

*Artikel aus der Anfang November 2001 erschienenen Ausgabe 3/2001 der HAG-Stadtpunkte mit dem Schwerpunktthema: "Der Paragraph 20 und seine Auswirkungen"*

Autor: Uwe Prümel-Philippsen, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn

**Titel: "Die Neufassung des § 20 SGB V im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000: Stand und Perspektiven"**

Durch die "Gesundheitsreform 2000" haben die gesetzlichen Krankenkassen neue Möglichkeiten erhalten, im Rahmen ihres Leistungskatalogs Maßnahmen zur Primärprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu fördern. Die Neufassung des in der letzten Legislaturperiode unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer drastisch eingeschränkten § 20 SGB V schafft erweiterte Handlungsspielräume und verpflichtet die Krankenkassen zugleich, dabei ihren Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Darüber hinaus erfährt der § 20 aber auch eine neue Begrenzung: nämlich die "Deckelung" der Ausgaben gemäß Absatz 1 und 2 auf 5 DM pro Versichertem im Jahr 2000 – mit einer in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV vorzunehmenden Anpassung.

Bzgl. der Zielgruppen und der Zugangswege konzentrieren sich die vorgesehenen Maßnahmen auf zwei Ansätze: auf

- "Interventionen, die mehr auf die Verhältnisse abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (Individueller Ansatz)."<sup>1</sup>

Der "neue" § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V heißt im Wortlaut:

---

<sup>1</sup> Vgl. Leitfaden "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder...", Seite 6

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.
- (2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
- (3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 5 DM umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

Zur Umsetzung der Neuregelungen – und das bedeutet vor allem: zur Qualitätssicherung des neuen Leistungsspektrums - haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Ende Juni 2000 gemeinsam einen "Leitfaden" verabschiedet<sup>2</sup>, der in diesem Jahr überarbeitet wurde und nunmehr in der Fassung vom 27. Juni 2001 vorliegt.<sup>3</sup>

Als gemeinsam und einheitlich festgelegte Handlungsfelder der Primärprävention resp. der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in diesem Leitfaden festgelegt:

- die Bewegungsgewohnheiten resp. arbeitsbedingte körperliche Belastungen,
- die Ernährung resp. die Betriebsverpflegung,
- Stressreduktion/Entspannung resp. psychosozialer Stress sowie
- der Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Die Spitzenverbände haben sich außerdem dazu verpflichtet, zur Anpassung dieses Leitfadens an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen unabhängigen Sachverständigen zu beteiligen – deshalb konstituierte sich am 21.09.2000 ein neues Gremium, die "Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung", der je ein Vertreter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, des Hauptverbandes der gewerbli-

---

<sup>2</sup> "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000"

<sup>3</sup> Als Download (pdf-Datei) erhältlich unter <http://www.vdak-aev.de/broch.htm>

chen Berufsgenossenschaften sowie – als ständiger Gast – ein Vertreter der Bundesländer angehören.

Im folgenden sollen nun in gebotener Kürze und überblicksartig drei Aspekte im Zusammenhang mit dieser neuen gesetzlichen Regelung diskutiert werden:

- der aktuelle Stand der Umsetzung des § 20
- die Weiterentwicklung der Umsetzung des § 20
- die Perspektiven im Bereich “Prävention und Gesundheitsförderung”

### **zu 1. Aktueller Stand der Umsetzung des § 20**

Eine verlässliche, d.h. datengestützte Bestandsaufnahme der derzeitigen Umsetzung durch die Krankenkassen vor Ort ist weder für das Jahr 2000 noch für das Jahr 2001 möglich. Durch organisatorische Schwierigkeiten bei den Spitzenverbänden konnte der “Leitfaden”, also die entscheidende Richtlinie zur praktischen Umsetzung der Neuregelungen, den einzelnen Krankenkassen erst in der zweiten Jahreshälfte 2000 zur Verfügung gestellt werden – zusätzlich hierzu erforderte die Neufassung des § 20 bei den Kassen in der Regel Satzungsänderungen, die erst im Verlauf des Jahres 2000 vorgenommen werden konnten. Auf diese Weise konnte im vergangenen Jahr das zur Verfügung stehende Budget von insgesamt ca. 400 Mio DM<sup>4</sup> für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung nicht ausgegeben werden. Die Mittel wurden jedoch auf das Jahr 2001 übertragen, so daß – zumindest theoretisch – das verfügbare jährliche Leistungsvolumen nicht reduziert wurde.

Eine aussagekräftige aktuelle Bestandsaufnahme ist auch deshalb kaum möglich, weil die konkreten Instrumente der Qualitätssicherung (der Aufbau von standardisierten Verfahren der Dokumentation und Erfolgskontrolle sowie die Etablierung entsprechender Qualitätssicherungsprotokollen) erst in der 4. Sitzung der beratenden Kommission am 27. Juni 2001 verabschiedet werden konnten und wahrscheinlich erst zum Ende des Jahres 2001 wirklich allen Krankenkassen vor Ort zur Verfügung stehen.

Eine weitere Schwierigkeit in der Umsetzung des § 20 Abs. 1 ergab sich bzgl. der Maßnahmen aufgrund des Settings-Ansatzes: das neben dem

---

<sup>4</sup> Dies entspricht ca. 1,5 Promille der GKV-Ausgaben für die Krankenversorgung; zur Erinnerung: im Jahr 1995 haben die Kassen ca. 1 Mrd. für die Prävention ausgegeben...

(in den vergangenen Jahren bereits erprobten und bewährten) Setting "Betrieb" zusätzlich favorisierte Setting "Schule" erwies sich insofern als schwieriger Ansatz, als für die Krankenkassen weder theoretisch noch praktisch umstandslos verfügbares Know-How zugänglich war und deshalb zunächst die Erprobung dieses Ansatzes in Form von Modellversuchen beschlossen wurde. Diese (auf voraussichtlich 5-10 Schulen in einer definierten Region zu beschränkenden) Modellversuche werden allerdings kaum vor Anfang 2002 beginnen können.

Die erste Überarbeitung des Leitfadens, die in der nunmehr gültigen Fassung vom 27. Juni 2001 vorliegt, hat im wesentlichen Präzisierungen zum Punkt 3.2 "Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle", zum Aufgabenspektrum der Beratenden Kommission in Punkt 3.3 und im Punkt 3.4 "Ergänzende Hinweise" Präzisierungen zur Frage der Qualifikationen von Leistungsanbietern ergeben. Letzteres wurde dann für jedes Handlungsfeld jeweils unter dem Punkt "Anbieterqualifikation" konkret ausgeführt.

Darüber hinaus wird in der Überarbeitung insgesamt stärker zum Ausdruck gebracht, daß mit den primärpräventiven Leistungen insbesondere Personen, die - sozial bedingt - ungünstigere Gesundheitschancen haben, besser erreicht werden sollen.

## zu 2. Weiterentwicklung der Umsetzung des § 20

Die Beratende Kommission hat bzgl. der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Leitfadens empfohlen, auch zukünftig die sozial benachteiligten Personen als Zielgruppen für primärpräventive Maßnahmen in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen und dies durch entsprechende Modifikationen im Text stärker kenntlich zu machen.

Die zweite Empfehlung der Beratenden Kommission bezieht sich auf die Priorisierung von Themen: im Einklang mit dem derzeitigen Stand der Diskussion um die Aufstellung nationaler Gesundheitsziele sowie mit den Argumenten des Sachverständigenrates im Rahmen des Ende August vorgestellten dritten Teils ihres "Gutachtens 2000/2001" für das Bundesgesundheitsministerium (s.u.) wird den Krankenkassen dringend nahegelegt, konzertierte bundesweite Aktivitäten zu ausgewählten Schwerpunktthemen wie "Tabakkonsum und -abhängigkeit", andere gesundheitsschädliche Genuß- und Suchtmittel sowie "Rückenbeschwerden" zu beschließen und durchzuführen.

Eine dritte Empfehlung der Beratenden Kommission bezieht sich auf die geschlechtsspezifische Ausrichtung von Präventionsangeboten i.S. der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedarfslagen und Bedürfnisse entsprechend dem Beschluß der 74. Gesundheitsministerkonferenz vom 20./21. Juni 2001.

Eine weiterer (durchaus umstrittener) Diskussionspunkt ist die Überlegung, im Rahmen des Budgets von DM 5,00<sup>5</sup> ggfs. finanzielle Mindestanteile für Präventionsmaßnahmen in außerbetrieblichen Settings festzulegen – ein anderer Vorschlag ist, Maßnahmen für benachteiligte Zielgruppen der Bevölkerung durch besonders streng definierte Qualitätsanforderungen aus dem allgemeinen Leistungsangebot herauszuheben und einer besonders sorgfältigen Bearbeitung zuzuführen.

Eine eventuelle Weiterentwicklungsmöglichkeit wird bzgl. des Settings "Familie" gesehen – in Form einer intensiven Erst-Beratung z.B. könnten diverse Gesundheits- bzw. Präventionsthemen für junge Familien mit kleinen Kindern gebündelt eingesetzt und für einen bestimmten Zeitraum gemeinsam mit entsprechenden Fachkräften bearbeitet werden.

Die Beratende Kommission weist im Zusammenhang der Fortentwicklung des Leitfadens zur Umsetzung des § 20 auch darauf hin, daß neben

---

<sup>5</sup> nur bezogen auf § 20 Abs. 1 und 2 - pro GKV-Mitglied pro Jahr

den o.a. Routinen der Dokumentation über erfolgte Maßnahmen konkrete, repräsentative und kontinuierliche Evaluationsmaßnahmen eingeplant werden müssen, um eine fachlich-inhaltliche Verbesserung der Leistungsangebote auch wirklich gewährleisten zu können.

Weiterentwicklung des Leitfadens bedeutet aber vor allem, vor Ort, also praktisch, die Gestaltungsspielräume der Neuregelung zu nutzen, um bewährte Maßnahmen zu verbessern und neue auszuprobieren – hier sind die Leistungserbringer und die Kostenträger gleichermaßen, aber auch viele zusätzliche Kooperationspartner gefordert.

### **zu 3. Die Perspektiven im Bereich “Prävention und Gesundheitsförderung”**

Die “Reichweite” des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V stößt bekanntlich dort an Grenzen, wo Erwartungen geweckt oder Forderungen gestellt werden, die aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (fokussiert auf das Gesundheitswesen selbst und die GKV-Versicherten) als “systemfremd” einzustufen sind.

Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung sind eben nur als Teilmenge des gesamten Bereichs der Prävention und Gesundheitsförderung anzusehen – weitere Partner und Rahmenbedingungen außerhalb der GKV sind zu berücksichtigen und einzubeziehen.

Deshalb weisen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Mitglieder der “Beratenden Kommission” zurecht darauf hin, daß “die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen (...) als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen (ist), die von einer Vielzahl von Akteuren, wie z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Ärzte, Betriebsärzte zu leisten ist” (Leitfaden, S. 2), und daß “eine klare Zuordnung der Aufgaben der Akteure und auf dieser Basis eine Abstimmung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen (ist).” (Leitfaden, ebd.)

Hinzuzufügen ist, daß hinsichtlich der Vielzahl der Akteure auch Bund, Länder und Gemeinden, der subsidiäre Bereich/die nichtstaatlichen Organisationen sowie die Wirtschaft genannt werden müssen.

Unstrittig ist auch, daß die Bürgerinnen und Bürger selbst einen aktiven Beitrag zur Erhaltung "ihrer" Gesundheit und zur Vermeidung von Krankheiten leisten müssen.

Eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik, aber eben auch der anderen Politikbereiche auf eine "gesundheitsförderliche (Gesamt-)Politik" in Deutschland steht an – und die Perspektiven hierzu sind derzeit nicht schlecht.

Die wichtigsten Impulse zu dieser Neuorientierung kommen dabei aus dem Gesundheitsbereich selbst:

- das "Gutachten 2000/2001" des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht in seinem ersten Band intensiv auf die Themen "Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation" ein - im gerade vorgelegten dritten Band "Über-, Unter- und Fehlversorgung" werden u.a. bundesweite Präventionsprogramme (z.B. eine "Nationale Anti-Tabak-Kampagne") empfohlen;
- das vom Bundesministerium initiierte Projekt "gesundheitsziele.de", durchgeführt von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) in Köln, das zurzeit ein Programm zur Definition und Implementierung nationaler Gesundheitsziele erarbeitet und am 31. Juli 2002 konkrete Vorschläge an die Politik formulieren will;
- der von der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, am 07.05.01 eingerichtete "Runde Tisch", an dem Repräsentanten aus allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens teilnehmen, um über die mittel- bis langfristigen Probleme im Gesundheitswesen gemeinsam zu beraten und Lösungen im Konsens zu erarbeiten. Hier wurden 6 Arbeitsgruppen eingerichtet – die Arbeitsgruppe 5 "Stärkung der Prävention" hat Ende August Empfehlungen verabschiedet, die Gegenstand der zweiten Beratung des "Runden Tisches" am 17.09.2001 sein werden.

Für die im Bereich "Prävention und Gesundheitsförderung" tätigen Fachkräfte und Entscheidungsträger stellt sich vor diesem Hintergrund zum einen die Aufgabe, die laufenden politischen und fachlichen Diskurse zur Kenntnis zu nehmen, zu analysieren und auf sie einzuwirken - zum anderen aber vor allem, die damit möglich gewordenen neuen Gestaltungsräume innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens kompetent und kreativ mit Leben zu füllen.

Stand: 04.09.2001

Anzahl der Zeichen (ohne Leerzeichen): 12.764