

**Präsidium
Bundesvorstand
Bundesausschuss
alle Landesverbände**

Antrag 4

Annahme

Prävention

Inhalt

1	Zur Ausgangssituation.....	3
2	Forderungen des Sozialverbands VdK.....	4
2.1	Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	4
2.1.1	Früherkennung	4
2.1.2	Konzentration der Individualprävention auf Risikogruppen.....	5
2.1.3	Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene	5
2.1.3.1	Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder	6
2.1.4	Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen	6
2.1.5	Prävention in der Pflege	7
2.1.5.1	Technische Assistenzsysteme (AAL) für ein selbstbestimmtes Leben	7
2.1.6	Betriebliche Gesundheitsförderung	8
2.1.7	Gesundheitsförderung für Arbeitslose	9

1 Zur Ausgangssituation

Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Vermeidung von Krankheiten und ihren Folgen. Dadurch sollen Lebensqualität und Wohlbefinden gesteigert, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erhalten sowie die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit verlängert werden. Zudem können präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Verminderung von sozial bedingten gesundheitlichen Nachteilen beitragen, indem sie sich auch und gerade an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen richten.

Seit 2000 steht der Präventionsgedanke wieder verstärkt im Fokus der Gesundheitspolitik. Gründe hierfür sind die demografische Entwicklung mit einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung, dem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie den veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt. Zugleich zeigen neue Erkenntnisse der Public-Health-Forschung, dass sowohl gesellschaftliche Lebensbedingungen als auch individuelle Lebensgewohnheiten maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

Nach zwei gescheiterten Versuchen in den Jahren 2005 und 2013 trat im Jahr 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Kraft. Ziel dieses Präventionsgesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger, auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden. Mit dem Gesetz wurden diese Ziele nur teilweise erreicht bzw. umgesetzt.

Durch verstärkte Anstrengungen in der Prävention, dem Arbeitsschutz und der Rehabilitation müssen Erwerbsminderungsrenten in weit größerem Umfang als bisher verhindert werden. Der Sozialverband VdK begrüßt deshalb grundsätzlich, dass mit dem Flexirentengesetz im Jahr 2016 Prävention und Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung gestärkt wurden. Mit dem Flexirentengesetz wurde erstmals zumindest dem Grunde nach ein Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Prävention gegenüber der Rentenversicherung eingeführt.

Während die Lebenserwartung steigt, geht die Schere zwischen den oberen und unteren Einkommensklassen, vor allem für Männer, immer weiter auf. Ziel einer guten Präventionspolitik müsste es eigentlich sein, diese soziale Ungerechtigkeit zu beheben. Dazu müsste Gesundheit in allen Politiken mitbedacht werden, analog des Gender-

Mainstreamings oder der Umweltverträglichkeitsprüfung. Auf internationaler Ebene wird dies unter dem Schlagwort *Health in all policies* gefordert.

Um im Rahmen der deutschen Gesetzgebung anschlussfähig zu bleiben, konzentriert sich auch der Sozialverband VdK auf Früherkennung, Individualprävention und betrieblichen Gesundheitsschutz.

2 Forderungen des Sozialverbands VdK

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Mit dem Präventionsgesetz wurde eine Nationale Präventionskonferenz eingesetzt. Sie soll als Arbeitsgruppe eine nationale Präventionsstrategie erarbeiten und umsetzen. Träger der Nationalen Präventionskonferenz sind nur die gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Vertreter von Bundes- und Landesministerien, kommunalen Spitzenverbänden, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartnern, Patientinnen und Patienten sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sind nur mit beratender Stimme beteiligt. Die private Kranken- und Pflegeversicherung haben von ihrem Teilnahmerecht nicht Gebrauch gemacht. Die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung erfolgt weiterhin aus Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Bund wird sogar finanziell entlastet, weil die GKV Verwaltungskosten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten erstatten muss.

Da es sich bei der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, müssen in die Finanzierung neben den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung auch Bund, Länder und Kommunen, die Arbeitslosenversicherung sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden.

Die Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung müssen deutlich erhöht werden.

2.1.1 Früherkennung

Das rechtzeitige Erkennen von Krankheiten, wie insbesondere Krebs, kann die Chancen auf einen Behandlungserfolg bzw. auf eine vollständige Heilung erhöhen. **Vorbildlich ist die zahnmedizinische Einzel- und Gruppenprophylaxe bei Kin-**

dern. Ziel muss es sein, dieses Erfolgsmodell im Hinblick auf die Inanspruchnahme auch auf andere Bereiche der Früherkennung zu übertragen.

Früherkennungsmaßnahmen bergen allerdings auch Risiken. Neben den allgemeinen Nebenwirkungen besteht das Problem der falschen Diagnose. Eine von 10 Mammografien ist beispielsweise falschpositiv. Das bedeutet, dass jede 10. Frau, die an der Reihenuntersuchung teilnimmt, unnötigerweise verängstigt und häufig auch operiert wird. Das dadurch entstehende psychische Leid wird in die Schaden-Nutzen-Analyse nicht einbezogen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass die Qualität von Früherkennungsmaßnahmen verbessert und über Chancen und Risiken besser informiert wird. Es sollte sichergestellt werden, dass bei positiven Befunden vor Operationen und vergleichbaren Eingriffen eine Zweitmeinung eingeholt wird.

2.1.2 Konzentration der Individualprävention auf Risikogruppen

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Präventionsprogramme für spezielle Risikogruppen deutlich effizienter als die bisherige Praxis sind. So lassen sich mit Sturzprophylaxe Oberschenkelhalsbrüche bei älteren Menschen mit Osteoporose deutlich reduzieren.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten Maßnahmen der Individualprävention vorrangig gefährdeten Patientengruppen entsprechend ihres Bedarfs zugänglich gemacht werden. Hierzu gehören insbesondere auch ältere Menschen. **Ärzte müssen solche Maßnahmen direkt bei der Diagnose der Risikofaktoren verordnen können.** Hierdurch steigt die Bereitschaft zur Mitarbeit seitens des Patienten und es können auch Menschen aus bildungsferneren Schichten direkt erreicht werden. Darüber hinaus würde dadurch die Prävention vom Wettbewerb der Krankenkassen entkoppelt werden. **Die Mittel müssen so aufgestockt werden, dass auch alle Risikopatienten erreicht werden können.**

2.1.3 Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene

Die kommunale Ebene ist entscheidend für die Realisierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen in Lebenswelten. Kommunen haben den besten Überblick darüber, wo örtliche Bedarfe bestehen und welche örtlichen Akteure vorhanden sind. Aus Sicht des Sozialverbands VdK hat es sich nicht bewährt, dass die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen selbst in ihren Satzungen Art und Umfang von Präventionsleistungen festlegen können. Nach wie vor sind Kursangebote der Krankenkassen vor allem auf die Mittelschicht ausgerichtet, da diese in der Regel für die Krankenkassen eine attraktivere Versichertengruppe darstellen.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb im Sinne des Siebten Altenberichts der Bundesregierung, dass in den Kommunen vermehrt sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und zur primären und sekundären Rehabilitation auf- und ausgebaut werden. Zur Entwicklung von passgenauen individuellen und praxisorientierten Gesundheits- und Pflegekonzepten sollten Bildungs-, Sport-, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Sozial- und Pflegedienste sowie Hausärzte kooperieren. In den Wohnquartieren sollte zudem die soziale Umwelt so gestaltet werden, dass Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe gefördert werden. Die Kommunen sollten hier die Koordination z. B. in Gesundheitskonferenzen übernehmen. Die Potentiale der kommunalen Ebene müssen bei der Präventionspolitik des Bundes unterstützt und finanziell gefördert werden.

2.1.3.1 Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder

Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sind besonders auf regelmäßige ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten angewiesen. Behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern kann durch rechtzeitige Förderung häufig zu einem selbstbestimmten Leben verholfen werden. Vorsorgeuntersuchungen sind auch für ältere Kinder notwendig, damit Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig entdeckt und behandelt werden. Mit dem Präventionsgesetz ist die Altersgrenze für Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen auf das 18. Lebensjahr angehoben worden, und Kinder- und Jugendärzte sind verpflichtet, individuelle Leistungen zur Primärprävention zu empfehlen.

Um einen niederschweligen nicht diskriminierenden und zielgruppensensiblen Zugang zu notwendigen Präventionsleistungen zu ermöglichen, sollten Kinder- und Jugendärzte nicht nur Präventionsbedarf feststellen und über Präventionsangebote informieren, sondern diese auch gleich verordnen.

2.1.4 Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Die Menschen werden immer älter und auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt. Deshalb wird die Frage, wie gesundes Altern gelingen kann, immer wichtiger. Ältere Menschen wollen in ihrem gewohnten Umfeld, ihrem Quartier wohnen bleiben. Dadurch können sie Kontakte zu Freunden und Nachbarn weiterhin pflegen. Diese Netzwerke sind zentral für ein gesundes Altern. Für eine selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung ist der Umgang mit chronischer Erkrankung und mit zunehmender Gebrechlichkeit ausschlaggebend. Ein ganz wichtiger Faktor für die Lebensqualität ist die psychische Gesundheit.

Die Möglichkeiten der Prävention im Hinblick auf Ziele der Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe auch im hohen Alter werden in Deutschland bei wei-

tem nicht ausreichend genutzt. Präventionsangebote können Ältere nicht über Angebote in Lebenswelten wie Arbeitsplatz oder Kita erreichen. Aber fast alle haben regelmäßig Kontakt mit ihrem Hausarzt, zu dem in der Regel auch ein gutes Vertrauensverhältnis besteht.

Der Sozialverband VdK fordert, dass für ältere Menschen individuelle Präventionsangebote bereitgestellt werden sollten. Der Hausarzt sollte als Präventionslotse fungieren. Der präventive Hausbesuch muss in den Pflichtleistungskatalog der Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen werden.

2.1.5 Prävention in der Pflege

Mit dem Präventionsgesetz wurden zudem die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist es fachlich nicht sinnvoll, dass der Präventionsauftrag der Pflegeversicherung mit einer Leistungsverpflichtung auf den Bereich der Pflegeeinrichtungen beschränkt wird. Denn etwa zwei Drittel der Pflegenden von Angehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten werden zu Hause versorgt. **Notwendig sind auch Präventionsleistungen, die geeignet sind – bei bestehender Hilfebedürftigkeit – Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten bereits bei Pflegebedürftigen, die in ihren eigenen vier Wänden betreut werden, ansetzen.** Langfristig kann so ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden und damit auch eine Kostenersparnis auf Seiten der Pflegekassen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass auch die private Pflegeversicherung in die Finanzierung der Prävention in stationären Einrichtungen einbezogen wird.

2.1.5.1 Technische Assistenzsysteme (AAL) für ein selbstbestimmtes Leben

Mit dem Begriff „Wohnen“ verbinden die meisten Menschen einen Lebensbereich, den sie sich selbstbestimmt einrichten können, wo sie sich allein zurechtfinden und zu Hause fühlen. Zwischenzeitlich gibt es immer mehr technische Angebote, die das Leben zu Hause erleichtern bzw. bei zunehmendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf weiter ermöglichen können. Diese technischen Assistenzsysteme (AAL) bieten Sicherheit, Hilfe und nicht zuletzt Komfort, so dass sie mehr Unabhängigkeit im Alter ermöglichen können. Dazu gehören beispielsweise sich selbst einschaltende Lichtleisten, automatisch abschaltende Bügeleisen und Elektroherde sowie Sturzsensormatten vor dem Bett und Sensoren im Bad. Spezielle Notrufvorrichtungen in der Armbanduhr oder im Smartphone können die Mobilität kontrollieren und im Notfall an eine Zentrale melden, ob und wann Hilfe von außen benötigt wird. In diesem Bereich besteht ein zunehmender Bedarf.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass technische Assistenzsysteme für Personen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf zugänglich und in den Leistungskatalog der Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen werden.¹ Notwendig ist die Schaffung von

- **einheitlichen technischen Standards**
- **integrierten, wohnquartiersbezogenen Versorgungsstrategien mit technischen Assistenzsystemen und daran gekoppelten Dienstleistungen und**
- **ortsnahe Beratungseinrichtungen und Ansprechpartner mit zielgenauen Informationen.**

2.1.6 Betriebliche Gesundheitsförderung

Durch verstärkte Anstrengungen in der Prävention, dem Arbeitsschutz und der Rehabilitation müssen Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Frühverrentung in weit größerem Umfang als bisher verhindert werden. Nach § 20a SGB V erbringen die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben. Ziel dieser Leistungen ist insbesondere, dass im Betrieb gesundheitliche Potenziale wie auch Risiken erhoben werden und darauf aufbauend Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb entwickelt werden. Das Präventionsgesetz strebt in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit der verpflichtenden Beteiligung von Sicherheitsfachkräften, Betriebsärztinnen und -ärzten, staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie der Leistungsausrichtung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz an (§ 20b und 20c SGB V).

Aus Sicht des Sozialverbands VdK fehlen hier die Einbeziehung der Rehabilitation und die Verknüpfung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Ziel muss es sein, ein Angebot in Betrieben bereitzustellen, bei dem sich die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie des Arbeitsschutzes sinnvoll ergänzen. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement sollte flächendeckend in den Betrieben unter Einbeziehung aller Beteiligten implementiert und mit dem Arbeitsschutz und sämtlichen Formen von Rehabilitation, insbesondere aber mit der beruflichen Rehabilitation, verbunden werden.

Um dies zu erreichen, ist ein gemeinsamer Wissenskanon notwendig, der die Rollen, Aufgaben und Leistungen der einzelnen Akteurinnen und Akteure im Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung definiert. Nach dem Präventionsgesetz sind Krankenkassen nur verpflichtet, ihre Leistungen in gemeinsamen kassenübergreifenden Koordinierungsstellen auf Landesebene in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensorganisationen in den Betrieben anzubieten (§ 20b Abs. 3 SGB V). Statt-

¹ Forderung 37, 7. Altenbericht der Bundesregierung

dessen sollten die Rehabilitationsträger verbindliche Ansprechpartner für Klein- und Mittelbetriebe benennen. In Betrieben ohne Betriebsrat bzw. Schwerbehindertenvertretung sollte der Arbeitgeber verpflichtet werden, den Rentenversicherungsträger bzw. das Integrationsamt einzubeziehen.

Nach § 20a SGB V erbringen die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben. Ziel dieser Leistungen ist insbesondere, dass im Betrieb gesundheitliche Potenziale wie auch Risiken erhoben werden und darauf aufbauend Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb entwickelt werden.

Nach Auffassung des Sozialverbands VdK sollte jeder Betrieb verpflichtet werden, solch ein Konzept zur Gesundheitsförderung zu praktizieren. Für kleinere Betriebe sind betriebsübergreifende und gemeinschaftliche Lösungen vorzunehmen.

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber, Maßnahmen zur Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen zu ergreifen und für eine Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu sorgen. Hierzu gehört insbesondere die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen für alle Betriebe. Allerdings müssen nur Betriebe ab 10 Beschäftigten die Ergebnisse der Beurteilung sowie die festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen dokumentieren.

Trotz dieser gesetzlichen Verpflichtung werden nach einer Evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie nur in 51 Prozent aller Betriebe Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt und 59 Prozent der Kleinstbetriebe (1 bis 9 Beschäftigte) führen gar keine Gefährdungsbeurteilung durch.²

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist es notwendig, das Instrument der Gefährdungsbeurteilung auszubauen. Notwendig ist, dass auch **für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten Dokumentationspflicht** eingeführt wird. Dies entspricht im Übrigen auch europäischen Vorgaben³, die bislang von der Bundesregierung nicht umgesetzt worden sind. **Psychische Belastungen müssen gezielt erfasst werden (Anti-Stressverordnung).**

2.1.7 Gesundheitsförderung für Arbeitslose

Arbeitslosigkeit ist nicht nur das Resultat von Erkrankungen, sondern häufig auch der Grund für Erkrankungen. Der BKK-Gesundheitsreport 2016 zeigt, dass Arbeitslose (Arbeitslosengeld I) nach wie vor insgesamt die meisten Fehltage haben.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten Arbeitsagenturen und Jobcenter die gleiche Verantwortung und Verpflichtung zur Prävention erhalten wie Arbeitgeber.

² Dachevaluation GDA 2011

³ EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (89/391/EWG)