Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zur

Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)"
BT-Drucksache 18/4282

sowie den Anträgen:

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten"
BT-Drucksache 18/4322

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:
„Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz"
BT-Drucksache 18/4327

Berlin, 22.04.2015

DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Sonja König

Tel.: 030 24060-712
Fax: 030 24060-226

1. Allgemeine Bewertung

Insgesamt betrachtet liefert der Gesetzentwurf leider nur wenig Verbesserungen im Vergleich zu dem Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention (BT-Drs. 17/13080) der vorangegangenen Legislaturperiode. Auch wenn gute Ansätze hinsichtlich der Erhöhung der Finanzmittel, der Orientierung auf Lebenswelten, der Zusammenarbeit aller Sozialversicherungszweige und der Zertifizierung von Angeboten enthalten sind, stehen dem immer noch gravierende Mängel gegenüber.

Finanzierung

Zu nennen ist hier zum einen, dass die Verteilung der finanziellen Lasten auf mehrere Schultern nicht stattfindet, sondern allein von den Krankenkassen zu tragen sind. Außerdem kritisiert der DGB scharf, dass die entstehenden Kosten fast ausschließlich zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler gehen soll. Durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils sind es die Versicherten, die die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung stemmen sollen. Auch die vorgesehene Regelung, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – und damit eine nachgeordnete Behörde des Bundes – beauftragen soll, ist aus Sicht des DGB eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern und gleichzeitig eine massive Subventionierung der BZgA, die aus ordnungspolitischer Sicht nicht akzeptabel ist.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Zum anderen ist die vorgesehene Regelung, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, sowie Fachkräften für Arbeitssicherheit zusätzliche Aufgaben in erheblichem Ausmaß zugewiesen werden sollen, kritisch zu sehen.
Im Unterschied zu den übrigen Lebenswelten gelten für den Betrieb besondere Rahmenbedingungen. Hier resultiert Prävention nicht aus freiwilligen Entscheidungen, sondern es bestehen verbindliche Vorgaben und Verantwortlichkeiten. Die Arbeitgeber, nicht die Krankenkassen oder Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, tragen grundsätzlich die Verantwortung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Verhältnisprävention hat Vorrang vor individuellen Maßnahmen. Bei der Umsetzung der Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) und des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) bestehen nach wie vor erhebliche Defizite, auch was die betriebsärztliche Beratung bei der Arbeitsgestaltung angeht. Eine aktuelle Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) stellt heraus, dass 4,7 Millionen Betreuungsstunden in den Betrieben durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte fehlen.[1]

[1] BAuA (2014): Arbeitsmedizinsicher Betreuungsbedarf in Deutschland.
http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2326.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Mit der Novellierung der ArbMedVV in 2013 wurde das sinnvolle Ziel verfolgt, die beratende Funktion der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu stärken. Es wurde klargestellt, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge keineswegs zwingend Untersuchungen umfasst.
Der Entwurf für ein Präventionsgesetz sieht eine Wiedereinführung der Untersuchungsmedizin durch die Hintertür vor. Der individuelle Gesundheitszustand wird als Ausgangspunkt für präventives Handeln genommen. Dieser Ansatz widerspricht dem des Arbeitsschutzes, in dem eben nicht individuelles Verhalten, sondern die menschengerechte Gestaltung der Arbeit im Mittelpunkt steht.

Den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sollen nun die zusätzliche Aufgabe zugeteilt werden, die Beschäftigten auch zu allgemeiner Verhaltensprävention zu beraten.
Ganz abgesehen davon, dass die Zuweisung zusätzlicher Aufgaben angesichts des sich zuspitzenden Mangels an Arbeitsmediziner/innen kontraproduktiv ist, hat diese Regelung eine erneute Verwässerung der Rolle der Betriebsärztinnen und -ärzte zur Konsequenz.
Wir sehen zudem die Gefahr, dass durch die starke Betonung verhaltensorientierter Ansätze betriebliche Gesundheitsförderung an Stelle, und nicht ergänzend zum Arbeitsschutz betrieben wird. Dies birgt die zusätzliche Gefahr, dass eine Quersubventionierung der Arbeitgeber durch die Krankenversicherung stattfindet.

Bisher nehmen Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die Beratungsfunktion für Arbeitgeber und Beschäftigte wahr und beurteilen die Arbeitsbedingungen – sie sind keine Erbringer gesundheitlicher Dienstleistungen. Nun werden sie, losgelöst von ihren Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), zu eigenständigen Akteuren mit der Berechtigung, Maßnahmen vorzuschlagen, die selber erbracht und abgerechnet werden können
Für die Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Beschäftigte ist dabei nicht klar, welche Rolle die arbeitsmedizinische Vorsorge bzw. der Betriebsarzt hat. Geht es bei der Vorsorge um arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken oder das individuelle Verhalten?

<u>Öffentlicher Dienst/ Beamtinnen und Beamte</u>
Der Entwurf ist hinsichtlich der Prävention im öffentlichen Dienst und für alle Beschäftigten im öffentlichen Dienst äußerst lückenhaft. Zum einen sind öffentliche Arbeitgeber und Dienstherrn nicht von den zu beteiligenden Unternehmensverbänden umfasst. Auch trifft sie keine Auskunftspflicht für den Präventionsbericht hinsichtlich der nicht gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten – und dies obwohl viele Beamtenberufe überdurchschnittlich hohe Krankenstände aufweisen. Zum anderen sind die Beschäftigtengruppen des öffentlichen Dienstes nicht voll einbezogen.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention enthält noch keine ausreichende Regelung für die betriebliche Gesundheitsförderung von nicht gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten. Neben den kleinen Gruppen der heilfürsorgeberechtigten sowie der unversicherten Beamtinnen und Beamten gilt

dies auch für die privat versicherten Beamtinnen und Beamten. Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sollen mit der Regelung des Artikel 1 (§ 20e SGB V - Nationale Präventionskonferenz) weiterhin nur freiwillig zur Bereitstellung entsprechender Mittel für Prävention animiert werden. Unbeschadet unserer Grundsatzforderung, dass sich die private Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligen müssen, muss auf jeden Fall eine Vorkehrung getroffen werden, dass die Dienstherrn entsprechend des Beihilfebemessungssatzes die Kosten für Präventionsmaßnahmen tragen, sofern die private Kranken- und Pflegeversicherung dies nicht leisten.

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Der DGB kritisiert, dass der Entwurf keine Regelungen trifft oder Anreize setzt, die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen auszubauen. Hier passiert bisher deutlich zu wenig. Der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechtere gesundheitliche Zustand der Personengruppe der Arbeitslosen ist empirisch gut belegt. Faktisch profitiert diese Gruppe aber weniger als Beschäftigte von Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen. Damit droht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit weiteren negativen Folgen sowohl hinsichtlich des persönlichen Wohlbefindens als auch der Arbeitsmarktintegration. Hier werden Kostenbelastungen in die Zukunft verschoben oder indirekt auf andere Kostenträger abgewälzt. Der DGB fordert, dass die zwischen BA und Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Gesundheitsprävention von Arbeitslosen mit Leben gefüllt wird.

2. Regelungen im Einzelnen

Der DGB begrüßt die Hinzunahme der geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Entwicklung und Implementation von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen. Damit trägt der Gesetzgeber wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung, die klar belegen, dass sowohl beim Gesundheitsverhalten als auch bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten eine geschlechtersensible Vorgehensweise notwendig ist.

Der DGB begrüßt, dass prioritäre Handlungsfelder durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden sollen. Dadurch wird die Mitwirkung der Sozialpartner gewährleistet und gleichzeitig verhindert, dass Interessen Dritter, die ökonomische Absichten haben, berücksichtigt werden. Die Beratung durch gesundheitswissenschaftliche Expertise wird begrüßt. Die obligatorische Zertifizierung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung stellt sicher, dass ein Mindestmaß an Qualität vorhanden ist. Nur so kann auch ein Nutzen für die Versicherten entstehen. Der DGB begrüßt, dass die Zertifizierung durch die gesetzlichen Krankenkassen geregelt werden soll und regt an, die Leistungen ebenfalls daraufhin zu prüfen, ob sie einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der eigens in § 20 Abs. 1 formulierte Anspruch abermals nicht erfüllt werden kann und sich das sogenannte Präventionsdilemma noch weiter verschärft. Das Präventionsdilemma besagt, dass es nicht gelingt, diejenigen Bevölkerungsgruppen mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, die als besonders gefährdet und bedürftig gelten.

Eine enge Abstimmung und Berücksichtigung der Ziele der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz hält der DGB für zwingend notwendig, ebenso die verpflichtende Einbindung der Sozialpartner. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits gemacht. Diese Anstrengungen müssen jedoch verstärkt werden, etwa durch die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) und der Nationalen Präventionskonferenz, um einen ständigen Austausch und das Abstimmen von Maßnahmen zur Gesundheit von Beschäftigten zu gewährleisten.

Der DGB weist darauf hin, dass die geplante Vorgabe an Mitteln für Prävention und Gesundheitsförderung von 7 Euro pro Versicherten/Jahr einen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen darstellt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass weder der Bund noch die Länder und Kommunen sich finanziell an Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen, ist die Finanzierung allein zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht hinnehmbar. Zahlreiche Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung beziehen sich auf kommunale Zuständigkeiten bzw.

Länderkompetenzen, die im SGB VIII und SGB XII festgeschrieben sind. Finanzielle Beteiligungen müssen diesen gesetzlichen Vorgaben folgen.

Der DGB verweist an dieser Stelle darauf, dass das SGB IX ebenfalls eine Verpflichtung zur Prävention enthält, die sich auf die Vermeidung von Teilhabebeeinträchtigungen fokussiert. Diese Präventionsverpflichtung sollte sich mit der des Präventionsgesetzes ergänzen. Die Rehabilitationsträger sind in diesem Feld stärker in die Verantwortung zu nehmen.

In § 20 Absatz 2 sollte am Ende der Satz ergänzt werden: „Dienstherrn erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richter, Soldatinnen und Soldaten."

Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Der DGB begrüßt die stärkere Ausrichtung auf Lebenswelten. Bislang dominieren mit Impfungen und diversen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (vor allem Mammographie-Screening, Koloskopie, Hautkrebsscreening, Prostatauntersuchung und Genitaluntersuchung bei der Frau) Leistungen die Präventionslandschaft, die im ärztlichen Setting durchgeführt werden. Oftmals ist der Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder von Impfungen (z. B. HPV-Impfung) (noch) nicht eindeutig belegt. So wird in der Wissenschaft darüber debattiert, zu welchem Level evidenz-basierter Erkenntnisse Massenscreenings als Regelleistung von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden sollen. Aus Sicht des DGB bietet das Präventionsgesetz eine optimale Chance, stärker nicht-medizinische Leistungen der Primärprävention bzw. Gesundheitsförderung zu etablieren. Denn dem ganzheitlichen Anspruch an eine Präventionsstrategie folgend ist es schlicht weg nicht ausreichend, nur die Seite der Gesundheitsrisiken zu betrachten. Vielmehr ist ein Fokus auf den Ausbau und den Erhalt von Gesundheitsressourcen zu legen. Dabei spielen nicht nur persönliche Lebensweisen eine Rolle, sondern vielmehr die Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Rahmenbedingungen, in denen den Menschen ein gesundes Leben ermöglicht wird - und zwar für alle Bevölkerungsgruppen. Um dieses Ziel umzusetzen, sind viele Akteure aus den unterschiedlichsten Gesundheitsberufen gefordert: Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Pflegekräfte. Der DGB fordert, dass die Kompetenzen von allen Gesundheitsberufen abgerufen werden und Prävention nicht allein den Ärztinnen und Ärzten zugeschrieben wird.

Der DGB kritisiert die in § 20a Abs. 3 vorgesehene Beauftragung der BZgA durch die Krankenkassen scharf. Die BZgA ist kein Leistungserbringer, sondern eine nachgeordnete Bundesbehörde. Daher ist die Finanzierung aus Beitragsgeldern ordnungspolitisch nicht

haltbar. Besonders fragwürdig ist die vorgesehene Regelung, da nicht deutlich wird, wie die Krankenkassen, insbesondere die Selbstverwaltung, die Ausgaben der BZgA kontrollieren können. Der Haushalt der BZgA im Jahr 2014 beträgt knapp 31 Millionen Euro. Die geplante Finanzierung durch Beitragsgelder würde sich jährlich auf ca. 35 Millionen Euro belaufen, was mehr als einer Verdopplung des derzeitigen Haushalts gleichkommen würde. Außerdem wird mit dieser Regelung den Krankenkassen implizit unterstellt, dass sie keine geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen entwickeln, implementieren und evaluieren können. Es kann seitens des BMG nicht begründet werden, warum nicht die Krankenkassen selbst, oder die Kommunen die Leistungen anbieten bzw. organisieren sollen. Eine weitere Quersubventionierung des Bundeshaushaltes mit Beitragsgeldern der GKV – und damit aus dem Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – ist in keiner Weise akzeptabel.

Zur Berücksichtigung sämtlicher Beschäftigungsverhältnisse – auch im öffentlichen Dienst – schlägt der DGB folgende Änderungen vor:
In § 20b Satz 1 sollten nach „Unternehmen" die Wörter „sowie öffentlichen Arbeitgebern und Dienstherrn" eingefügt werden.

In § 20b Satz 3 und Satz 4 sollten jeweils nach „Unternehmensorganisationen" die Worte „und öffentliche[r] Dienstherrn und Arbeitgeber sowie deren Verbände" eingefügt werden. Um keine großen Beschäftigtengruppen auszulassen, ist hier wichtig, auch „öffentliche Dienstherrn und Arbeitgeber" aufzuführen. Denn im Regelfall ist ein Bundesland als Arbeitgeber nicht Mitglied einer *örtlichen* öffentlichen Arbeitgeberorganisation. Die Arbeitgeberorganisation „Tarifgemeinschaft deutscher Länder" hat jenseits ihrer Landesgruppen Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen keine lokalen Gliederungen sondern nur Länder als Mitglieder – bei denen gleichwohl so viele Menschen beschäftigt sind wie bei den Mitgliedern manch landesweiter Unternehmensorganisation. Zudem haben die öffentlichen Arbeitgeberorganisationen VKA (bzw. KAV in den Ländern) und TdL kein Mandat zu Vereinbarungen in Bezug auf Beamtinnen und Beamte und Richte-rinnen und Richter.
Überdies sind große öffentliche Arbeitgeber wie der Bund (und das Land Hessen) gar keine Mitglieder von Arbeitgeberorganisationen.

Eine entsprechende Ergänzung ist auch in § 20b Abs. 4 SGB V nach dem Wort „Unternehmensorganisationen" einzufügen.
Wir schlagen zur Klarstellung einen neuen Absatz 5 in § 20b SGB V vor: „Als Betriebe im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Dienststellen öffentlicher Arbeitgeber und Dienstherrn."

Die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Die Aufgaben der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) grundlegend geregelt und in der DGUV Vorschrift 2 sind die vom Arbeitgeber zu bezahlenden Einsatzzeiten näher bestimmt. Nach wie vor besteht erheblicher Nachholbedarf bei den Kernaufgaben der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte nach ASiG und DGUV Vorschrift 2. Hinzu kommt die sich zuspitzende Versorgungslücke mit Arbeitsmediziner/innen. Die Vergabe zusätzlicher Aufgaben, noch dazu mit dem Fokus auf das individuelle Verhalten der Beschäftigten, ist da kontraproduktiv.

Sinnvollerweise müssen bei der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung die betriebliche Interessenvertretung der Beschäftigten und weitere Funktionsträger der Organisation des Arbeitsschutzes einbezogen werden. Die Verknüpfung mit dem betrieblichen Arbeitsschutz muss gewährleistet werden, ebenso das Vorliegen der Gefährdungsbeurteilung, die als Grundlage für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung herangezogen werden sollte. Ohne eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung kann keine bedarfsgerechte betriebliche Gesundheitsförderung stattfinden, die damit erneut droht, allein aus Marketinggründen von den Krankenkassen angeboten zu werden.
Der DGB verweist an dieser Stelle auf das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bzw. des Personalrats. Der DGB fordert, dass diese Mitbestimmungsrechte in Fragen der Gesundheit ausgebaut werden. Der DGB schlägt vor, dies in § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG sowie § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG zu regeln. Zudem verweist der DGB auf die notwendige und sachgerechte Beteiligung der Sicherheitsfachkräfte und, sofern vorhanden, des Arbeitsschutzausschusses. Die Sicherheitsfachkräfte können beispielsweise aus Erkenntnissen der Gefährdungsbeurteilung viel zur Ausrichtung der Verhältnisprävention beitragen. Das Zusammenarbeiten mit dem Arbeitsschutzausschuss stellt die Verknüpfung der einzelnen Aktivitäten vor Ort im Betrieb sicher.

Der DGB lehnt eine Koordinierung durch örtliche Unternehmensorganisationen, mit denen die Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen schließen sollen, strikt ab. Der DGB fordert eine paritätische Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihrer maßgeblichen Verbände – auch auf regionaler Ebene. Im Bereich der BGF muss das Ziel eine regionale Koordination der Aktivitäten zwischen den Sozialversicherungsträgern und weiteren Akteuren der GDA sein. Dass Unternehmensorganisationen genauso wie die Gewerkschaften Hauptbestandteile eines organisierten regionalen Netzwerks – insbesondere bei der BGF – sein müssen, versteht sich daher von selbst.

Auch hier wird den Betriebsärzten und Betriebsärztinnen eine zusätzliche Aufgabe zugewiesen, die nicht mit der ArbMedVV in Einklang steht. Alle Betriebsärzte sollen nun grundsätzlich impfen und dies über die Kassen abrechnen dürfen. Es besteht das Risiko, dass Beschäftigte zu Impfungen mit zweifelhaftem Nutzen überredet werden. Impfungen im Rahmen des Arbeitsschutzes hingegen werden zu Recht begrenzt, Anforderungen dafür müssen genau geklärt werden. Die Kosten dafür trägt der Arbeitgeber. Werden nun zu-

nehmend Impfungen durch die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte vorgenommen, so ist zu erwarten, dass damit in der Praxis eine Kostenverschiebung vom Arbeitgeber auf die Krankenkassen einhergeht.

Nationale Präventionsstrategie

Der DGB begrüßt die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie. Insbesondere die Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sieht der DGB als einen wichtigen Schritt, um wirkungsvoll und zielorientiert Prävention und Gesundheitsförderung betreiben zu können. In der Arbeitswelt existiert derzeit überwiegend ein Nebeneinander der Sozialversicherungsträger und ihrer Unterstützungsleistungen. Um die unterschiedlichen Einwirkungen am Arbeitsplatz, sowohl Gesundheitsrisiken als auch Gesundheitsressourcen, gebündelt betrachten, analysieren und darauf reagieren zu können, sind die Sozialversicherungsträger stärker zusammenzubringen. Die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung können durch Kooperationen bislang nicht genutzte Synergien in den Betrieben und Dienststellen heben, die letztlich und langfristig allen zu Gute kommen. Dazu müssen Kooperationen gefördert werden und nicht durch Wettbewerbsstrategien, wie beispielsweise im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, erschwert werden.

Die Erstellung eines Präventionsberichts ist aus Sicht des DGB zweckmäßig. Allerdings erscheint die vierjährige Berichtsperiode zu lang. Es vergeht dadurch zu viel Zeit, um nachsteuern zu können und Verbesserungen im Sinne der Versicherten zu erreichen. Den Bericht im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen, hält der DGB zumindest am Anfang des Prozesses für sinnvoll.

Der DGB fordert zur nachhaltigen Sicherung und zum Erhalt der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit von chronisch kranken Beschäftigten auch die Berücksichtigung von sekundär- und tertiärpräventiven Aspekten im Präventionsgesetz.

So sollte im § 20d „Nationale Präventionsstrategie" in Abs. 3 folgendes ergänzt werden: „die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten **sowie Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten** zuständigen Trägern und Stellen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligten Organisationen und Einrichtungen sowie die Dokumentations- und Berichtspflicht erstmals zum 31.12.2015."

In § 20d Abs. 4 SGB V (Entwurf) sollte nach „die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen" eingefügt werden: „den Leistungen der öffentlichen Dienstherrn für nicht

gesetzlich krankenversicherte und im Fall des § 20e Abs. 1 Satz 2 bis 4 für nicht privat versicherte Beamtinnen und Beamten".

In § 20f Abs. 2 sollte unter 6. (Entwurf) nach „die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen" eingefügt werden: „wie beispielsweise die Verbände der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen".

Nationale Präventionskonferenz

Die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz wird begrüßt. Die private Kranken- und Pflegeversicherung sollte jedoch dazu verpflichtet werden, sich mit dem gleichen Betrag – gemessen an den Versichertenzahlen - wie die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu beteiligen. Ebenso haben sich die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an die Rahmenempfehlungen und prioritären Handlungsfelder zu halten.

Die Mitwirkung der Sozialpartner begrüßt der DGB ausdrücklich, die Rolle der Sozialpartner muss allerdings stärker herausgestellt und mit Kompetenzen unterfüttert werden. Der DGB kritisiert an dieser Stelle ausdrücklich, dass die Sozialpartner bei der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) lediglich mit beratender Stimme beteiligt sind. Die Sozialpartner stellen das Bindeglied zwischen und innerhalb der verschiedenen Sozialversicherungsträger dar. Angesichts der Bedeutung der Arbeitswelt für gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung – sowohl als Lebenswelt als auch als Finanzierungsbasis – fordert der DGB für die Sozialpartner eine Beteiligung an der Präventionskonferenz mit Sitz und Stimme. Dies gilt ebenfalls für die NAK. Zumindest sollte die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Sozialpartner an die der NAK angepasst werden.

Der DGB lehnt es ab, dass die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz von der BZgA geführt werden sollen – sie ist nur eine Unterbehörde des BMG. Ein sinnvolles Vorgehen wäre, dass die Sozialversicherungsträger die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft führen. Es muss auf jeden Fall sichergestellt werden, dass alle wichtigen Akteure – insbesondere auch die Bundesländer – an der Nationalen Präventionskonferenz verbindlich eingebunden werden.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

Die Arbeitslosenversicherung und insbesondere das Hartz-IV-System, in dem rund 70 Prozent der Arbeitslosen betreut werden, sind im Entwurf nicht ausreichend adressiert, obwohl es enge Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsmarktintegration gibt. Insofern ist der Entwurf noch lückenhaft. BA und die Träger des Hartz-IV-Systems an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen, wobei die Art der Beteiligung

offen bleibt, reicht nicht aus. BA und Hartz-IV-Träger sollten im Verfahren nach § 20d Abs. 2 voll einbezogen werden.
Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand ist wissenschaftlich gut belegt. Etwa ein Drittel der erwerbsfähigen Hartz-IV-Beziehenden hat erhebliche gesundheitliche Einschränkungen. Psychische Beeinträchtigungen spielen dabei eine besondere Rolle. Mit Etablierung des Hartz-IV-Systems und der Zunahme prekärer Beschäftigungsformen haben sich die Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch verstärkt. Die Kausalitäten wirken dabei in beide Richtungen: Krankheit ist einerseits Folge, andererseits auch Ursache von Arbeitslosigkeit. Bei der überdurchschnittlichen Betroffenheit von gesundheitlichen Problemen ist es nach Auffassung des DGB angemessen, Arbeitslose auch als explizite Zielgruppe für Leistungen der Prävention und der Gesundheitsförderung im Gesetz zu benennen.
Die BA hat sich in den vergangenen Jahren, auch auf Initiative der Gewerkschaften, verstärkt mit dem Thema Gesundheitsorientierung in der Arbeitsmarktpolitik beschäftigt. In diesem Zusammenhang wurden auch Empfehlungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung zur besseren Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Arbeitsagenturen und Jobcentern (soweit sie als gemeinsame Einrichtungen von BA und Kommune betrieben werden) vereinbart. Auf dieser Grundlage konnten einige Initiativen gestartet werden. Es fehlt jedoch noch an einer flächendeckenden Umsetzung. Hier sind die gesetzlichen Krankenkassen selbst gefordert, die Empfehlungen ihres Spitzenverbandes umzusetzen.
Auf Seiten der Arbeitsförderung ist eine Integration gesundheitsförderlicher Aspekte in Maßnahmen der Jobcenter bzw. der Arbeitsagentur teilweise erfolgt. Der Integration von gesundheitsfördernden Teilmaßnahmen ist allerdings eine rechtliche zeitliche Obergrenze von 20 Prozent an der Gesamtmaßnahme gesetzt.

Ein weiterer wichtiger Akteur bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen im Hartz-IV-System sind die Kommunen. Die Kommunen sind laut SGB II für die so genannten sozialflankierenden Eingliederungsleistungen zuständig. Hierzu zählen auch präventive Angebote wie Suchtberatung und psychosoziale Betreuung. Soweit überhaupt Daten zu diesem Themenkomplex vorliegen, zeigen diese, dass die Bedarfe von Arbeitslosen bei weitem nicht gedeckt sind. Hier muss nach Auffassung des DGB eine größere Verbindlichkeit erzielt werden, indem diese Leistungen als Rechtsanspruch gesetzlich gestaltet werden.
Angesichts der engen finanziellen Verhältnisse gerade der Harz-IV-Beziehenden müssen bestehende Zugangshürden bei der individuellen Verhaltensprävention abgebaut werden. Eigenanteile oder Vorleistungen sollten nach Möglichkeit für diesen Personenkreis komplett abgeschafft werden. Hier ist eine Regelung im Gesetz sinnvoll, da eine entsprechende Empfehlung des Spitzenverbandes der Krankenkassen bisher kaum umgesetzt wurde.

Modellvorhaben

Hier sollte es zu einer Ergänzung des Aspektes des Erhalts und der Sicherung der Erwerbsfähigkeit kommen, um in diesem Rahmen gemeinsame Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung in der Implementierung betriebsnaher Präventionskonzepte nach dem Vorbild des Rahmenkonzeptes BETSI „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern" zu fördern.

Präventionsempfehlung und Bonus-Regelung

Hier zeigt sich, dass der Fokus des Referentenentwurfs weiterhin klar auf der Untersuchung des Einzelnen als Ausgangspunkt für Prävention liegt. Die Präventionsempfehlung soll ausdrücklich auf individuelle Verhaltensprävention abzielen. Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Lebensverhältnisse bleibt im Gesetzentwurf unterbelichtet.

Da auch die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner gemäß § 132f zu allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen berechtigt werden, wird, wie bereits zuvor ausgeführt, die mit der ArbMedVV bezweckte Trennung von Vorsorge und Untersuchung aufgehoben.

Generell gilt, dass für Versicherte, die keine empfohlenen Bewegungskurse in Anspruch nehmen möchten, keine Nachteile entstehen dürfen. Die Malusregelung in § 62 SGB V sollte ersatzlos gestrichen werden.

Die Ausrichtung von Boni an der Zielerreichung von Maßnahmen setzt eine fragwürdige Erhebung von Daten voraus. Die Regelung stellt einen Schritt in Richtung „gläserner Mensch" dar, dessen Gesundheitsverhalten im Betrieb erfasst und bewertet wird.
Die Kombination von Boni für den Arbeitgeber und Präventionsempfehlungen durch den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin kann dazu führen, dass Beschäftigte in übergriffiger Weise zur Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung genötigt werden.
Die Boni werden bei eingefrorenen Arbeitgeberbeiträgen von den Versicherten finanziert. Werden die BGF-Leistungen tatsächlich deutlich ausgeweitet, geschieht dies in steigendem Umfang.

Prävention und Pflege

Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit sind wichtige Handlungsfelder, nicht nur vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen. Daher begrüßt der DGB, dass Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch für den Personenkreis der Pflegebedürftigen geöffnet werden sollen. Allerdings ist die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen nicht sinnvoll. Stattdessen erachtet der DGB es für

dringend notwendig, dass auch Menschen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, durch präventive Angebote erreicht werden können. Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden, haben im Durchschnitt eine niedrigere Pflegestufe als Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen. Das Präventions- und Gesundheitsförderungspotential dürfte bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen daher noch höher sein. Der DGB hält es für folgerichtig und zweckmäßig, dass pflegebedürftige Menschen, die in ihren eigenen vier Wänden betreut werden, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung erhalten. Damit könnte ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden, der zur höheren Zufriedenheit der Versicherten einerseits und zur Kostenersparnis der Pflegekassen andererseits beiträgt.

3. Neuer Artikel: Änderungen im Beamtenrecht

Neben den oben dargelegten Vorschlägen bedarf es auch Ergänzungen im Beamtenrecht, damit das Präventionsgesetz nicht lückenhaft in Bezug auf den Großteil der Beschäftigungsverhältnisse im öffentlichen Dienst bleibt.

Die öffentlichen Arbeitgeber entziehen sich einerseits mit dem Prinzip der Kostenerstattung im Krankheitsfall der solidarischen Finanzierung des Risikos Krankheit. Andererseits verweisen die Dienstherren darauf, betriebliche Gesundheitsförderung sei gerade auf Grund des Charakters der Beihilfe nicht deren Aufgabe. Die Tatsache, dass die Leistungen der Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur betrieblichen Gesundheitsförderung ihrer Kundinnen und Kunden nicht verpflichtend sind, bedeutet im Umkehrschluss, dass diese Kundinnen und Kunden als Beamtinnen und Beamte vom Wohlwollen des Dienstherrn abhängig sind was Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angeht. Wenn jetzt mit einem Präventionsgesetz bessere Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und die Prävention der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland geschaffen werden sollen, dann sollte die Chance und die Notwendigkeit nicht verpasst werden, auch einen einheitlichen Standard für die betriebliche Gesundheitsförderung von Beihilfeberechtigten zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich Ergänzungsbedarfe unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Gruppen von Beamtinnen und Beamten:

- Gesetzlich versicherte Beamtinnen und Beamte (ca. 8 Prozent aller Beamtinnen und Beamten) tragen über ihren Beitrag zur GKV zur Prävention bei. Da sie diesen Beitrag aber ohne Zuschuss des Dienstherrn alleine tragen, entzieht sich der Dienstherr im Vergleich zu privaten Arbeitgeber oder seinen Tarifbeschäftigten der

hälftigen Kostenbeteiligung auch an den Präventionsaufwendungen. Hier ist er in die Verantwortung zu nehmen.

- Für den Bereich der privat versicherten Beamtinnen und Beamten besteht nur der Anreiz an die PKVen, für einen Sitz in der Präventionskonferenz freiwillig angemessene Präventionsaufwendungen zu tätigen. Tun sie dies nicht, sollte zumindest in Höhe des Beihilfeerstattungssatzes (zwischen 50 und 70 Prozent) ein Präventionsbeitrag der öffentlichen Dienstherrn als Auffangregelung im Beamtenrecht vorgesehen werden.

- Daneben gibt es aber auch noch die kleine Gruppe der Empfängerinnen und Empfänger freier Heilfürsorge. Die diesbezüglichen Änderungen in Artikel 8 des Entwurfes sind rein redaktioneller Art und führen nicht zu einem Präventionsniveau, das den vorangegangenen Artikeln des Präventionsgesetzes entspricht. Die Heilfürsorgeempfänger in den Ländern sind ebenfalls nicht erfasst. Auch hierfür bedarf es entsprechender Regelungen.

- Etwaige neben der Beihilfeberechtigung gar nicht krankenversicherte Beamtinnen und Beamte sind ebenfalls in die Finanzierung der Prävention einzubeziehen.

3.1 Änderungen im Beamtenstatusgesetz (BeamtStG)

Vor dem Hintergrund, dass die Bundesländer als Dienstherrn ebenso für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention heranzuziehen sind wie die privaten und öffentlichen Arbeitgeber, sieht der DGB auch für eine detaillierte Regelung im Beamtenstatusgesetz eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes als gegeben.

Der DGB fordert, dass der bisherige Inhalt des § 45 BeamtStG zu Absatz 1 wird, an den sich ein neuer Absatz 2 anschließt:

„Die Dienstherrn tragen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familienangehörigen (Gesundheitsförderung) bei. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Die Verpflichtung des Satz 1 gilt bei jenen Beamtinnen und Beamten oder deren Familienangehörigen als erfüllt, die

1. *Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Krankenkassenbeiträge im Kalenderjahr der Dienstherr mindestens im Umfang des hälftigen Betrages des § 20 Abs. 6 SGB V getragen oder dem Beamten erstattet hat;*

2. *Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen eine angemessene finanzielle Beteiligung gemäß § 20e Absatz 1 SGB V erbringen.*

Soweit die Beamtinnen und Beamten sowie deren Angehörige nicht die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllen hat der Dienstherr für jede solche Person mindestens einen Betrag entsprechend § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V multipliziert mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz in nächstjährige Haushaltstitel für Gesundheitsprävention der Beamtinnen und Beamten einzustellen. Sie sind für verhältnis- und verhaltenspräventive Leistungen entsprechend §§ 20, 20b, 20c SGB V sowie in für Beamtinnen und Beamte und deren Angehörige relevanten Lebenswelten entsprechend § 20a SGB V aufzuwenden. Die Mittel dürfen nicht für andere Zwecke, insbesondere nicht für Pflichtaufgaben des Dienstherrn nach Maßgabe des Arbeitsschutzrechts verwendet werden. Nicht verausgabte Haushaltsmittel für Gesundheitsprävention sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, der sie entsprechend § 20b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu verteilen hat."

3.2 Änderungen im Bundesbeamtengesetz (BBG)

Wir fordern, dass der bisherige Inhalt des § 78 BBG zu Absatz 1 wird, an den sich ein neuer Absatz 2 anschließt:
„Der Dienstherr trägt zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familienangehörigen (Gesundheitsförderung) bei.

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Die Verpflichtung des Satz 1 gilt bei jenen Beamtinnen und Beamten oder deren Familienangehörigen als erfüllt, die

1. *Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Krankenkassenbeiträge im Kalenderjahr der Dienstherr mindestens im Umfang des hälftigen Betrages des § 20 Abs. 6 SGB V getragen oder dem Beamten erstattet hat;*

2. *Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen eine angemessene finanzielle Beteiligung gemäß § 20e Absatz 1 SGB V erbringen.*

Soweit die Beamtinnen und Beamten sowie deren Angehörige nicht die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllen hat der Dienstherr für jede solche Person mindestens einen Betrag entsprechend § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V multipliziert mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz in nächstjährige Haushaltstitel für Gesundheitsprävention der Beamtinnen und Beamten einzustellen. Sie sind für verhältnis- und verhaltenspräventive Leistungen entsprechend §§ 20, 20b, 20c SGB V sowie in für Beamtinnen und Beamte und deren Angehörige relevanten Lebenswelten entsprechend § 20a SGB V aufzuwenden. Die Mittel dürfen nicht für andere Zwecke, insbesondere nicht für Pflichtaufgaben des Dienstherrn nach Maßgabe

des Arbeitsschutzrechts verwendet werden. Nicht verausgabte Haushaltsmittel für Gesundheitsprävention sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, der sie entsprechend § 20b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu verteilen hat. Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung, die vom Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Gesundheit zu erlassen ist."

4. **Zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE**
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten"

Der DGB unterstützt die Grundausrichtung des Antrags. Es ist schon seit langem bekannt, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten, gemessen beispielsweise an der Lebenserwartung, den gesunden Lebensjahren oder der Verteilung der Krankheitslast, sich in Deutschland manifestiert hat. Ebenso bekannt ist, dass soziale Ungleichheiten zu ungleichen Gesundheitschancen führen. All das greift der Antrag der Fraktion DIE LINKE detailliert auf und benennt wichtige Handlungsfelder. Dazu zählen auch aus Sicht des DGB insbesondere die konsequente Verfolgung und Umsetzung des WHO-Ansatzes „Health in all policies", die Fokussierung auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen und damit ressourcenstärkenden Rahmenbedingungen und Lebenswelten, die Bedeutung der Partizipation und Mitbestimmung bei der Entwicklung, Implementation und Bewertung von Maßnahmen, sowie die Forderung nach einer gerechten und ausgewogenen Verteilung der Kosten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

5. **Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz"

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN setzt den Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung, statt medizinischer Prävention. Auch hier steht die ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit im Mittelpunkt, sowie die Ressourcenorientierung. Allerdings wird der Ansatz der Verhältnisprävention aus unserer Sicht nicht konsequent durchgezogen. Aus Sicht des DGB sind die verhaltenspräventiven Elemente leicht überbetont, die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und Bewegung dürfen nicht überbetont werden. Vielmehr muss der soziale und lebensweltliche Kontext hinzugezogen werden. Daraus würde deutlich, dass Menschen mit einem schwachen sozioökonomischen Status es wesentlich schwieriger haben, sich ausgewogen zu ernähren oder sich regelmäßig sportlich zu betätigen, allein schon aus finanzieller Sicht. Generell enthält der Antrag jedoch viele positive Aspekte, die der DGB teilt.