

Neuregelungen der Gesundheitsförderung



Mabuse-Verlag

Handbuch Präventionsgesetz

Das Handbuch wurde erstellt in Kooperation von

KinderStärken e. V.
Hochschule Magdeburg-Stendal
Kompetenzzentrum Frühe Bildung
Gesundheit Berlin-Brandenburg

Für die Förderung gilt herzlicher Dank der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Hochschule Magdeburg-Stendal
Kompetenzzentrum Frühe Bildung

Die Autoren

Raimund Geene ist Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften. Zuvor (1998-2005) war er Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e.V. Er ist Mitinitiator der Bundeskongresse „Armut und Gesundheit“ und des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“, seit 1998 beratend an allen Anläufen für ein Präventionsgesetz beteiligt, u.a. für die Fraktionen sowie als Einzelsachverständiger der Anhörungen.

Michael Reese, Master of Public Health, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei KinderStärken e.V., einem An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal. Zuvor war er 5 Jahre im Deutschen Bundestag als wissenschaftlicher Mitarbeiter überwiegend im Gesundheitsausschuss tätig.

Raimund Geene, Michael Reese

Handbuch Präventionsgesetz

Neuregelungen der Gesundheitsförderung

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

© 2016 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1 a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069 – 70 79 96-13

Fax: 069 – 70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

Lektorat: Melanie Lubke, Leipzig

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main

Umschlagabbildung: © Izabela Habur/istockphoto.com

Inhalt

Einführung.....	13
Teil 1: Überblick und Einordnungen zum Präventionsgesetz	21
1 Entstehungsgeschichte	23
1.1 Internationale Prozesse	23
1.2 Deutschland bis 1998: Erste Annäherungen an Gesundheitsförderung und Prävention.....	25
1.3 Die 14. Wahlperiode: Anpassung des § 20 und Einführung des „Leitfadens Prävention“	26
1.4 Die 15. Wahlperiode: Erster Aufschlag für ein Präventionsgesetz	27
1.5 Die 16. Wahlperiode: Stärkung betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20a) ..	30
1.6 Die 17. Wahlperiode: Zweiter Aufschlag für ein Präventionsgesetz	31
1.7 Das Präventionsgesetz in der 18. Wahlperiode (ab 2013).....	33
2 Der Inhalt des Präventionsgesetzes.....	35
2.1 Definitionen und Leitbegriffe.....	35
2.1.1 Eigenverantwortung und Eigenkompetenz.....	35
2.1.2 Legaldefinitionen.....	36
2.2 Soziallagen- und Geschlechtsorientierung	37
2.2.1 Geschlechtsbezogene Ungleichheiten.....	37
2.2.2 Soziallagenorientierung.....	37
2.3 Drei Leistungsbereiche der Prävention	38
2.3.1 Verhaltensbezogene Prävention	38
2.3.2 Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten.....	38
2.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung	39
2.4 Einheitliche Handlungsfelder und Kriterien.....	40
2.4.1 Handlungsfelder und Kriterien der GKV	40
2.4.2 Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen.....	41
2.4.3 Landesrahmenvereinbarungen	41
2.5 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention	41
2.5.1 Ausgaben für Maßnahmen in Lebenswelten.....	42
2.5.2 Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung	42
2.5.3 Ausgaben für verhaltensbezogene Präventionsleistungen.....	43
2.6 Strukturbildung und Gremien.....	43
2.6.1 Nationale Präventionskonferenz.....	43
2.6.2 Präventionsforum	44
2.6.3 Neue Rolle der BZgA	44
2.6.4 Landesarbeitsgemeinschaften für Rahmenvereinbarungen	45
2.6.5 Arbeitsgemeinschaften für Koordinierungsstellen	45
2.6.6 Arbeitsgemeinschaften für betriebliche Gesundheitsförderung	45
2.7 Neue Prozesse.....	45
2.7.1 Nationale Präventionsstrategie.....	46

2.7.2	Präventionsbericht	46
2.8	Qualität	46
2.9	Medizinische und nichtmedizinische Prävention	47
2.9.1	Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene.....	47
2.9.2	Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	48
2.9.3	Präventionsempfehlungen	48
2.9.4	Schutzimpfungen	48
2.9.5	Bonus-Regelungen.....	48
2.10	Einbeziehung weiterer Sozialversicherungsträger	49
2.10.1	Bundesagentur für Arbeit, Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende	49
2.10.2	DRV und Unfallversicherung	49
2.10.3	Pflege	50
2.10.4	Kinder- und Jugendhilfe.....	50
2.11	Ergänzende Regelungen im PräVG.....	50
2.11.1	Hebammenhilfe	51
2.11.2	Selbsthilfe	51
2.11.3	Änderungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss	51
2.11.4	Änderungen zur Pflegeweiterentwicklung	51
3	Schnittstellen, Schlüsselfaktoren und Stolpersteine	52
3.1	Schnittstellen	52
3.1.1	Schnittstellen SGB V und SGB XI.....	53
3.1.2	Schnittstelle SGB V und SGB VI.....	54
3.1.3	Schnittstelle SGB V, SGB VII und Arbeitgeber	54
3.1.4	Schnittstelle SGB V und SGB VIII	55
3.2	Schlüsselfaktoren.....	57
3.2.1	Zusammenarbeit der Krankenkassen	57
3.2.2	Erhöhung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention	58
3.2.3	Verlagerung von Regelungen ins SGB V.....	59
3.3	Stolpersteine	59
3.3.1	Gesundheitsförderung und Prävention wirken langsam.....	60
3.3.2	Wettbewerb der Kassen.....	60
3.3.3	Gesundheitssystem ist bislang überwiegend Krankheitssystem.....	61
3.3.4	Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	61
Teil 2: Änderungen des SGB V durch das Präventionsgesetz		63
§ 1	Solidarität und Eigenverantwortung.....	65
§ 2b	Geschlechtsspezifische Besonderheiten	68
§ 11	Leistungsarten	69
§ 20	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	70
Absatz 1	Grundlegendes.....	70
Satz 1	Legaldefinitionen und Satzungsleistungen	70
Satz 2	Geschlechtsbezogene Ungleichheit und Soziallagenbezug	77

	Satz 3 Grundlagen für die Satzungsleistungen.....	79
Absatz 2	Qualitätsanforderungen	80
	Satz 1 (erster Teil) Einheitliche Handlungsfelder und unabhängiger Sachverstand	80
	Satz 1 (zweiter Teil) Erweiterter Kriterienkatalog	84
	Satz 2 Zertifizierungsverfahren für verhaltensbezogene Prävention	86
	Satz 3-4 Veröffentlichung im Internet	87
Absatz 3	Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Ziele.....	88
	Satz 1-4 Nationale Gesundheitsziele.....	88
	Satz 5 Berücksichtigung der Arbeitsschutzziele	93
Absatz 5	Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention	97
	Satz 1 Zertifizierung durch Dritte.....	97
	Satz 2 Berücksichtigung der Präventionsempfehlung.....	98
	Satz 3-4 Umgang mit personenbezogenen Daten.....	101
	Satz 5 Aufgabenübertragung an Dritte.....	103
	Satz 6 Wohnortferne Leistungen	104
Absatz 6	Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention	105
	Satz 1 Steigerung der Gesamtausgaben.....	105
	Satz 2 Ausgaben für lebensweltliche und betriebliche Gesundheitsförderung	106
	Satz 4 Ausgabenanpassungen	108
§ 20a	Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	109
Absatz 1	Pflichten der Krankenkassen	109
	Satz 1 Definition Lebenswelt.....	109
	Satz 2 Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen	113
	Satz 3 Die Durchführung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten	115
	Satz 4 Zusammenarbeit der Kassen in Lebenswelten	117
	Satz 5 Berufliche Eingliederung bei gesundheitlichen Einschränkungen	119
Absatz 2	Angemessene Eigenbeteiligung	121
Absatz 3	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	123
	Satz 1-2 Inhalt der Beauftragung der BZgA	123
	Satz 3-5 Pauschale Vergütung	126
	Satz 6 Kooperationspartner.....	128
	Satz 7 Rechenschaftspflichten.....	129
Absatz 4	GKV-Spitzenverband und BZgA	129
	Satz 1-2 Vereinbarung.....	129
	Satz 3 Aufbringung der Mittel zur Finanzierung der BZgA.....	131
	Satz 4 Auftragsverhältnis GKV-Spitzenverband und BZgA	132
§ 20b	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	133
Absatz 1	Pflichten der Krankenkassen	133
	Satz 1 Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen.....	133
	Satz 2 Zertifizierung von verhaltensbezogenen Maßnahmen	134
	Satz 3 Beteiligung von Betriebsmedizin und Arbeitssicherheit.....	135

Absatz 2	Zusammenarbeit der Krankenkassen.....	136
Satz 1-2	Ergänzung der Landesbehörden für Arbeitsschutz.....	136
Absatz 3	Regionale Koordinierungsstellen	138
Satz 1-3	Beratung, Unterstützung und Beteiligung	138
Satz 4-5	Kooperationen und Arbeitsgemeinschaften.....	140
Absatz 4	Nicht verausgabte Mittel	141
§ 20c	Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	143
Absatz 1	Betriebliche Gesundheitsförderung und Unfallversicherung	143
Satz 1-3	Abstimmung zu Leistungen nach § 20b	143
Absatz 2	Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.....	145
Satz 1-3	Ergänzung der Landesbehörden für Arbeitsschutz.....	145
§ 20d	Nationale Präventionsstrategie	146
Absatz 1	Sozialversicherungsträger entwickeln Präventionsstrategie	146
Absatz 2	Die zwei Säulen der Präventionsstrategie	148
Absatz 3	Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen	149
Satz 1	Fristsetzung	149
Satz 2	Arbeitsschutzziele und Impfempfehlungen	150
Satz 3-4	Im Benehmen mit Bund und Land.....	152
Satz 5	Weitere Beteiligungen.....	153
Absatz 4	Der Präventionsbericht	155
Satz 1-2	Periodische Erstellung.....	155
Satz 3	Zweck des Präventionsberichts	156
Satz 4	Empfehlungen für Ausgabenentwicklung	157
Satz 5	Auskünfte der Leistungsträger	159
Satz 6-7	Auskünfte durch RKI und Länder	159
§ 20e	Nationale Präventionskonferenz	161
Absatz 1	Ausgestaltung der Präventionskonferenz	161
Satz 1-2	Arbeitsgemeinschaft der Sozialversicherungsträger.....	161
Satz 3-5	Beteiligung der PKV an der Präventionskonferenz.....	162
Satz 6-7	Beratende Sitze in der Präventionskonferenz	164
Satz 8-10	Geschäftsordnung und Geschäftsstelle.....	167
Absatz 2	Das Präventionsforum	169
§ 20f	Landesrahmenvereinbarungen	171
Absatz 1	Beteiligte und Leistungsabgrenzung	171
Satz 1	Vertragspartner.....	171
Satz 2	Vermeidung zusätzlicher Leistungsverpflichtungen.....	172
Absatz 2	Weitere Beteiligte und Vereinbarungsinhalt	173
Satz 1	Mindestbestandteile der Rahmenvereinbarungen.....	173
Satz 2	Weitere Beteiligte an den Rahmenvereinbarungen	176
§ 20g	Modellvorhaben	178
Absatz 1	Beteiligte und Ziele der Modellvorhaben.....	179

Absatz 2	Befristung und Evaluation.....	182
§ 20h	Förderung der Selbsthilfe	182
Absatz 3	Mittelerhöhung für die Selbsthilfe	182
§ 20i	Primäre Prävention durch Schutzimpfungen.....	184
Absatz 1	Impfansprüche	184
Satz 5	(alt) Rechtsbereinigung	184
Satz 6	Bereitstellung von Impfausweisen.....	185
Absatz 2	Rechtsbereinigung	186
Absatz 3	Vereinfachte Sachkostenabrechnung für den ÖGD	187
§ 23	Medizinische Vorsorgeleistungen	188
Absatz 2	Kuren wegen beruflicher und familiärer Umstände	188
Absatz 5	Art, Dauer und Umfang der Leistungen	189
Satz 1	Wunsch- und Wahlrecht	189
§ 24d	Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe.....	191
Satz 1-2	Wochenbettbetreuung durch Hebammen	191
Satz 3-4	Hinweise auf regionale Unterstützung	193
§ 25	Gesundheitsuntersuchungen.....	196
Absatz 1	Bedarfsgerechte, präventive Ausrichtung und Präventionsempfehlungen	196
Satz 1	Zielgruppengerechte und präventive Ausrichtung der Gesundheitsuntersuchungen	196
Satz 2	Medizinisch angezeigte Präventionsempfehlung	201
Satz 3	Präventionsempfehlung als ärztliche Bescheinigung.....	204
Satz 4	Inhalt der Präventionsempfehlung	205
Absatz 3	Voraussetzungen für Untersuchungen und Erprobungen.....	209
Satz 1-2	Ausweitung auf Risiken und Belastungen.....	209
Satz 3-4	Richtlinie zur Erprobung möglich	210
Absatz 4	Fristen zur Ausgestaltung durch den G-BA	212
§ 26	Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.....	216
Absatz 1	Bedarfsgerechte, präventive Ausrichtung und Präventionsempfehlungen	216
Satz 1-2	Zielgruppengerechte und präventive Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen	216
Satz 3	Medizinisch angezeigte Präventionsempfehlung	221
Satz 4	Präventionsempfehlung als ärztliche Bescheinigung.....	223
Satz 5-6	Altersbegrenzung bei Früherkennungsuntersuchungen zur Mundgesundheit	223
Absatz 2	Der G-BA bestimmt das Nähere	224
Satz 1-3	Untersuchungen, Altersgrenzen und Häufigkeit	224
Satz 4	Frist zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung	226
Satz 5	Früherkennung frühkindlicher Karies	228

§ 65a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	229
Absatz 1	Erweiterung der Bonusansprüche.....	229
Absatz 2	Bonus bei betrieblicher Gesundheitsförderung Soll-Leistung	231
§ 91	Gemeinsamer Bundesausschuss	232
Absatz 2	Das Beschlussgremium	232
Satz 2	Verlängerte Frist für Vorschlag für Unparteiische	232
Satz 12	Vorsitzender stellt Fristen sicher	234
Satz 16-17 (alt)	Amtszeitenbegrenzung aufgehoben.....	235
Absatz 7	Beschlussfassung.....	235
Satz 2-3	Beschlussvorlagen durch Unparteiische.....	235
§ 132e	Versorgung mit Schutzimpfungen	237
Absatz 1	Verträge mit den Krankenkassen	237
Satz 1-2	Betriebsärzte und Arbeitsmediziner.....	237
§ 132f	Versorgung durch Betriebsärzte.....	238
§ 140f	Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten.....	240
Absatz 2	Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz	240
Teil 3: Änderungen weiterer Gesetze		243
SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung		245
§ 31	Sonstige Leistungen SGB VI	245
Absatz 2	Leistungsvoraussetzungen.....	245
Satz 3	Mitwirkung nach §§ 20d bis 20f	245
SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung		247
§ 14	Grundsatz	247
Absatz 3	Teilnahme der Unfallversicherung an der Nationalen Präventionsstrategie.....	247
SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe		248
§ 16	Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie.....	248
Absatz 2	Gesundheitskompetenz von Familien stärken	248
§ 45	Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung	250
Absatz 2	Gesundheitsförderliches Lebensumfeld	250
SGB XI – Soziale Pflegeversicherung		252
§ 5	Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation.....	252
Absatz 1	Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	252
Absatz 2	Mindestausgabenwert für Prävention.....	255
Absatz 3	Zusammenarbeit und Mittelverwendung.....	256

	Satz 1	Kassenübergreifende Leistungen.....	256
	Satz 2	Nichtverausgabte Mittel für Prävention	256
	Satz 3	Arbeitsgemeinschaften zur Kooperation	257
	Absatz 4	Vermeidung von Pflegebedürftigkeit	258
	Satz 1	Wirkung auf andere Leistungsträger.....	258
	Absatz 5	Beteiligung an §§ 20d bis 20f.....	259
	Absatz 6	Umnummerierung	259
§ 10		Pflegebericht der Bundesregierung	260
§ 17a		Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (neu) ...	261
§ 18		Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	267
	Absatz 1	Untersuchung des Antragstellers.....	267
	Satz 4	Präventionsberatung.....	267
	Absatz 6	Übermittlung der Gutachten	269
	Satz 3	Präventionsempfehlung	269
§ 18a		Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	271
	Absatz 1	Information des Antragstellers	271
	Satz 1	Stellungnahme der Pflegekasse zur Präventionsempfehlung.....	271
§ 45		Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	272
	Absatz 1	Zweck der Pflegekurse	272
	Satz 1	Prävention für Pflegende	272
§ 113a		Expertenstandards zur Qualität in der Pflege	273
	Absatz 1	Beteiligte und Zielsetzung.....	273
	Satz 3	Berücksichtigung von Prävention und Rehabilitation.....	273
IfSG – Infektionsschutzgesetz			275
§ 22		Impfausweis	275
	Absatz 3	Weitere Ausgestaltung	275
	Satz 2	Feld für Auffrischungstermin.....	275
§ 23a		Personenbezogene Daten von Beschäftigten.....	276
§ 28		Schutzmaßnahmen	278
	Absatz 2-3	Ausweitung auf Ansteckungsgefährdete	278
§ 34		Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes.....	280
	Absatz 10a	Impfberatung vor Kitaaufnahme	280
§ 73		Bußgeldvorschriften	285
	Absatz 1	Ordnungswidrige Handlungen	285
	Satz 1	Verstöße gegen §§ 28 und 34.....	285
	Absatz 2	Ahndung	286
	Satz 1	Geldbuße bis 2500 Euro	286

§ 37	Inhalt und Durchführung der ärztlichen Untersuchungen.....	287
	Absatz 2-3 Überprüfung des Impfschutzes.....	287
§ 39	Mitteilung, Bescheinigung	288
	Absatz 1 Information des Personensorgeberechtigten	288
	Satz 1 Bescheinigung über Impfmaßnahmen.....	288
Teil 4: Anhang		289
	Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses.....	291
	Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen	295
	Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz.....	302
	Literaturverzeichnis	325
	Abbildungsverzeichnis	340
	Tabellenverzeichnis	340
	Abkürzungsverzeichnis	341
	Stichwortverzeichnis	345

Einführung

Am 25. Juli 2015 zu großen Teilen und vollumfänglich zum 1. Januar 2016 ist das Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention – kurz Präventionsgesetz (PrävG) – in Kraft getreten. Es war der inzwischen vierte Anlauf zu einem entsprechenden Gesetz, das sogar schon zweimal vom Bundestag verabschiedet, jedoch jeweils vom Bundesrat in den Vermittlungsausschuss überwiesen wurde und dort scheiterte.

Das vorliegende Handbuch bietet eine gesundheitswissenschaftliche Analyse des Präventionsgesetzes. Dabei sind v. a. die Gesetzesänderungen relevant, die sich mit Gesundheitsförderung und Prävention befassen.

Zielsetzung

Das Handbuch zielt darauf ab, die gesetzlichen Änderungen durch das Präventionsgesetz und mögliche Auswirkungen für die Praxis aufzuzeigen. Nach einem kurzen Überblick über die wichtigsten Änderungen und die Entstehungsgeschichte des Gesetzes folgt eine tiefergehende Analyse jeder einzelnen Gesetzesänderung. Durch die gesundheitswissenschaftliche Analyse werden die Intentionen des Gesetzes verdeutlicht. Dabei widmet sich das Handbuch auch den Bereichen des Gesetzes, die noch ausgestaltet werden bzw. die sich in der Praxis entwickeln müssen. Das erlaubt eine Auseinandersetzung mit möglichen Wirkungen und Hemmnissen.

Vorgehensweise

Die Erstellung dieses Handbuchs erfolgte durch ein transparentes wissenschaftliches Vorgehen, das nachfolgend beschrieben wird.

Erstellung einer Gesetzessynopse

Um zu erfassen, welche Änderungen exakt stattgefunden haben, wurde zunächst eine Gesetzessynopse erstellt. Hierzu wurden die neuen Gesetzespassagen den bisherigen gegenübergestellt und die Änderungen durch Textformatierungen verdeutlicht. Weiterhin wurden die Gesetzesbegründungen aus dem Gesetzentwurf und der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags hinzugefügt.

Um die Neuregelungen erfassbar und diskutierbar zu machen, wurden die Gesetzespassagen in sinnvolle Abschnitte untergliedert und mit Überschriften versehen. Diese ganze Synopse ist in Teil 2 und 3 zugänglich.

Historische Einordnung

Zum besseren Verständnis eines gegenwärtigen Zustands und zur weiteren Gestaltung ist es sinnvoll, den zuvor zurückgelegten Weg zu verfolgen und zu betrachten. Das Handbuch fokussiert dabei v. a. auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bedeutende Änderungen und Diskussionen fanden u. a. auch im Arbeitsschutz, Umweltschutz, Ernährungs- und Verbraucherschutz sowie im Bereich der Renten- und Unfallversicherung statt.

Diese Betrachtungen münden zum einen in einen historischen Überblick zu Beginn des Buches. Hier wird chronologisch im Schnelldurchgang der Weg dargestellt, der schließlich zu einem Präventionsgesetz führte. Zum anderen fließt die historische Betrachtung in einen Abschnitt ein, der im zweiten Teil unter der Überschrift „Herkunft“ zu jeder einzelnen Gesetzesänderung zu finden ist. Die Gesetzesänderungen werden hier jeweils in ihrer fachlichen und parlamentarischen Entstehung nachgezeichnet. Einbezogen in dieses Vorgehen wurden die Gesetzentwürfe von 2005 und 2013, der Referentenentwurf, der Gesetzentwurf und die Beschlussempfehlung zum jetzigen Präventionsgesetz sowie präventionsbezogene Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Gesundheit. Dieses Vorgehen berücksichtigt, dass Gesetze nicht nur Folge allgemein anerkannter Notwendigkeiten sind, sondern auch durch politische Aushandlungsprozesse bestimmt werden. Erwähnenswerte Veränderungen des Gesetzes im Gesetzgebungsprozess werden ebenso in den jeweiligen Erläuterungen dargestellt.

Rechtlicher Kontext

Ein Teil des rechtswissenschaftlichen Prozesses mündet in der bereits oben angezeigten Synopse im zweiten und dritten Teil des Buches. Darüber hinaus werden unter „Erläuterung“ alle Gesetzesänderungen im Einzelnen analysiert. Um diesen Beitrag zur Auslegung der Änderungen zu leisten, wurde v. a. auf die Gesetzesbegründungen, die Stellungnahmen der öffentlichen Anhörung, die Einlassungen des Bundesrates inkl. der Widerrede der Bundesregierung, andere Gesetze und bereits vorhandene Gesetzeskommentare zu früheren Fassungen der Gesetzesabschnitte zurückgegriffen.

Gesundheitswissenschaftlicher Kontext

Schwerpunkt des Handbuchs liegt in der gesundheitswissenschaftlichen Analyse, in der die internationale und nationale Forschung zu Gesundheitsförderung inkl. den entsprechenden Ausarbeitungen des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Themenbereich der Gesundheitsförderung und Prävention ausgewertet und zu den Neuregelungen des Präventionsgesetzes in Bezug gesetzt wird.

Aufbau und Verwendungshinweise

Zum Aufbau des Buches und zur möglichen Nutzung und Verwendung folgen nachstehend Hinweise und ein erster systematischer Überblick.

Teil 1 – Überblick und Einordnungen

Teil 1 gibt einen Überblick zur Entstehung, wesentlichen Änderungen und Besonderheiten des Präventionsgesetzes. Er besteht aus drei Abschnitten und vermittelt die Grundzüge des Gesetzes.

Am Anfang steht der historische Abriss mit der erweiterten Entstehungsgeschichte des Präventionsgesetzes. Der zurückgelegte Weg lässt sich grob in vier Abschnitte gliedern. Die erste Phase ist die Zeit vor der intensiven Diskussion um die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese Phase reicht etwa bis in die Zeit der Ottawa-Charta 1986. Darauf folgt eine gesellschaftliche und politische Debatte um dieses Thema mit ersten Veränderungen in der GKV. Diese reicht bis in die Jahrtausendwende. Es folgt die Zeit der konkreten Gesetzesentwürfe, die nicht zu einem Präventionsgesetz geführt haben. Und letztlich wurde auch in der 18. Wahlperiode ein Weg zurückgelegt, um das Gesetz zu verabschieden. Dieser wird durch einen tabellarischen Überblick dargestellt, erwähnenswerte Veränderungen im Verlaufe des Gesetzgebungsprozesses werden in Teil 2 und 3 bei den entsprechenden Gesetzesabschnitten aufgezeigt.

Es folgt ein Überblick über den Inhalt des Präventionsgesetzes. In diesem Abschnitt wird auf allgemeine Orientierung gesetzt und auf Quellenhinweise zu Gesetzesdokumenten verzichtet, um einen schnellen, guten Überblick über das Präventionsgesetz zu geben.

Der Abschnitt „Schnittstellen, Schlüsselfaktoren und Stolpersteine“ vermittelt ein vertieftes Verständnis des Gesetzes. Dazu werden die Leistungsgrenzen zu anderen Gesetzesnormen betrachtet und Schlüsselfaktoren iden-

tifiziert, denen eine besondere Bedeutung im Gesetz zukommt sowie solche, die einer erfolgreichen Umsetzung des Gesetzes entgegenstehen können.

Teil 2 – Änderungen des SGB V durch das Präventionsgesetz

Die maßgeblichen Neuregelungen des Präventionsgesetzes betreffen das SGB V und damit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Nicht alle Änderungen durch das Präventionsgesetz im SGB V betreffen unmittelbar Gesundheitsförderung und Prävention. So wurden mit dem Präventionsgesetz auch Neuregelungen bezüglich des Vorsitzes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verabschiedet, die im Handbuch nur kurz erläutert werden.

In Teil 2 werden die Änderungen des SGB V paragrafen-, absatz- und satzweise dargestellt. Die Abschnitte wurden so gewählt, dass sinnvolle Einheiten entstanden sind. Dabei wurden die Abschnitte so klein gestaltet, dass darin nur jeweils eine sinnzusammenhängende Änderung aufgeführt wird. Jeder Abschnitt erhält eine Überschrift, die seinen Inhalt abbildet. Behandelt ein Abschnitt zwei oder mehr unterschiedliche Themen, beschränkt sich die Überschrift auf einen zentralen Inhalt.

Zunächst wird in jedem Abschnitt der neue Gesetzestext aufgeführt und diesem der bisherige Wortlaut gegenübergestellt, sofern Streichungen vorgenommen wurden. „Alt“ bezeichnet hier den Gesetzestext vor dem Präventionsgesetz und „Neu“ den geänderten Text durch das Gesetz. Wenn im bisherigen Gesetzestext keine Streichungen stattgefunden haben, werden lediglich die Ergänzungen oder neuen Gesetzesabschnitte unter „Neu“ aufgeführt. Neue Gesetzespassagen werden unter „Neu“ **fettgedruckt** dargestellt. Streichungen im bis dahin gültigen Gesetzestext sind unter „Alt“ **~~fett und durchgestrichen~~** formatiert. Ziel ist es, einen Vorher-Nachher-Vergleich zu ermöglichen.

Darauf folgt die Gesetzesbegründung aus dem Gesetzentwurf der Bundesregierung¹. Die Abschnitte der Gesetzesbegründungen sind jeweils den entsprechenden behandelten Abschnitten der Gesetzesänderung zugeordnet und grau hinterlegt. Behandelt der Abschnitt nur Änderungen aus § 20 Absatz 2 Satz 2, folgen auch nur die Gesetzesbegründungen zu diesem Satz 2 aus Absatz 2. Nach der Gesetzesbegründung des Gesetzentwurfs folgt die

¹ Bundestag-Drucksache 18/4282 (2015)

Begründung aus der Beschlussempfehlung². Die Beschlussempfehlung entstammt dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags im Nachgang der öffentlichen Anhörung in 14. Sitzung. Die Relevanz von Gesetzesbegründungen wird in der Rechtsprechung unterschiedlich bewertet; sie gilt jedoch als sog. „historischer Wille des Gesetzgebers“ und bietet insofern Orientierung für die Gesetzesumsetzung.

Eine Beschlussempfehlung nimmt grundsätzlich nicht allein zu dem Gesetzentwurf Stellung, sondern zu allen Anträgen, die im Rahmen der Gesetzesbefassung behandelt wurden, also auch den Anträgen der Opposition. Für die Synopse sind die Begründungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung relevant, die entsprechend als „Ergänzende Begründung“ aufgeführt werden. Die Begründungen aus der Beschlussempfehlung sind ebenfalls grau hinterlegt. Dadurch sind sie deutlich von den nachfolgenden Abgleichen zur Genese des Gesetzestextes und den Erläuterungen durch die Autoren dieses Handbuchs zu unterscheiden.

Es folgt ein Abschnitt, der mit „Herkunft“ überschrieben ist und die jeweiligen Änderungen nachverfolgt. Basis der Darstellung liefern der Gesetzentwurf von 2005³, der Gesetzentwurf von 2013⁴, der Referentenentwurf von 2014⁵, der Gesetzentwurf von 2015 (Kabinettsbeschluss) und die Beschlussempfehlung von 2015.

Die Entwicklung des Gesetzes in der 18. Wahlperiode mit dem Referentenentwurf, dem Gesetzentwurf und der Beschlussempfehlung zeigt, welche Gesetzesänderungen erst im Prozess des Gesetzes durch Verbände (Änderungen zwischen Referentenentwurf und Gesetzentwurf) oder auch den Bundesrat (Änderungen in der Beschlussempfehlung) initiiert wurden. Änderungen, die auf Einwirken des Bundesrats stattgefunden haben, sind in diesem Abschnitt gesondert benannt. Unter Herkunft wird zusätzlich angegeben, wenn ein Abschnitt nicht unter Artikel 1 des Präventionsgesetzes geändert oder eingebracht wurde. Artikel 2 und 7 traten erst zum 1. Januar 2016 in Kraft, während alle anderen Artikel am Tag nach der Verkündung zum 25. Juli 2015 in Kraft traten.

² Bundestag-Drucksache 18/5261 (2015)

³ Bundestag-Drucksache 15/4833 (2005)

⁴ Bundestag-Drucksache 17/13080 (2013)

⁵ BMG (2014)

Als letzter Abschnitt folgt jeweils eine Erläuterung. Die Erläuterung beinhaltet die Ergebnisse dessen, was weiter oben als „rechtswissenschaftlicher Kontext“ und „gesundheitswissenschaftlicher Kontext“ dargelegt wurde. In den Erläuterungen werden zentrale Inhalte und mögliche Ableitungen des jeweiligen Gesetzesabschnittes dargestellt.

Teil 3 – Änderungen weiterer Gesetze

In Teil 3 wird Darstellung und Analyse für Gesetzesänderungen außerhalb des SGB V fortgesetzt. Eine Ausnahme bildet § 17a SGB XI zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Hier wird auf eine Erläuterung verzichtet, weil es ein grundsätzlich eigenständiges Thema jenseits von Gesundheitsförderung und Prävention eröffnet, das andere Fachpublikationen erschließen werden.

Gendergerechte Schreibweise

In der Publikation wird regelmäßig die weibliche und männliche Form verwendet. Ausnahmen werden bei funktionalen Bezeichnungen vorgenommen (z. B. Akteure, Leistungsträger, Arbeitgeber), hier wird nur die männliche Grundform verwendet.

Prozesse seit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes

Nach der Verabschiedung des Gesetzes und dem Inkrafttreten wurde seitens der Akteure mit der Umsetzung begonnen. So gibt es bereits Fristen, die verstrichen sind, wie die – fast termingerecht eingelöste – Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen und erster Landesrahmenvereinbarungen, die Vereinbarung zur Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband und die Richtlinienänderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ärztlichen Präventionsempfehlungen. Diese sind soweit möglich bereits eingeflossen und soweit sinnvoll im Anhang (Teil 4) dokumentiert.

Danksagung

Für die Mitwirkung an dem Handbuch bedanken sich die Autoren für vielfältige Unterstützung, insbesondere bei Melanie Lubke für das umsichtige Lektorat und Layout und bei Susanne Borkowski und Rita König für die engagierte Projektbegleitung.

Für die inhaltliche Auseinandersetzung und zahlreiche interessante Anregungen, die in dieses Handbuch eingeflossen sind, danken die Autoren insbesondere Britta Bacchetta, Pia Block, Dr. Andreas Böhm, Susanne Borkowski, Stefan Bräunling, Dr. Siiri Doka, Nancy Ehlert, Dr. Karl-Josef Eßer, Prof. Dr. Ingo Heberlein, Monika Hommes-Rüdiger, Ulrike von Haldenwang, Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Thomas Isenberg, Holger Kilian, Dr. Joseph Kuhn, Maria Klein-Schmeinck, Prof. Dr. Thomas Kliche, Helga Kühn-Mengel, Dr. Wilfried Kunstmann, Dr. Frank Lehmann, Niels Loechel, Prof. Dr. Eva Luber, Andrea Möllmann-Bardak, Prof. Dr. Peter Paulus, Stefan Pospiech, Dr. Uwe Prümel-Philippsen, Prof. Dr. Eike Quilling, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Rainer Sbrzesny, Dr. Elena Sterdt, Prof. Dr. Petra Strehmel, Prof. Dr. Ute Thyen, Prof. Dr. Ulla Walter und Silke Wollgarten.

Teil 1:

Überblick und Einordnungen zum Präventionsgesetz

1 Entstehungsgeschichte

Der Weg zu einem Präventionsgesetz in Deutschland war lang. Die Entwicklung wird hier nachverfolgt, weil sich dadurch viele Neuregelungen besser verstehen lassen. Das nun in Kraft getretene Präventionsgesetz greift auf Gesetzentwürfe, Eckpunktepapiere und Referentenentwürfe vorheriger Bundesregierungen zurück. Vor diesem Hintergrund kann die Geschichte des Gesetzes auch als ein gesundheitspolitisches Lehrstück verstanden werden. Zum einen zeigt es, wie widerstrebende politische Kräfte das Gesetzgebungsverfahren beeinflusst haben. Interessant ist dabei insbesondere, wie es trotz Widersprüchen gelingt, Kompromisse zu finden und ein Präventionsgesetz zu verabschieden.

Zu Beginn folgt ein historischer Abriss über die Entwicklung hin zum Präventionsgesetz. Dabei haben internationale Prozesse maßgeblichen Einfluss auf diese Bemühungen genommen. Die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) kann als ein sinnvoller Ausgangspunkt betrachtet werden.

1.1 Internationale Prozesse

Die Gründung der WHO 1948 kann als Wendepunkt von einem überholten Präventionsbegriff der Sozialhygiene („Old Public Health“) hin zur modernen Prävention und Gesundheitsförderung („New Public Health“) verstanden werden.⁶ Die WHO gründete sich mit idealistischen Ansätzen und einer weitgehenden Gesundheitsdefinition: „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“⁷ Schon damals hatte die WHO zur Erreichung jener Gesundheit zahlreiche Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (protection and promotion) verabschiedet und die Mitgliedsstaaten zur Umsetzung aufgefordert. Die in der WHO-Definition dargestellte eigene Dimension von Gesundheit erfuhr u. a. durch Aaron Antonovsky⁸ mit dem Prinzip der Salutogenese und mit dem Resilienzbegriff⁹ eine nachhaltige Ausgestaltung und Verfestigung.

⁶ Geene (2000a, S. 93ff.)

⁷ WHO (1946, S. 1)

⁸ Antonovsky (1979)

⁹ Werner et al. (1971)

Hinzu kamen bessere Lebensbedingungen und Hygiene in der westlichen Welt und der Wandel von akuten Krankheiten hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund und den Erkenntnissen, wie jene aus dem Black-Report¹⁰, die den Zusammenhang von sozialen Determinanten und Gesundheit deutlich machen, verabschiedete die WHO 1986 in Ottawa eine Magna Charta zur Gesundheitsförderung.¹¹

Die Ottawa-Charta definiert fünf Handlungsfelder:

- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln;
- persönliche Kompetenzen fördern;
- gesundheitsfördernde Lebenswelten aufbauen;
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen und
- Gesundheitsdienste neu organisieren.

Zudem benennt sie drei Kern- bzw. Handlungsstrategien, die alle auf die Partizipation der Betroffenen ausgerichtet sind:¹²

- Advocating,
- Enabling und
- Mediating.

Die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ist in der Charta eine zentrale Forderung an alle Maßnahmen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Dabei erwies sich die Ottawa-Charta als gültige und wissenschaftlich haltbare Zusammenfassung des international verfügbaren Wissens aus Sozialepidemiologie, Belastungsforschung und Interventionsprojekten.¹³ Damit war bereits 1986 die Grundlage „für Visionen, die sich gesundheitswissenschaftlich für die verschiedenen Interventionsbereiche und Zielgruppen gut und immer besser konkretisieren lassen“¹⁴, gegeben. Formalen Bekenntnissen der Bundesregierungen zur Charta folgten aber lange kaum entsprechende politische Maßnahmen.

¹⁰ Townsend & Davidson (1982)

¹¹ WHO (1986a)

¹² Rosenbrock & Hartung (2012)

¹³ Ruckstuhl (2011)

¹⁴ Rosenbrock (1998, S. 9)

1.2 Deutschland bis 1998:

Erste Annäherungen an Gesundheitsförderung und Prävention

Regierungen und Gesellschaft in der damaligen Bundesrepublik konnten diese Ansätze von nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung zunächst kaum aufgreifen. Es dominierte vielmehr in der Zeit des Wirtschaftswunders die Vorstellung des „Wohlstands für alle“.¹⁵ Der Bevölkerung ging es überwiegend gut, die Überwindung von Armut durch Wachstum schien in naher Zukunft erreichbar und die gesetzliche Krankenversicherung finanzierte vergleichsweise großzügig die Leistungen der Versicherten. Nach Ausweitung von Leistungsmengen und Versichertenkreisen zu Beginn der sozialliberalen Ära Anfang der 1970er Jahre kam es in den Folgejahren nach Ölkrise und einem Abflachen des Wirtschaftswachstums zu ersten Kostendämpfungsmaßnahmen und in den späten 1970er und 1980er Jahren zu Überlegungen, das Gesundheitssystem umfassend zu reformieren.

Nicht zufällig wurde 1988 bei der Überführung der Reichsversicherungsordnung in das neue Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch Artikel 1 das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) mit § 1 die Solidarität und Eigenverantwortung und mit § 20 Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung eingeführt. Das Gesundheits-Reformgesetz hat im Bemühen um stabile Beiträge Leistungen gekürzt und den Wettbewerb zwischen den Kassen verstärkt. Dabei kann der Verweis auf Eigenverantwortung im Kontext zusätzlicher Kostenbeteiligungen begriffen werden. Die Implementierung von Gesundheitsförderung sollte einerseits den modernen Anspruch an das Gesetz ausdrücken, andererseits aber auch Kosten senken helfen und den Wettbewerb ankurbeln.¹⁶ So wurde Gesundheitsförderung nicht als Pflicht-, sondern als Satzungsleistung in das SGB V aufgenommen. Im Vorfeld und im Zuge einer eingesetzten Enquete-kommission war einer der zentralen Diskussionspunkte, inwieweit die gesetzlichen Krankenkassen als Kassen für Kranke für Gesundheitsförderung zuständig seien und nicht eher der Staat.¹⁷ Mit einem weiteren Reformgesetz, dem Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Kranken-

¹⁵ Erhard (1957)

¹⁶ Reiners (1993)

¹⁷ Bundestag-Drucksache 11/3267 (1988)

versicherung (Beitragsentlastungsgesetz 1996 – BeitrEntlG), wurde die Gesundheitsförderung – mit Ausnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung – 1997 wieder aus dem SGB V entfernt. In der Gesetzesbegründung werden dafür die steigenden Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung von 0,6 auf 1,3 Mrd. DM¹⁸ von 1993 bis 1996 benannt. Diese wurden als Marketingmaßnahmen der Krankenkassen kritisiert, deren Nutzen unklar sei.¹⁹ Im Zuge dessen wurde auch diskutiert, die Leistungen für Gesundheitsförderung als freiwillige Satzungsleistungen aus der gemeinsamen Finanzierung durch Arbeitgeber und Beschäftigte auszulagern.

1.3 Die 14. Wahlperiode:

Anpassung des § 20 und Einführung des „Leitfadens Prävention“

In der 14. Legislaturperiode (1998-2002) wurde der § 20 des SGB V erneut angepasst. In dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) lautete die Überschrift noch „Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe“.²⁰ Die Gesundheitsförderung findet sich in dem Gesetzentwurf jedoch nur als Information über Angebote zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Die darauffolgenden Leistungen zur Prävention waren nur als Kann-Leistungen in den Satzungen der Krankenkassen ausgestaltet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen waren aufgefordert, Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu entwickeln. Insbesondere Bedarf, Zielgruppe, Inhalt, Methodik und Qualitätssicherung sollten berücksichtigt werden. Auf dieser Grundlage sollte ein Katalog von Leistungen erstellt werden. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Anforderungen entwickelten die gesetzlichen Krankenkassen mit Unterstützung externen Sachverständigen im Rahmen einer sog. „Beratenden Kommission“ einen

¹⁸ Mangels präziser Datenlage wurde die Höhe der in der Gesetzesbegründung genannten Ausgaben von der Opposition in Zweifel gezogen. Im Vergleich: Die Ausgaben für Präventionsleistungen beliefen sich in 2014 auf insgesamt 292.543.505 Euro (GKV & MDS, 2015) und werden auch 2016 nach Finanzwirksamkeit des PräVG nicht derartig hoch ausfallen.

¹⁹ Bundestag-Drucksache 13/4615 (1996)

²⁰ Bundestag-Drucksache 14/1245 (1999)

„Leitfaden Prävention“, der regelmäßig – zuletzt im Dezember 2014 – fortgeschrieben wird.²¹

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens erfuhr § 20 einige Änderungen. Die Überschrift lautete in der Beschlussempfehlung²² nun: „Prävention und Selbsthilfe“, der Begriff „primäre Prävention“ wurde eingebracht und die Gesundheitsförderung wurde begrifflich auf betriebliche Gesundheitsförderung eingegrenzt. In der Begründung der Beschlussempfehlung wurde als Grund des Wegfalls der allgemeinen Gesundheitsförderung auf die Unschärfe bei der Abgrenzung zwischen allgemeiner Gesundheitsförderung und primärer Prävention hingewiesen. Während im Gesetzentwurf die Finanzierung von Angeboten der allgemeinen Gesundheitsförderung ausgeschlossen wurde, wurde nun in der Beschlussempfehlung die Primärprävention per Soll-Bestimmung zur Satzungsleistung der Krankenkassen.

Zudem wurde das Ziel der primären Prävention in § 20 grob definiert: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“²³ Die Krankenkassen sollten so laut Begründung „im Rahmen ihrer Zuständigkeit einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit bei der Gesundheit leisten.“²⁴ Damit findet die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit bzw. der Sozillagenbezug zum ersten Mal expliziten Niederschlag im SGB V.

1.4 Die 15. Wahlperiode:

Erster Aufschlag für ein Präventionsgesetz

Waren die Ziele im Koalitionsvertrag 1998 zu Gesundheitsförderung und Prävention noch unbestimmt („Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation erhalten einen hohen Rang“²⁵), wurden die Aussagen im Koalitionsvertrag 2002 konkreter. So sollte ein Präventionsgesetz formuliert und Prävention zu einer eigenständigen Säule neben Kuration, Rehabilitation und Pflege entwickelt werden. Das zwischenzeitlich auf Initiative des

²¹ GKV (2014)

²² Bundestag-Drucksache 14/1977 (1999)

²³ Ebd., S. 7

²⁴ Ebd., S. 160

²⁵ SPD & Grüne (1998, S. 22)

Bundesministeriums für Gesundheit gegründete „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ sollte sukzessive ausgebaut werden und die Prävention durch einheitliche Entscheidungen, Kampagnenentwicklung und -umsetzung durchschlagkräftig machen.²⁶ In die 15. Legislaturperiode (2002-2005) hinein wirkten die Sachverständigenratsgutachten von 2001 und 2003. Im ersten Gutachten²⁷ wurde auf die Bedeutung und die Herstellung von Gesundheitszielen und die Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen. Zentrale Empfehlungen waren die Formulierung von Gesundheitszielen unter intensiver Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger. Es sollten gleichermaßen Gesundheitsressourcen erhöht und Krankheitsgefahren gemindert werden. Zudem war eine konsequente Zielgruppenorientierung bei der Prävention gefordert, die den von der WHO formulierten Settingansatz einschließt. Dem Ziel der Verminderung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Das Gutachten von 2003²⁸ befasste sich mit der Qualität von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen, insbesondere im Bereich Kinder/Jugend bzw. im Setting Schule. Der Rat empfahl eine Qualitätsroutine, die sich am Public Health Action Cycle orientiert und die bewährten Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgreift. Weiterhin wurde die deutliche Ausweitung von Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule bei Berücksichtigung sozialer Determinanten gefordert und die Einbeziehung der Pflege in Gesundheitsförderung und Prävention.

In der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)²⁹ wurde der Bundestag im Herbst 2003 aufgefordert, innerhalb eines Jahres ein Präventionsgesetz vorzulegen. Ein erstes Eckpunktepapier stieß jedoch auf Kritik der Bundesländer. Die Differenzen konnten erst im Rahmen eines sogenannten Kaminesgesprächs der Landesgesundheitsminister/innen mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am Rande der Gesundheitsministerkonferenz 2004 in Berlin beigelegt werden. Am

²⁶ SPD & Grüne (2002)

²⁷ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Bundestag-Drucksache 14/5660 (2001)

²⁸ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Bundestag-Drucksache 15/530 (2003)

²⁹ Bundestag-Drucksache 15/1584 (2003)

15. Februar 2005 legte die Regierungskoalition schließlich einen Antrag für ein Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention³⁰ vor.

Zentrale Aspekte des Gesetzentwurfs waren:

- der Vorschlag eines eigenständigen Präventionsgesetzes statt eines Artikelgesetzes,
- der Aufbau einer Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“, die Präventionsziele koordiniert, gesundheitliche Prävention weiterentwickelt und insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beiträgt,
- finanzielle und inhaltliche Einbeziehung der Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie
- die Erstellung eines Präventionsprogramms unter Einbeziehung der Länder und Kommunen.

Mit dem Beschluss des Bundestages zur vorzeitigen Auflösung und Neuwahl im April 2005 veränderte sich die Ausgangslage aber grundlegend, auch die Gesundheitsminister/innen der Länder sahen sich in Anbetracht dieser neuen Situation nicht mehr an die Kompromisse des Berliner Kamingesprächs gebunden. Der Bundesrat bemängelte in seiner Stellungnahme zum am 22. April 2005 im Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz v. a. die Schaffung neuer Verwaltungsstrukturen mit der Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“.³¹ Am 27. Mai 2005 rief der Bundesrat den Vermittlungsausschuss an³² und benannte als Gründe die mangelnde Berücksichtigung der Stellungnahme vom März sowie die Finanzierung der Prävention durch die Sozialkassen. Somit fiel das Gesetz durch die vorgezogenen Neuwahlen 2005 der Diskontinuität anheim.³³ Am Ende der Legislaturperiode beschäftigte sich das Folgegutachten des Sachverständigenrates intensiv mit Strategien der Primärprävention. Insbesondere zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit wurde der Settingansatz nahegelegt.³⁴

³⁰ Bundestag-Drucksache 15/4833 (2005)

³¹ Bundesrat-Drucksache 97/05 (B) (2005, S. 5)

³² Bundesrat-Drucksache 306/05 (B) (2005)

³³ Für Näheres zum Gesetz und zum Scheitern siehe u. a. Rosenbrock & Gerlinger (2014), Geene (2009, 2012).

³⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005)