsbereichen</b>	<b>5</b>
1. Präventionsleistungen (§§ 20 bis 20b SGB V-E)	5
2. Nationale Präventionsstrategie, nationale Präventionskonferenz und Landesrahmenvereinbarungen (§§ 20d bis 20f SGB V-E)	7
a) Einbindung aller relevanten Akteure erforderlich	7
b) Überlegungen zur Anbindung	8
3. Zu den medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V-E)	9
4. Zu den Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V-E)	9
5. Zu den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V-E)	9
6. Zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Art. 5 – § 16 Abs. 2 Nr. 1)	10
7. Zur Prävention durch Pflege (Art. 6 und 7 – insb. § 5 und § 18 SGB XI-E)	11

# I. Vorbemerkung

## 1. Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes

Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich das Ziel des Entwurfs, Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in den Blick zu nehmen und durch veränderte gesetzliche Regelungen zu befördern. Bereits 2005 hat er in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention den hohen Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung betont und die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes und die Anforderungen an ein solches zum Ausdruck gebracht.<sup>1</sup>

Die gesetzliche Verankerung von Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als gleichrangige vierte Säule der Gesundheitsversorgung ist gesundheitspolitisch und gesamtgesellschaftlich unabdingbar, um dauerhaft die Gesundheit des Einzelnen zu fördern, Krankheiten zu verhindern, Pflegebedürftigkeit und Frühverrentung zu vermeiden, Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und die sozialen Sicherungssysteme stabil zu halten. Dafür müssen Tragweite und Gewinn von Gesundheitsförderung und Prävention in vielen gesellschaftlichen Bereichen stärker als bisher zur Geltung kommen und durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen in das individuelle und gemeinschaftliche Verantwortungsbewusstsein befördert werden. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betreffen eine Vielzahl von Ebenen und Institutionen. Bund, Länder und Kommunen, Versicherungsträger und Wohlfahrtsverbände sind ebenso tangiert wie insbesondere im Gesundheitsbereich beschäftigte Personen, Unternehmen, Interessenvertretungen oder Wissenschaft. Neben der Anstrengung einzelner Akteure ist deshalb von großer Bedeutung, Rahmenbedingungen für ein gleichgerichtetes und effektives Handeln zu entwickeln, um so durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention Menschen unabhängig von Alter und Lebenslage gleichrangig zu erreichen.

## 2. Settingansatz und Beteiligung der Akteure

Der Entwurf geht einen richtigen Schritt, indem er das Konzept der Lebenswelten einbezieht. Er setzt zwar weiterhin stark auf den Ansatz der Individualprävention, greift aber die Verhältnisprävention über die Prävention in Lebenswelten (sog. Settingleistungen) ebenfalls auf. Dies begrüßt der Deutsche Verein ausdrücklich ebenso wie die Intention, Präventionsmaßnahmen so früh wie möglich zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig einzusetzen. Im Entwurf wird der Fokus auf Kinder, Jugendliche, Beschäftigte und pflegebedürftige ältere Menschen gelegt. Der Deutsche Verein hält es für unerlässlich, berentete Personen, nicht-pflegebedürftige ältere oder behinderte Menschen, (Langzeit-) Erwerbslose, aber auch Wohnungslose und psychisch kranke Menschen gleichermaßen einzubeziehen.

Der Deutsche Verein befürchtet, dass die erhoffte Wirkung durch den vorliegenden Entwurf nicht oder nur in Teilen erreicht werden kann, denn in erster Linie sind als verantwortliche Präventionsträger die gesetzlichen Krankenkassen,

Ihre Ansprechpartnerin  
im Deutschen Verein:  
Jana Henneberger.

<sup>1</sup> Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz –, vom 16. März 2005, NDV 2005, 150–153.

wenn nun auch ergänzt durch die Pflegekassen, angesprochen. In der Entwurfsbegründung heißt es, dass – unabhängig vom sozialen Status der Versicherten – ein niedrigschwelliger Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten ermöglicht werden soll. Dies bedarf jedoch einer intensiveren (als vom Entwurf vorgesehenen) Einbeziehung insbesondere von Bundesländern und Kommunen, aber auch von privater Kranken- und Pflegeversicherung, Renten- und Unfallversicherung etc. als handelnde Akteure. Allein die Hinzuziehung zu der Vorbereitung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20d Abs. 3 Satz 4 SGB V-E) und die Einräumung beratender Stimmen in der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e Abs. 1 Satz 7 SGB V-E) sind unzureichend.

Vornehmlich die fehlende verpflichtende Einbeziehung von privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in die Präventionsstrategie ist aus Sicht des Deutschen Vereins enttäuschend. Eine übergreifende Strategie darf auch privat versicherte Personen angesichts der Heterogenität der Personengruppe nicht außen vor lassen. Im derzeitigen Entwurf ist den privaten Versicherungen eine finanzielle Beteiligung freigestellt, und zudem in der Höhe unbestimmt (§ 20e Abs. 1 SGB V-E). Der Deutsche Verein fordert, auch die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen im Verhältnis ihrer Mitgliederzahlen an den Kosten der Prävention zwingend zu beteiligen.

Der Deutsche Verein hält eine Beteiligung aller gesundheitsrelevanten Akteure an den Kosten der Prävention für notwendig, damit diese nicht insgesamt unterfinanziert bleibt. Damit verbunden ist insbesondere die Forderung nach einer hinreichenden Finanzausstattung der Kommunen, die aus Sicht des Deutschen Vereins von großer Bedeutung für eine alle Bevölkerungsgruppen erfassende Prävention sind.

Wichtig ist zudem, dass sich die Mitglieder der nationalen Präventionskonferenz ebenso wie die Partner der Landesrahmenvereinbarungen auf Augenhöhe, d.h. mit gleichem Stimmgewicht, begegnen. Überdies sollte die nationale Präventionsstrategie im Hinblick auf das leistungsrechtliche Geschehen so entwickelt und fortgeschrieben werden, dass den Versicherten bzw. den Sozialhilfeträgern als Ausfallbürgen keine Nachteile entstehen.

### 3. Stärkung der örtlichen Systeme

Als besonders zielführend sieht der Deutsche Verein die Stärkung örtlicher Systeme, die Zugang zu Personen haben, die über die regulären Einrichtungen und Dienste der Prävention und Gesundheitsfürsorge nicht mehr erreicht werden (z.B. weil aus sozialen Gründen schon der Besuch im Wartezimmer des Hausarztes gescheut wird).<sup>2</sup> Diese Aufgabe kann nur unter Beteiligung der Kommunen angegangen werden, die auch jenseits ihrer Rolle als Träger der öffentlichen Jugendhilfe einzubeziehen sind. Auf sie kommt es als Träger der Sozialhilfe ebenso an wie insbesondere als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, zu dessen Kernaufgaben Gesundheitsförderung und Prävention zählen. Aus Sicht des Deutschen Vereins braucht es eine stärkere Berücksichtigung und Un-

<sup>2</sup> Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen vom 18. Juni 2014, [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/2014/DV-27-13-Empfehlungen-Gesundheitsbezogene-Hilfen](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2014/DV-27-13-Empfehlungen-Gesundheitsbezogene-Hilfen).

terstützung der kommunalen Akteure, um vor allem besonders gefährdete und benachteiligte Personengruppen zu erreichen. Je näher ein örtlicher Bezug gegeben ist, desto passgenauer und effizienter können Mittel und Maßnahmen eingesetzt werden.

## II. Zu ausgewählten Regelungsbereichen

### 1. Präventionsleistungen (§§ 20 bis 20b SGB V-E)

Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich, dass in § 20 SGB V-E aufgegriffen wird, das Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung (Abs. 1) über drei verschiedene Leistungsarten (Abs. 4) zu verfolgen. Als Präventionsleistungen verankert sind Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V-E), die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V-E) und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20b SGB V-E). Die Regelungen greifen im Schwerpunkt die Förderung der individuellen Prävention sowie die Förderung von Maßnahmen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens auf. Für problematisch hält der Deutsche Verein, dass der Zugang zu diesen Leistungen nicht für alle sozialen Gruppen gleichermaßen gewährleistet ist.

Sowohl die geplante Stärkung der Beratung und Unterstützung der Unternehmen (§ 20b Abs. 3 SGB V-E) als auch und insbesondere die Normierung der Förderung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch die Krankenkassen (§ 20a SGB V-E) werden vom Deutschen Verein positiv gesehen. Wirkungsvolle Prävention muss sich in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen verhaltensorientierten und verhältnispräventiven Leistungen bewegen. Letztere sind besonders im Hinblick auf die Vorbeugung psychischer Erkrankungen erforderlich. Vor diesem Hintergrund findet es der Deutsche Verein bedauerlich, dass die Zielgruppe der Präventionsleistungen in Lebenswelten über § 20a Abs. 3 Satz 1 SGB V-E auf „insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie den Lebenswelten älterer Menschen“ eingengt wird. Auch Menschen ohne solche institutionelle Anbindung durch Kita, Schule, Betrieb oder Pflegeeinrichtung muss der Zugang zu präventiven Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention niedrigschwellig ermöglicht werden. Im Hinblick auf die Lebenswelten von weiteren Personengruppen wie z.B. (Langzeit-)Erwerbslose, Wohnungslose oder psychisch kranke Menschen fordert der Deutsche Verein eine Offenheit für kommunalpolitische Weichenstellungen. Er schlägt vor, den Satzteil „insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie den Lebenswelten älterer Menschen“ in § 20a Abs. 3 Satz 1 SGB V-E wie folgt umzuformulieren: „unter anderem in Kindertageseinrichtungen, in Diensten und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, in Schulen sowie den Lebenswelten älterer Menschen“.

Nach § 20a Abs. 2 SGB V-E kann die Krankenkasse Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen unter anderem mit einer angemessenen Eigenleistung

zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V-E beitragen. Insofern nimmt der Deutsche Verein auf die Ausführungen des Bundesrats zu Ziffer 7 seiner Stellungnahme Bezug und schließt sich der Kritik hinsichtlich der zu erbringenden „angemessenen Eigenleistung“ an.<sup>3</sup> Die Verwendung dieser Formulierung hat möglicherweise zur Folge, dass Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht stattfinden, weil eine – wie auch immer geartete – „Eigenleistung“ als unzureichend bewertet wird. Ungeklärt bleibt zudem, durch wen die Eigenleistung zu erbringen ist. Die Bezeichnung „angemessene Eigenleistung“ widerspricht daher der Intention des Gesetzentwurfs, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Der Gesetzgeber sollte jedenfalls in der Gesetzesbegründung (beispielhaft) aufführen, was unter Eigenleistung zu verstehen, welche Eigenleistung als angemessen einzustufen und durch wen die Eigenleistung zu erbringen ist.

Obwohl der Deutsche Verein ausdrücklich begrüßt, dass eine klare Regelung hinsichtlich der Mindesthöhe der von den Krankenkassen für die Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzenden Mittel (§ 20 Abs. 6 SGB V-E) und eine Regelung im Fall des Unterschreitens (§ 20b Abs. 4 SGB V-E) vorgesehen ist, wird auch an dieser Stelle deutlich, dass der Schwerpunkt auf die individuelle Prävention gelegt wird. Der Deutsche Verein ist besorgt, dass trotz der vorgeschlagenen Regelung der aus seiner Sicht so bedeutsame Ansatz der „Prävention in Lebenswelten“ finanziell nicht oder nicht seiner Bedeutung entsprechend ausgestattet werden könnte. Diese Sorge liegt insbesondere darin begründet, dass im Fall des Unterschreitens die nicht verausgabten Mittel nach § 20b Abs. 4 SGB V-E unter Berücksichtigung allein erfolgter Kooperationen mit örtlichen Unternehmensorganisationen verteilt werden. Damit wird zwingend nur die Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Betrieb, nicht aber in der Vielzahl anderer Lebenswelten berücksichtigt, was sich wiederum hinsichtlich des durch die Leistungen erreichbaren Personenkreises negativ auswirken kann. Der Deutsche Verein regt an, im Rahmen der Verteilung der nicht verausgabten Mittel neben der „betrieblichen Gesundheitsförderung“ auch die „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ zu berücksichtigen. Ausdrücklich positiv herauszuheben ist, dass die in § 20 Abs. 6 SGB V-E genannten Summen nur einen Unterwert darstellen.

Im Übrigen lässt sich gesetzessystematisch hinterfragen, warum die drei Leistungsarten nicht in gleichrangig nebeneinanderstehenden Normen näher bestimmt werden. Die gesetzliche Verankerung der verhaltensbezogenen Prävention in Absatz 5 des § 20 SGB V-E vermittelt den Eindruck, dass dieser eine Sonderstellung gegenüber der (in § 20a SGB V-E geregelten) Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und der (in § 20b SGB V-E geregelten) Betrieblichen Gesundheitsförderung gegeben werden soll.

3 BR-Drucks. 640/14(B), S. 6.

## 2. Nationale Präventionsstrategie, nationale Präventionskonferenz und Landesrahmenvereinbarungen (§§ 20d bis 20f SGB V-E)

### a) Einbindung aller relevanten Akteure erforderlich

Das Konzept einer laufend auch im Prozess der Umsetzung fortzuentwickelnden gemeinsamen nationalen Strategie einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention wird begrüßt. Positiv zu bemerken ist, dass dabei nicht nur auf nationaler Ebene gearbeitet werden soll, sondern auch Landesrahmenvereinbarungen vorgesehen sind. Allerdings hält der Deutsche Verein es sowohl innerhalb der Nationalen Präventionskonferenz als auch bei den Landesrahmenvereinbarungen für erforderlich, dass alle für eine Gesamtkonzeption relevanten Akteure auf Augenhöhe eingebunden werden (vgl. Ausführungen unter I.2.).

Der Entwurf sieht bislang lediglich vor, die Einbeziehung der Akteure in die konzeptionelle Arbeit an der Präventionsstrategie in wesentlicher Abhängigkeit von der festgelegten (gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung) oder freiwillig geleisteten Kostenbeteiligung (Unternehmen der privaten Kranken- oder Pflegeversicherung) zu regeln; Bund und Länder sollen jeweils vier Sitze mit beratender Stimme erhalten und als sonstige Akteure mit je einer beratenden Stimme sollen die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer beteiligt werden (§ 20e Abs. 1 Sätze 1–7 SGB V-E). Der Deutsche Verein schlägt vor, das Stimmrecht zugunsten der Kommunen abzuändern, da anders der gewichtigen Rolle der Kommunen als wesentliche örtliche Akteure für Präventionsmaßnahmen nicht entsprochen werden kann.

Der Deutsche Verein regt an, die vorhandene Expertise von bestehenden Kooperationsverbänden insbesondere im Hinblick auf anstehende Aktualisierungen von bestehenden bzw. neuen nationalen Gesundheitszielen einfließen zu lassen.

Hinsichtlich der an den Landesrahmenvereinbarungen beteiligten Akteure (§ 20f Abs. 1 SGB V-E in Verbindung mit § 31 Abs. 2 Satz 3 SGB VI-E, § 14 Abs. 3 SGB VII-E und § 20f Abs. 2 Satz 2 SGB V-E) hält der Deutsche Verein den Entwurf ebenfalls für nicht weitgehend genug. Zwar ist zu begrüßen, dass im Abstimmungsprozess die regionalen Erfordernisse berücksichtigt werden sollen. Die fehlende Beteiligung der örtlichen Akteure lässt jedoch eher eine Regelung „über“ statt „mit“ diesen befürchten. Begrüßenswert wäre es hingegen, einen vergleichsweise stärkeren Ausbau örtlicher Strukturen als die Weiterentwicklung von Bundesstrukturen zu verfolgen. Die Kommunen sind Handlungsträger, welche eine besonders wichtige Rolle innehaben, um benachteiligten Personengruppen den Zugang zu Leistungen der Gesundheitsfürsorge und -versorgung zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang schlägt der Deutsche Verein vor, Pflegestützpunkte im Sinne des § 92c SGB XI aufgrund ihres auch präventiven Charakters im Umfeld von Pflege entsprechend zu berücksichtigen. Pflegestützpunkte haben (neben weiteren Aufgaben) alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen,

rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote zu koordinieren. Pflegestützpunkte oder vergleichbare Beratungsstrukturen, die bereits aufgrund ihres präventiven Charakters Aufgaben der Koordination und Beratung wahrnehmen, sollten daher mit einbezogen werden.

Der Deutsche Verein befürchtet zudem, dass sowohl die im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie erarbeiteten, als auch die durch die Nationale Präventionskonferenz fortgeschriebenen und durch die Landesrahmenvereinbarungen konkretisierten Empfehlungen wenig Praxisrelevanz erlangen werden. Sie ähneln in ihrer Konstruktion den gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger, die im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemäß § 13 SGB IX als ein Instrument zur koordinierenden, gesetzeskonkretisierenden Zusammenarbeit vereinbart werden, aber z.T. auch unter den Rehabilitationsträgern selbst nicht hinreichend bekannt sind und oftmals als zu wenig konkret zur Hilfestellung in der Praxis bzw. angesichts der starken Stellung der jeweiligen Leistungsgesetze der einzelnen Rehabilitationsträger als zu wenig praxisrelevant gelten.<sup>4</sup> Der Deutsche Verein empfiehlt zur Erreichung des Ziels einer zielgenauen, bedarfsgerechten Steuerung die regionale gesetzeskonkretisierende Zusammenarbeit durch regionale Arbeitsgemeinschaften unter Partizipation von Interessenvertreter/innen aus den Lebenswelten und unter Federführung der jeweiligen Kommune.

#### *b) Überlegungen zur Anbindung*

Die Einbeziehung der Expertise der BZgA wird positiv gesehen. Die BZgA hat als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Bundesebene bereits viel unter Einbeziehung der Betroffenen zur gesundheitlichen Aufklärung geleistet. Der Deutsche Verein nimmt zur Kenntnis, dass der im Referentenentwurf vorgesehene Wortlaut des § 20a Abs. 3 SGB V-E – Beauftragung der BZgA mit der Durchführung von lebensweltbezogenen Maßnahmen – nicht in den Gesetzentwurf übernommen wurde. Nach dem Gesetzentwurf kann die BZgA mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation beauftragt werden. Insoweit weist der Deutsche Verein rein vorsorglich darauf hin, dass die Durchführung von lebensweltbezogenen Maßnahmen direkt vor Ort und im kommunalen Rahmen erfolgt. Ein Tätigwerden der BZgA im bisherigen Sinne (bundesweite Aufklärungsmaßnahmen) ist daher eher als Ergänzung zu Aktivitäten vor Ort, denn als Motor für niedrigschwellige, gruppen-spezifische Prävention in der Vielzahl von Lebenswelten denkbar.

Gleichermaßen positiv wird die über § 20 Abs. 3 SGB V-E erfolgte Einbeziehung der Expertise von „gesundheitsziele.de“ durch den Deutschen Verein bewertet. Dabei hält dieser es aber wichtig zu hinterfragen, ob die Einbeziehung von „gesundheitsziele.de“ nicht noch stärker erfolgen sollte. Darüber hinaus weist der Deutsche Verein darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehene gesetzliche Fest-schreibung der Veröffentlichung der jeweiligen Gesundheits(teil)ziele im elekt-

<sup>4</sup> Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20. März 2013, NDV 2013, 246–253.



ronischen Bundesanzeiger es erheblich erschwert, die fortwährenden Überarbeitungen der Ziele bzw. neue Gesundheitsziele durch den Kooperationsverbund zu berücksichtigen. Der Deutsche Verein regt insofern an, generell auf die Gesundheitsziele des Verbundes (in ihrer jeweils aktualisierten Fassung) zu verweisen.

### **3. Zu den medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V-E)**

Der Entwurf sieht die Möglichkeit vor, dass Versicherte, die wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände ambulante Leistungen zur medizinischen Vorsorge nicht an ihrem Wohnort in Anspruch nehmen können, künftig die Gelegenheit haben sollen, diese in anerkannten Kurorten wahrzunehmen. Zudem erfolgt eine Erhöhung des Kostenzuschusses für ambulante Leistungen. Der Deutsche Verein befürwortet diese flexiblere Gestaltung ambulanter Vorsorge entsprechend der Bedarfe und konkreten Lebensumstände der Versicherten sowie die Anhebung der Zuschüsse.

### **4. Zu den Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V-E)**

Durch die Neufassung des § 25 Abs. 1 SGB V-E wird nunmehr ein Anspruch auf alters-, geschlechts- und zielgruppengerechte ärztliche Untersuchungsmaßnahmen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus eingeführt. Diese Erweiterung im Bereich der Individualprävention wird vom Deutschen Verein positiv gesehen. Sie kann einem Großteil der Versicherten zugutekommen. Ungeachtet dessen wird zu prüfen sein, wie bisher schwer erreichte Zielgruppen tatsächlich besser eingebunden werden können. Dieser Herausforderung kann wohl weniger über Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als über niedrigschwellige, zugehende Strukturen in den Lebenswelten<sup>5</sup> begegnet werden (vgl. Ausführungen zu I.3.).

### **5. Zu den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V-E)**

Der Deutsche Verein unterstützt die Ausweitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auf das Alter von 18 Jahren.

Die Bestrebungen des Bundesrats, eine bessere Anbindung von Kinderärzten und -ärztinnen an die Jugendhilfe mit dem Ziel, präventiv im Kontext Früher Hilfen tätig zu werden, zu erreichen, werden vom Deutschen Verein begrüßt.<sup>6</sup> Notwendig ist aber, dass bei der Beschreibung des Leistungsumfangs und bei der Honorarabrechnung diese Leistungen entsprechend mit berücksichtigt werden.

<sup>5</sup> Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen vom 18. Juni 2014, [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/2014/DV-27-13-Empfehlungen-Gesundheitsbezogene-Hilfen](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2014/DV-27-13-Empfehlungen-Gesundheitsbezogene-Hilfen).

<sup>6</sup> BR-Drucks. 640/14(B), S. 13.

## 6. Zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Art. 5 – § 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII-E)

Im Entwurf ist vorgesehen, dass die allgemeinen Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie nunmehr auch eine Stärkung der Familien in ihrer Gesundheitskompetenz einbeziehen (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII-E).

Der Deutsche Verein hält es für richtig, in einer Gesamtkonzeption für Gesundheitsförderung und Prävention Akteure in den verschiedenen Lebenswelten zu verpflichten, frühzeitig und auf breiter Ebene Verantwortung zu übernehmen und zusammenzuarbeiten. Die Kinder- und Jugendhilfe einzubeziehen, ist ein wichtiger Faktor. Der Deutsche Verein rät in seinen Empfehlungen zur Weiterentwicklung Kommunalen Bildungslandschaften, Präventionsstrategien im Gesundheitsbereich und Planungsvorhaben wie z.B. die Jugendhilfeplanung in einem kommunalen Bildungsbericht zu verbinden.<sup>7</sup>

Der Deutsche Verein empfiehlt seit langem, bei den Angeboten der Familienbildung nach § 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII die Themen Gesundheitsbildung und -vorsorge, Pflege, Ernährung und Bewegung für alle Altersgruppen zu berücksichtigen und begrüßt deshalb die gesetzliche Änderung.<sup>8</sup> Die gesetzliche Festlegung des neuen Aufgabenbereichs sollte nach Ansicht des Deutschen Vereins eine Chance sein, die Bedeutung der Familienbildung zu stärken. Es ist notwendig, die Familienbildung allorts zu einem zentralen Bestandteil der Jugendhilfeplanung zu machen.<sup>9</sup> Ob dies gelingt, wird jedoch nicht zuletzt davon abhängig sein, dass den Kommunen hierfür ausreichender finanzieller Spielraum bereitsteht.<sup>10</sup>

Positiv zu begrüßen ist, dass durch den Entwurf deutlich wird, dass die Kinder- und Jugendhilfe als ein wichtiger Akteur frühzeitiger Gesundheitsförderung und Prävention gesehen wird. Aus Sicht des Deutschen Vereins muss sie jedoch als aktiver Partner bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie einbezogen werden (vgl. Ausführungen unter II.2.a zu §§ 20d bis 20f SGB V-E). Dabei mahnt der Deutsche Verein an, gleichermaßen zu berücksichtigen, dass für die Daseinsvorsorge und damit verbunden auch die Schaffung eines Zugangs zu Prävention für Kinder, Jugendliche und ihren Familien nicht allein die Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung ist. Auch vor diesem Hintergrund spricht sich der Deutsche Verein daher für eine stärkere Einbeziehung weiterer Akteure, insbesondere der Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Sozialhilfe und Bundesagentur für Arbeit aus.

7 [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/bildung/Empfehlungen\\_zur>Weiterentwicklung\\_Kommunaler\\_Bildungslandschaften/](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/bildung/Empfehlungen_zur>Weiterentwicklung_Kommunaler_Bildungslandschaften/)

8 Bestandsaufnahme und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Familienbildung, NDV 2007, 167–171.

9 Bestandsaufnahme und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Familienbildung, NDV 2007, 167–171.

10 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Familienbildung im ländlichen strukturschwachen Raum, [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/familie/Empfehlungen\\_zur\\_Familienbildung\\_im\\_laendlichen\\_strukturschwachen\\_Raum/](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/familie/Empfehlungen_zur_Familienbildung_im_laendlichen_strukturschwachen_Raum/)

## 7. Zur Prävention durch Pflege (Art. 6 und 7 – insb. § 5 und § 18 SGB XI-E)

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen und für die Wahrnehmung dieser Aufgabe 30 Cent/Versicherte/m veranschlagen müssen. Ungeachtet dessen, dass er auch die Einbeziehung einer Vielzahl weiterer Akteure (vgl. Ausführungen unter I.2.) für erforderlich hält, begrüßt der Deutsche Verein dies als einen Schritt in die richtige Richtung. Der Deutsche Verein hat in diesem Zusammenhang bereits 2011 empfohlen: „Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen!“<sup>11</sup>. Der Deutsche Verein hat allerdings Zweifel, ob die zur Verfügung gestellten Mittel ausreichen, um allen Bewohner/innen von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsleistungen im vollen Umfang gewähren zu können. Weiter stellt sich die Frage, welche Leistungen präventiv wirksam sind, und wie Präventionsleistungen von den Leistungen der aktivierenden Pflege abgegrenzt werden.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins wird die häusliche Pflege im Gesetzentwurf nicht ihrer tatsächlichen Bedeutung entsprechend in den Vordergrund gestellt. Zwar wird berücksichtigt, dass Pflege und damit auch Prävention im Rahmen von Pflege auch im häuslichen Bereich stattfinden muss (Aussage zum Beratungsbedarf während des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Abs. 1 Satz 4 SGB XI-E und Einbeziehung dieses Aspekts in Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche nach § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB XI-E), der deutliche Schwerpunkt liegt aber wiederum auf Leistungen im Bereich der Pflege in stationären Einrichtungen (§ 5 SGB XI-E) und der Lebensweltbegriff wird folglich verkürzt. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und der Stärkung der häuslichen Pflege muss auch in diesem Zusammenhang besser Rechnung getragen werden.

<sup>11</sup> Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit in der vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. herausgegebenen Broschüre „Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen“, 2011.

## **Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen**

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

### **Impressum**

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

[www.deutscher-verein.de](http://www.deutscher-verein.de)

E-Mail [info@deutscher-verein.de](mailto:info@deutscher-verein.de)