



## vdek-Eckpunkte zur Prävention und Gesundheitsförderung

Stand: 23. Oktober 2012

Die Forderungen des vdek im Überblick:

<b>Bewährte Strukturen ausbauen .....</b>	<b>3</b>
<b>Nationale Präventionsziele demokratisch legitimieren .....</b>	<b>4</b>
<b>Qualitätssicherung zielorientiert weiterentwickeln .....</b>	<b>5</b>
<b>Finanzierung bedarfsbezogen ausgestalten .....</b>	<b>5</b>
<b>Prävention in nicht betrieblichen Lebenswelten gemeinschaftlich schultern.....</b>	<b>6</b>
<b>Flexibilität erhalten – Präventionszugänge optimieren.....</b>	<b>7</b>
<b>Keine Einschränkung von Finanzierungsanreizen – Bürokratie abbauen.....</b>	<b>8</b>
<b>Einheitliche Rahmenbedingungen für Wettbewerb schaffen .....</b>	<b>9</b>

Nicht nur die Versorgung im Krankheitsfall sondern auch die Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Aufgaben der Krankenkassen und tragen dazu bei, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten. Die Ersatzkassen bekennen sich ausdrücklich zu einer umfassenden, zielbezogenen und qualitätsgesicherten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung erfolgt.

Seit vielen Jahren wird die einseitige kurative Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems beklagt. Es gibt einen breiten gesellschaftlichen Konsens, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Die realen politischen Gegebenheiten sind jedoch hinter diesem Anspruch zurückgeblieben. Viele – auch gesetzliche – Anläufe die Prävention zu stärken, sind gescheitert. Parallel zu den politischen Auseinandersetzungen über den richtigen Weg hat sich der öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr aus der Prävention und der Gesundheitsförderung zurückgezogen und den Krankenkassen die Hauptverantwortung zugewiesen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich in den letzten 20 Jahren zum maßgeblichen „Player“ in der Prävention entwickelt und erreicht mit ihren Angeboten allein in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung jährlich über 5,1 Millionen Menschen. Dafür hat die GKV im Jahr 2011 rund 270 Millionen Euro ausgegeben.

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Das muss auch in einer übergreifenden Finanzierung zum Ausdruck kommen. Alle Akteure müssen ihrer finanziellen Verantwortung gerecht werden. Dabei ist auf die verfassungsrechtlich gebotene strikte Trennung der Aufgaben der Sozialversicherungsträger einerseits und der öffentlichen Hand andererseits zu achten.

### **Bewährte Strukturen ausbauen**

Seit der Wiedereinführung der Prävention in den GKV-Leistungskatalog im Jahr 2000 wurde viel erreicht; die Ersatzkassen haben ihre Präventionsleistungen sowohl qualitativ weiterentwickelt als auch quantitativ ausgebaut. Neben der individuellen Prävention in Form von Programmen zur gesunden Ernährung, zur Bewegungsförderung oder zur Stressreduktion haben sie auch einen Schwerpunkt auf träger- und ebenenübergreifende Initiativen gelegt. Mit dem Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, der Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA), aber auch durch Vereinbarungen mit dem

Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und vielen Landessportbünden, dem Deutschen Volkshochschulverband e. V. oder dem Kneipp-Bund Deutschland e. V. ist die arbeits- und lebensweltbezogene Prävention deutlich gestärkt worden. Sowohl in der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch in der lebensweltbezogenen Prävention konnte die Zahl der Aktivitäten nennenswert gesteigert werden. Diese Entwicklungen gilt es zu erhalten, zu verstetigen und zu stärken.

### **Nationale Präventionsziele demokratisch legitimieren**

Bisher folgen Gesundheitsziele im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland keinem einheitlichen Maßstab. In der Vergangenheit haben sich verschiedene Bundesländer eigene Gesundheitsziele gesetzt. Daneben werden auf der Bundesebene über die Kooperationsplattform *gesundheitsziele.de*, in der neben Bund und Ländern über 100 Institutionen und Organisationen aus dem gesamten Gesundheitsbereich zusammenwirken, Gesundheitsziele auf freiwilliger Basis entwickelt. Auch in den unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung vollziehen sich eigenständige Zielprozesse.

Die GKV verfügt bereits seit 2007 über konsentrierte Präventions- und Gesundheitsförderungsziele, die aktuell ergänzt werden und für die Jahre 2013 bis 2018 als Richtschnur für das Kassenhandeln dienen sollen. Sie basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen wie epidemiologische Morbiditäts- und Mortalitätsdaten und sind messbar. Über den Grad der Zielerreichung wird jährlich im Präventionsbericht informiert. In den Zielentwicklungsprozess der GKV sind unter anderem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und *gesundheitsziele.de* mit einbezogen. Die GKV-Ziele stellen daher aus Sicht der Ersatzkassen eine gute Grundlage für eine breitere gesundheitspolitische Zielediskussion dar.

Es muss nun darum gehen, national einheitliche Präventions- und Gesundheitsförderungsziele zu definieren und diese demokratisch zu legitimieren. Das ist aus Sicht der Ersatzkassen ein notwendiger Schritt, um die Verbindlichkeit der Ziele zu erhöhen, ein gleichgerichtetes Handeln aller Akteure in der Prävention zu befördern und somit den Stellenwert der Prävention zu erhöhen.

## **Qualitätssicherung zielorientiert weiterentwickeln**

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine gemeinsame und einheitliche Handlungsanleitung zur Primärprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Form des „Leitfadens Prävention“ verfasst. Der Leitfaden bildet seither ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung, in das sowohl die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen als auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse kontinuierlich einfließen. Zudem unterstützt eine Kommission unabhängiger Experten die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln. Jede Krankenkasse ist in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom „Leitfaden Prävention“ vorgegebenen Rahmen verpflichtet.

Zudem liegen zur Messung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Primärprävention sowohl für Gesundheitskurse als auch für lebensweltbezogene Aktivitäten Evaluationsinstrumente vor, die von den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Beteiligung wissenschaftlicher Experten entwickelt wurden. Sie ermöglichen den Krankenkassen, ihre Präventionsangebote eigenverantwortlich zu evaluieren und weiterzuentwickeln. In dem jährlich erscheinenden Präventionsbericht werden die Präventionsleistungen der Krankenkassen dokumentiert und ausgewertet. Die Krankenkassen überprüfen dabei, ob die Ausrichtung ihrer Aktivitäten zielgerichtet sind, gemessen an den GKV-Präventionszielen oder ob Fehlentwicklungen gegengesteuert werden muss beziehungsweise Optimierungen vorgenommen werden müssen.

Die bestehenden Verfahren und Mechanismen zur Qualitätssicherung stellen aus Sicht der Ersatzkassen eine gute Grundlage dar, die im Hinblick auf gemeinsame, demokratisch legitimierte Gesundheitsziele weiterzuentwickeln ist.

## **Finanzierung bedarfsbezogen ausgestalten**

Prävention dient der Erhaltung der Gesundheit und funktionaler Fähigkeiten; auch im hohen Alter. Die Krankheitslast soll individuell und in der Bevölkerung gesenkt und die krankheitsfreie Lebenszeit verlängert werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine Investition in Lebensqualität.

Die Ausgaben der Krankenkassen nach §§ 20 und 20a SGB V übertreffen seit Jahren das gesetzlich geforderte Niveau deutlich; zuletzt 2011 mit 3,87 Euro je Versicherter (Soll: 2,86 Euro je Versicherter). Dabei haben alle Bereiche – die

individuelle Prävention, die Prävention in Lebenswelten und die betriebliche Gesundheitsförderung – ihre Berechtigung. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen sinnvoll sind und qualitätsgesichert durchgeführt werden. Eine Ausweitung des Finanzvolumens darf keinesfalls nach dem Gießkannenprinzip erfolgen, sondern muss bedarfsbezogen und in Orientierung an demokratisch festzulegenden Gesundheitszielen erfolgen. Nur so ist aus Sicht der Ersatzkassen sichergestellt, dass das Geld der Beitragszahler auch dahin fließt, wo es wirklich gebraucht wird.

In der Primärprävention verstehen sich die Krankenkassen in erster Linie als Impulsgeber. Ihre Präventionsangebote sind so ausgerichtet, dass sie die Versicherten motivieren und in die Lage versetzen, das Erlernte in den Alltag zu integrieren und eigenverantwortlich fortzusetzen. Durch die finanzielle Bezuschussung der Präventionsangebote soll der Versicherte angeregt werden, für seine Gesundheit aktiv zu werden.

### **Prävention in nicht betrieblichen Lebenswelten gemeinschaftlich schultern**

Obwohl ihr gesetzlicher Auftrag auf die Verhaltensprävention konzentriert ist, engagiert sich die GKV in der lebensweltbezogenen Prävention. Allerdings bedarf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten des Zusammenwirkens verschiedener Verantwortlicher sowie eines hohen Maßes an Entwicklungs- und organisatorischer Arbeit. Deshalb sollte die Prävention in Settings in der Regel auf längere Zeiträume angelegt sein. Wenn Gesundheitsförderung beispielsweise in Kindertagesstätten in sozialen Brennpunktgebieten nachhaltig gestaltet werden soll, dann braucht es neben tauglichen Konzepten auch eine entsprechende Schulung der Erzieherinnen und Erzieher, zielgruppengerechte Materialien und im Zweifel auch personelle Unterstützung vor Ort. Vor allem aber ist das Engagement und den Rückhalt der Träger der Einrichtungen unabdingbar. Um die Nachhaltigkeit der Setting-Ansätze zu sichern, müssen sich deshalb alle primär zuständigen Akteure und Einrichtungen inhaltlich und finanziell engagieren. Insbesondere für die Verhältnisprävention gilt, dass die primären Zuständigkeiten nicht von der GKV ersetzt werden können.

Besonders Menschen, die aufgrund von Bildung, Erziehung, Beruf oder niedrigem Einkommen schlechtere Gesundheitschancen haben, können gezielt durch Setting-Ansätze erreicht werden. Der bestehende Bedarf an Prävention und Ge-

sundheitsförderung in den sogenannten nicht betrieblichen Lebenswelten wird momentan hauptsächlich vom Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten unter dem Dach der BZgA in Form von „regionalen Knoten“ in allen Bundesländern ansatzweise erfüllt. Daneben gibt es Gemeinschaftsprojekte in einzelnen Bundesländern, zum Beispiel der „Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“, der gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen und dem Landessportbund in Nordrhein-Westfalen getragen wird. Solche Strukturen müssen im Interesse der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ausgebaut und gestärkt werden. Neben dem Engagement der primär zuständigen Akteure ist es nach Auffassung der Ersatzkassen auch erforderlich, dass sich weitere Sozialversicherungsträger wie die Renten- und die Unfallversicherung, aber auch die Private Krankenversicherung, anteilig an den Kosten beteiligen. Schließlich profitieren ihre Versicherten ebenfalls von den Maßnahmen.

Allerdings können die Präventionsaktivitäten mit Unterstützung der Krankenkassen nur ein Baustein in einem Kranz von Maßnahmen sein, die Lebensbedingungen und Chancen dieser Menschen zu verbessern. Keinesfalls dürfen sie zum Ersatz von ausbleibenden Hilfen an anderer Stelle werden. Die GKV kann nicht zum Ausfallbürgen des Staates werden.

### **Flexibilität erhalten – Präventionszugänge optimieren**

Aufgrund ihrer unterschiedlichen Größe und Versichertenstruktur nehmen die Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung unterschiedliche Schwerpunktsetzungen vor. Während große Krankenkassen mit einer heterogenen Versichertenstruktur ein breitgefächertes Angebot vorhalten, um die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Versicherten abdecken zu können, engagieren sich branchen- und betriebsbezogene Krankenkassen tendenziell verstärkt in der betrieblichen Gesundheitsförderung und erreichen dort ihre Versicherten.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss es auch weiterhin möglich sein, dass die Krankenkassen ihre Versicherten dort abholen, wo dies unter Berücksichtigung ihrer strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen am besten möglich ist. Die Festlegung von Quoten für einzelne Präventionsbereiche lehnen die Ersatzkassen ab, da sie den Handlungsrahmen der Krankenkassen einschränken. Quoten sind auch kein geeignetes Instrument für eine an Gesundheitszielen

ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung. Sie konfliktieren im Zweifel mit den Zielsetzungen und führen in der Folge zu Fehlallokationen.

Die Ersatzkassen haben in den letzten Jahren neue Zugangswege erschlossen und flächendeckend mit wohnortnahen Präventionsanbietern Kooperationsvereinbarungen getroffen, zum Beispiel mit dem Deutschen Volkshochschul-Verband mit seinen angeschlossenen rund 900 örtlichen Volkshochschulen, dem Deutschen Turnerbund und dem Kneipp-Bund Deutschland mit ihren örtlichen Gesundheitssportangeboten sowie der Bundesagentur für Arbeit. Durch die Einbeziehung weiterer Partner wie zum Beispiel Familienbildungsstätten können die Zugangsmöglichkeiten zu Präventionsangeboten erweitert werden. Als kontraproduktiv sehen die Ersatzkassen daher alle Bestrebungen an, den Zugang zu den Präventionsangeboten auch über niedergelassene Ärzte zu organisieren. In Arztpraxen würde der Fokus der Prävention in unzulässiger Weise auf kranke Versicherte verengt und die Prävention unnötig verteuert. Auch liegen den Ersatzkassen keinerlei Hinweise darauf vor, dass es über niedergelassene Ärzte besser gelingen kann, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch sozial Benachteiligte zu steigern.

### **Keine Einschränkung von Finanzierungsanreizen – Bürokratie abbauen**

Die Ersatzkassen haben Bonusprogramme in ihren Satzungen verankert und setzen damit wichtige Anreize für ein gesundheitsförderliches Verhalten ihrer Versicherten, beispielsweise durch die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Unverständlich erscheint es da, wenn der Gesetzgeber diese Bemühungen wieder konterkariert, so geschehen mit dem Bürgerentlastungsgesetz, welches unter anderem die steuerliche Absetzbarkeit von Krankenversicherungsbeiträgen regelt. In der Logik dieses Gesetzes sind Rückerstattungen aus Wahltarifen und Bonusprogrammen gegenzurechnen und erhöhen im Ergebnis wieder die Steuerlast des Versicherten. Die Ersatzkassen fordern daher die Politik auf, sinnvolle finanzielle Anreize zur Wahrnehmung von Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeangeboten nicht durch steuerliche Regelungen zu konterkarieren.

Seit 2009 gibt es zudem steuerliche Anreize für Arbeitgeber, sich in der betrieblichen Prävention zu engagieren. Danach sind Leistungen eines Arbeitgebers, die den allgemeinen Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessern, mit bis zu 500 Euro grundsätzlich steuerfrei. Nur wenige Unternehmen nehmen diese Vergünstigungen bislang in Anspruch. Eine Hürde ist darin zu sehen,

dass jede Maßnahme eines teilnehmenden Mitarbeiters einzeln aufwändig belegt werden muss. Bevor also neue Anreize für Arbeitgeber erwogen werden, sind zunächst vorhandene bürokratische Hürden zu beseitigen, damit bereits bestehende Anreizsysteme greifen können.

### **Einheitliche Rahmenbedingungen für Wettbewerb schaffen**

Seit Jahren ist es gängige Praxis, dass Regionalkassen Präventionsleistungen anbieten können, die den bundesunmittelbaren Ersatzkassen unter Aufsicht des Bundesversicherungsamtes nicht gestattet werden. Aus Sicht der Ersatzkassen ist der Wettbewerb zwar grundsätzlich ein geeigneter Motor um im Bereich der Prävention sinnvolle und am Versicherten ausgerichtete Präventionsprogramme zu befördern, allerdings muss sich der Wettbewerb in für alle Kassen(arten) einheitlichen Rahmenbedingungen abspielen. Die Ersatzkassen fordern daher die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern auf, sich auf einheitliche Rahmenvorgaben für die Ausgestaltung von Satzungsleistungen zu verständigen und so vergleichbare und faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
info@vdek.com