Ulrich Krüger

Diplomsupervisor, Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(41)
gel. ESV zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Oppelner Str. 130
53119 Bonn

krueger@apk-ev.de
0228 / 676741
0177 / 5503995

Vorläufige Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 18/4282)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PrävG)

Diese Stellungnahme dient der Bewertung des Gesetzentwurfs unter dem Gesichtspunkt der Prävention psychischer Erkrankungen und der Förderung seelischer Gesundheit.

Zusammenfassung:

1. **Der Ausbau der Prävention ist eine dringende Aufgabe. Die Ziele des Präventionsgesetzes sind dazu geeignet und daher zu begrüßen, insbesondere**

- Die Aufstocken der Aufwendungen der GKV
- Die Aufnahme der Pflegeversicherung unter die Präventionsträger
- Die Einbeziehung weiterer Sozialversicherungsträger
- Die Verstärkung der Kooperation
- Die Ausrichtung auf Prävention in Lebenswelten
- Die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung

2. **Prävention psychischer Erkrankungen stärker beachten**

Seit einigen Jahren werden in zunehmendem Maße psychische Erkrankungen diagnostiziert, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und bei alten Menschen. Psychische Störungen haben sich unter den Ursachen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung in die Spitzengruppe entwickelt.

Vor diesem Hintergrund ist der Prävention psychischer Erkrankungen und der Förderung seelischer Gesundheit beim Ausbau der Prävention besondere Beachtung zu schenken.

Ein Aspekt dabei ist die Suizidprävention.

Psychische Störungen, Arbeitslosigkeit und Armut sind sich wechselseitig verstärkende, häufig gemeinsam auftretende Phänomene. Körperliche Gesundheitsstörungen können auch Folge einer psychischen Störung sein.

Vor diesem Hintergrund ist es höchst problematisch, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung bisher fast ausschließlich auf körperliche Gesundheit bezieht.

Dies gilt auch für die betriebliche Prävention, obwohl psychische Störungen zu den häufigsten gesundheitlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung gehören. Hier geraten erst in jüngerer Zeit Maßnahmen zum Stressabbau und zur Stressbewältigung verstärkt in den Blick. Das volle Spektrum der auf psychische Gesundheit bezogenen Maßnahmen muss erst entwickelt werden.

Mit Ausnahme der Suchtprävention ist die Prävention psychischer Erkrankungen noch wenig entwickelt. Aus diesen Gründen sollte der Entwicklung der Prävention psychischer Erkrankungen und der Förderung seelischer Gesundheit auch im Gesetz besondere Bedeutung verliehen werden.

3. Prävention durch Selbsthilfe

Selbsthilfeorganisationen können einen wertvollen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten, indem das Erfahrungswissen von (ehemals) Kranken verbreitet wird. Ein positives Beispiel sind die organisierten Schulbesuche von Psychiatrieerfahrenen.

4. Übergreifende Prävention und Gesundheitsförderung

Der Gesetzentwurf beschränkt sich weitgehend auf die Primärprävention. Prävention und Gesundheitsförderung sind jedoch auch nach überstandener Erkrankung oder bei fortbestehender Behinderung wirksam.

5. Prävention von Pflegebedarf

Die Aufnahme der Pflegekassen als Präventionsträger ist ein beachtlicher Fortschritt. Die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen sollte aufgegeben werden. Auch im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld können Prävention und Gesundheitsförderung Pflegebedarf verhindern, hinauszögern oder mindern.

Zu einzelnen Artikeln:

A Problem und Ziel

In der Präambel wird zu Recht auf einen Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen hingewiesen.

Die Prävention soll „insbesondere in den Lebenswelten“ erfolgen.

Beide Aussagen sind zu begrüßen.

§ 20 SGB V Abs. 2

Der GKV-Spitzenverband soll bei der Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen auch den Sachverstand von Menschen mit Behinderung einbeziehen. Dies entspricht den Anforderungen der UN Behindertenrechtskonvention (Partizipation) und ist zu begrüßen. Die meisten psychisch kranken und ehemals psychisch kranken Menschen sind jedoch nicht im rechtlichen Sinne behindert. Auch das erfahrungswissen (ehemals) kranker Menschen ohne fortbestehende Behinderung sollte einbezogen werden.

Psychiatrieerfahrene leisten jetzt schon wertvolle Beiträge zur seelischen Gesundheitsförderung und zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Prävention und Gesundheitsförderung sollten sich von Maßnahmen für selektive Gruppen zu einem partizipativen Prozess unter Einbeziehung aller relevanter Akteure entwickeln.

§ 20a SGB V Abs. 1

Lebenswelten werden als ‚abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens usw.…‘ definiert. Da in Absatz 2 von ‚für die Lebenswelt Verantwortlichen‘ gesprochen wird, entsteht der Eindruck, dass nur Institutionen und Einrichtungen als Lebenswelt zu verstehen sind. Das wäre eine falsche Einengung.
Insbesondere bei Menschen, die nicht berufstätig oder nicht in Ausbildung sind, hat das Wohnumfeld als Lebenswelt eine hohe Bedeutung. Insofern ist das ‚**Quartier**‘ ein wichtiger Ort lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für Kinder, Jugendliche, alte Menschen und Menschen mit Behinderung, aber auch für Menschen mit besonderen sozialen und kommunikativen Problemen.

§ 25 SGB V Abs. 1

Im Zusammenhang mit der Präventionsempfehlung und der Verhaltensprävention werden nur Bewegungsangebote als Beispiel genannt. Hier sollte der Hinweis aufgenommen werden, dass bei den Empfehlungen auch die seelische Gesundheit berücksichtigt werden soll. Hier könnten (wie im § 26 bezogen auf Kinder und Jugendliche) auch **psycho-soziale Aspekte** erwähnt werden

Artikel 6

§ 5 SGB XI

Die Einbeziehung der **Pflegekassen** in die Prävention ist zu begrüßen. Die Beschränkung auf **stationäre Einrichtungen** ist nicht sachgerecht. Auch im ambulanten Bereich sollte Prävention von Pflegebedarf aufgebaut bzw. gestärkt werden. „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ und deren Umsetzung können und sollten auch außerhalb von Einrichtungen gefördert werden.

Wirksame Prävention von Pflegebedürftigkeit ist zum Beispiel bei Menschen mit Demenz möglich. Durch geeignete Beratung und Einflussnahme auf das soziale und räumliche Umfeld, lässt sich Pflegebedürftigkeit hinauszögern, ihre Verstärkung abschwächen und so – im Verbund mit anderen unterstützenden Maßnahmen - oft ein Verbleib in eigener Häuslichkeit erreichen.

§ 18 SGB XI

Die **Präventionsempfehlung** zielt auf Verhaltensprävention nach § 20 SGB V ab. Insofern wird hier nur der rechtliche Status quo bekräftigt, nach dem die Pflegekasse auf andere Sozialleistungsträger hinwirken soll, dass diese ihren Präventionsaufgaben nachkommen.[1] Dies sollte dahingehend geändert werden, dass Pflegekassen auch eine eigene Zuständigkeit für Prävention erhalten und in die Kooperationsnetzwerke einbezogen werden.

[1] Siehe § 5 SGB XI: Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Ergänzende grundsätzliche Bemerkungen:

Psychische Gesundheit

Seelische Gesundheit ist zu verstehen als die Gesamtheit unterschiedlicher in Wechselbeziehung zueinander stehender Fähigkeiten in den Dimensionen der Erlebnisfähigkeit und Belastbarkeit, der Lebensbejahung und Zufriedenheit, der alltagspraktischen beruflichen und sozialen Kompetenzen und der Sinnorientierung – verbunden mit der Freiheit, Verantwortung zu übernehmen für andere Menschen und für die Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse.

Für die Entwicklung der zur seelischen Gesundheit gehörenden Lebenskompetenzen ist die Sozialisation im Kindes- und Jugendalter – besonders in den ersten Lebensjahren – von hervorragender Bedeutung. Aber auch in späteren Lebensphasen ist seelische Gesundheit keine konstante Eigenschaft des/r Einzelnen, sondern vorrangig ein Ergebnis seines oder ihres Zusammenlebens in der Gemeinschaft, d. h. davon abhängig welche Chancen und Risiken, welche Herausforderungen und Unterstützungen in Relation zu den vorhandenen individuellen Fähigkeiten gegeben sind und wie fördernd oder belastend das emotionale Klima im unmittelbaren und im weiteren Lebensumfeld ist.

Im Grünbuch der EU-Kommission zur Seelischen Gesundheit (2008) heißt es, dass psychische Gesundheit „wichtig für den Einzelnen, für die Gesellschaft und für die Politik“ sei und dass sie auf gesellschaftlicher Ebene „zum wirtschaftlichen Wohlstand, zur Solidarität und zur sozialen Gerechtigkeit“ beitrage.

Seelisch gesund in der Gemeinschaft leben zu können, ist ein zentrales menschliches Bedürfnis, das in der gesellschaftlichen Entwicklung oft ignoriert und von Teilzielen nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, Prosperität, Sicherheit und gesellschaftlichem Einfluss in den Hintergrund gedrängt wird. Es nehmen dann Formen destruktiver Konfliktverarbeitung zu, die beim Einzelnen zu einem Anstieg an Rücksichtslosigkeit, Machtmissbrauch und Gewaltbereitschaft oder auch zu sozialem Rückzug und Resignation führen können, und gesellschaftlich die Benachteiligung, Verarmung, Ausgrenzung und Entwürdigung von weniger leistungsfähigen oder einflussreichen Gruppen der Bevölkerung zur Folge haben können.

Das Risiko psychisch zu erkranken oder im Fall einer Erkrankung einen ungünstigen Verlauf zu erwarten, ist umso größer je geringer die vorher erworbenen Lebenskompetenzen sind und je geringer die emotionale und soziale Integration des Lebensumfelds sich darstellt. Häufigkeit und Verlauf psychischer Erkrankungen, insbesondere die Teilhabe von Menschen mit schweren seelischen Störungen am Leben in der Gemeinschaft sind deshalb ein Maß für gelebte Demokratie einer Gesellschaft. Die Verbesserung von Behandlung und Eingliederung ist ständige gesellschaftliche Aufgabe.

Psychische Gesundheit ist ein wesentliches Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts, des solidarischen Umgangs mit Benachteiligten, eines stabilen und friedlichen Lebensumfelds, und letztendlich auch der Produktivität. Sie trägt dadurch zur wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft bei.

Förderung der psychischen Gesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen

Neben der universellen primären Prävention sollte die Hochrisikogruppe der Kinder von psychisch kranken und sozial desintegrierten Menschen verstärkt Beachtung finden. Zudem müssen Kooperationsstrukturen geschaffen werden, die in gemeindepsychiatrischer Orientierung Bildungseinrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe beraten und qualifizieren, derart dass Entwicklungskrisen und -störungen, frühzeitig erkannt und fachkompetent aufgefangen werden.

Förderung der psychischen Gesundheit der Erwerbstätigen

Neben der Qualifizierung von Führungskräften zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Betriebsklimas (individuelle Förderung, Verantwortungsdelegation. Teamarbeit, Abbau von Stressoren im Arbeitsumfeld) ist die Entwicklung von betrieblichen Strategien zur präventiven Gesundheitsberatung, evtl. unter Einbeziehung externer Fachleute (z. B. niedrigschwellige Gesprächsmöglichkeiten in Lebenskrisen oder bei Missbrauch von abhängigkeitsfördernden Substanzen), insbesondere zur Sekundär- bzw. Tertiärprävention (Eingliederungsmanagement, frühzeitige Behandlung und Rehabilitation, Vermeidung von Wiedererkrankung, Vermeidung von Frühverrentung) zur Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten auch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll.

Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen

Psychische und neuropsychiatrische Erkrankungen im Alter nehmen deutlich zu, werden jedoch häufig erst spät oder gar nicht erkannt. Bei erkannter Krankheit ist eine bedarfsgerechte psychiatrische und psychosoziale Hilfe nicht durchgängig gewährleistet. Familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsnetzwerke müssen gefördert und durch gemeindepsychiatrische Beratung gestärkt werden. Durch geeignete Frühmaßnahmen lässt sich der Verlauf der Erkrankungen oft positiv beeinflussen und der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögern.

Primärprävention

Die Prävention psychischer Erkrankungen muss Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umfassen.

Besonders hingewiesen sei auf eine Problematik bei der indizierten Primärprävention. Diese sollte einsetzen, wenn Störungen bzw. Frühwarnzeichen erkennbar sind, die auf eine hohe Gefährdung in Richtung einer psychischen Erkrankung hinweisen, aber noch keine Diagnose rechtfertigen. Verfrühte Diagnosen und evtl. darauf beruhende medikamentöse Behandlungen lösen Ängste bei den Betroffenen und im Umfeld aus, haben eine stigmatisierende Wirkung

und bergen – insbesondere bei falsch positiv identifizierten Risiko-Personen – die Gefahr der Verschlimmerung der Problematik bis hin zur Auslösung einer Erkrankung. Deshalb sind Problemlösungs- und Empowerment orientierte lebensweltbezogene Programme indiziert mit einer angemessenen Beachtung der weiteren Entwicklung.

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt der sekundären und tertiären Prävention ein großer Stellenwert zu. Aufgrund des zumeist reflexiven Zusammenhangs zwischen seelischer Störung und sozialer Interaktion können akute Krisen wie langdauernde Erkrankungen bei rechtzeitigen qualifizierten therapeutischen Interventionen – unter Einbeziehung des sozialen Umfelds – sich weitgehend zurückbilden, beim Ausbleiben adäquater Hilfen in wechselseitiger Verstärkung einen ungünstigen Verlauf nehmen. Auch nach einer Besserung oder Heilung ist oft eine fortdauernde niederfrequente therapeutische Begleitung erforderlich, manchmal nur als Hintergrunddienst oder in Form von offenen Kontaktstellen oder von Selbsthilfegruppen.

Dies gilt insbesondere für die Artikel 1 / § 20 SGB V aufgeführten Depressionserkrankungen. Zur Früherkennung und Frühintervention ist zu beachten, dass die Betroffenen bei Ersterkrankungen wie bei Rezidiven oder Chronifizierungen oft zunächst allgemeine (nicht-psychiatrische) medizinische oder soziale Dienste aufsuchen – Schulungsprogramme für dies Anbieter sind äußerst wirksam und eine vordringliche Aufgabe für Gemeinschaftsinitiativen.

Um die Vielzahl von notwendigen und beabsichtigten präventiven Maßnahmen zu koordinieren, ist es notwendig, regional hierzu im Gemeindpsychiatrischen Verbund eine verbindliche koordinierende Stelle zu schaffen, auch als Anlaufstelle für an Fragen der Prävention Interessierte (Nutzer/innen oder Anbieter/innen).

Aus:

WHO: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit
(verabschiedet 16. – 19. September 2013)

Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit: Ziele

18. Es wurden sieben Ziele formuliert, die vier Kern- und drei Querschnittsthemen betreffen und gemeinsam den Anwendungsbereich des Aktionsplans beschreiben. Zu jedem der Ziele werden Maßnahmen der Mitgliedstaaten und der WHO angeregt, die zu messbaren Ergebnissen in Theorie bzw. Praxis führen würden. Alle Maßnahmen sollten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene gemäß der vorhandenen Bedürfnisse und Mittel priorisiert werden.

19. Die vier Kernziele lauten:

a) Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.

b) Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.

c) Psychosoziale Dienste sollen zugänglich und bezahlbar sein und vor Ort dem Bedarf entsprechend verfügbar sein.

d) Allen Menschen steht eine respektvolle, sichere und wirksame Behandlung zu.

20. Die drei Querschnittsziele lauten:

e) Gesundheitssysteme sollen allen eine gute medizinische und psychiatrische Versorgung bieten.

f) Die Einrichtungen für psychische Gesundheit sollen in enger Abstimmung und Partnerschaft mit anderen Bereichen zusammenarbeiten.

g) Die Leitung und Erbringung der Angebote für die psychische Gesundheit erfolgen auf der Grundlage von Aufklärung und Wissen.

Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind

21. Regierungen und Bürger bewerten Wohlbefinden hoch und wollen es in der Politik berücksichtigt sehen. Psychisches Wohlbefinden bildet die Grundlage für Widerstandskraft, stärkt die Hoffnung auf eine bessere Zukunft und unterstützt die Fähigkeit, sich an Veränderungen anzupassen und mit Widrigkeiten fertig zu werden. In Zeiten großer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher
Belastungen sind Maßnahmen zur Stärkung des Wohlbefindens und zur Prävention psychischer Gesundheitsprobleme gerade für die schwächsten Gruppen unerlässlich.

22. Der Lebensstandard übt einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Bevölkerung aus. Allerdings wird das psychische Wohlbefinden auch vom Grad der Bestimmung über das eigene Leben, der Autonomie und der sozialen Eingebundenheit beeinflusst.

23. Die große Zahl von Menschen, die auf Grund psychischer Gesundheitsprobleme oder Behinderungen längere Zeit keiner Arbeit nachgehen können, stellt für viele Länder ein wachsendes Problem dar. Diese Gruppe hat eine besorgniserregend niedrige Rückkehrrate an den Arbeitsplatz vorzuweisen. Ein Gesamtpaket aus Förderung, Vorsorge und Maßnahmen am Arbeitsplatz flankiert durch gute Leitungspraktiken hat sich als wirksam erwiesen.

24. Es ist überzeugend belegt, dass angemessene soziale Unterstützung und soziale Einbindung, hierunter die Bereitstellung allgemeiner Wohlfahrt, die Sterblichkeit senkt. Außerdem treten negative Erscheinungen wie materieller Abstieg, fehlende Bildung, Arbeitslosigkeit, Drogen- und Alkoholmissbrauch, niedrige Lebenserwartung, psychische Störungen und Suizid oft gehäuft auf, unter Einzelpersonen ebenso wie unter Familien. Integrierte, umfassende Ansätze erweisen sich zusehends als wirksamer und kostengünstiger, als vereinzelte Maßnahmen. Derartige Ansätze erfolgen gezielt, berücksichtigen psychosoziale und kulturelle Faktoren vollständig, bauen positive Aspekte aus und negative Aspekte ab.

25. Einige Länder in der Europäischen Region machen von Mensch oder Natur verursachte Katastrophen durch, die zu enormem Stress und Leiden für eine große Anzahl von Personen führen. Angemessene Prävention bzw. frühzeitige Intervention kann die Widerstandskraft stärken und die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD), Depressionen, Angstzuständen, Substanzmissbrauchsstörungen, Gewalt und Suizid begrenzen helfen.

26. Die Regierungen sitzen am Schalthebel und können daher Bedingungen schaffen, die einzelne Bürger wie Gruppen zu selbstbestimmtem Handeln befähigen, ihr Wohlbefinden fördern und schützen und ihre Widerstandskraft stärken. Damit Ungleichheiten in Bezug auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden abgebaut werden, müssen universelle, integrierte und koordinierte Maßnahmen ergriffen werden, deren Umfang und Intensität aber im Verhältnis zu den Bedürfnissen der schwachen und benachteiligten Gruppen angepasst sein müssen. Manche Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Krankheit sind nachweislich wirksam und kostengünstig.

Ergebnisse

27. Ziel 1 soll zu folgenden Ergebnissen führen:

a) Erhöhtes Bewusstsein über psychisches Wohlbefinden und unterstützende Faktoren in der Lebensweise, in der Familie, am Arbeitsplatz, in Schule und Kindergarten sowie in der Gemeinschaft und der sie umgebenden Gesellschaft,

b) zusätzliche bedarfsgerechte Unterstützung der psychischen Gesundheit in der Versorgung vor und nach der Geburt, hierunter Untersuchung auf häusliche Gewalt und Alkoholmissbrauch,

c) Kapazitäten in der primären Gesundheitsversorgung zur erweiterten Förderung psychischer Gesundheit, zur Prävention und Früherkennung psychischer Krankheit und zur niedrigschwelligen psychologischen Unterstützung,
d) erhöhte Rückkehrrate an den Arbeitsplatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen,

e) verringerte Suizidraten in der Bevölkerung insgesamt sowie in durch Alter, Geschlecht, Ethnizität und andere Faktoren gefährdeten Untergruppen,

f) Vereinbarung und Umsetzung von Methoden zur lebenslangen Messung des Wohlbefindens und seiner Determinanten (neben denen für psychische Störungen).

Vorgeschlagene Maßnahmen

28. Folgende Maßnahmen werden für die Mitgliedstaaten vorgeschlagen:

In jeder Lebensphase

a) Entwicklung und Umsetzung von Präventionsstrategien gegen Suizid, welche die besten Erkenntnisse nutzen und den universellen Ansatz durch Aktivitäten zum Schutz gefährdeter Gruppen ergänzen,

Optimaler Start

b) Unterstützung für das Familienleben, für die Versorgung vor und nach der Geburt und für die Fähigkeiten von Eltern,

c) Angebot vorschulischer Erziehung und Aufforderung an die Eltern, den Wert des Zuhauses als Lernumfeld etwa beim Spielen, Vorlesen und gemeinsamen Essen zu erkennen,

d) Abbau negativer Kindheitserlebnisse (etwa Missbrauch, Vernachlässigung, Gewalt und Belastung durch Drogen- und Alkoholmissbrauch) durch Schärfung des Bewusstseins, Förderung der Anerkennung und Sicherung frühzeitigen Eingreifens,

Ausbildung und Fähigkeiten

e) Angebot universeller und gezielter Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen, hierunter Früherkennung emotionaler Probleme der Kinder und Eingreifen gegen Mobbing,

f) Bildungsansätze in Gebieten mit mehrfacher Benachteiligung, welche die gesamte Gemeinschaft erfassen und den Kreislauf aus Armut, Benachteiligung und schlechter Bildung durchbrechen,

g) Förderung lebenslangen Lernens und dadurch Verbesserung der Lese-, Rechenund Grundfähigkeiten derjenigen, die am stärksten benachteiligt und ausgeschlossen sind,

Beschäftigung (produktive und anerkannte Tätigkeit)

h) Anreize für Arbeitgeber zum Abbau psychosozialen und arbeitsbezogenen Stresses, zum Ausbau der Stressbewältigung und zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz durch einfache Programme,

i) Förderung einer optimalen Organisation von Arbeit und Arbeitszeit im Sinne eines ausgeglichenen Arbeitslebens,

Gesunde Orte, gesunde Gemeinschaften

j) Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung für alle Altersgruppen durch Sport und andere Aktivitäten und Angebot sicherer Spielorte für Kinder,

k) Förderung der Anlage und des Schutzes gesundheitsförderlicher Außenräume und des Kontaktes mit der Natur,

Würdevolles hohes Alter

l) Angebot von Lebenswelten und Nachbarschaften, die nach Auffassung der alten Menschen selbst sicher, bequem und zugänglich sind und ihre Teilhabe, Mobilität und Autonomie erleichtern,

m) Angebote des E-Lernens für ältere Menschen zur Erleichterung ihres Zutritts zu sozialen Netzwerken sowie Programme für ein frühzeitiges Eingreifen.

29. Die folgenden Maßnahmen werden für das WHO-Regionalbüro für Europa vorgeschlagen:

a) Stärkung des Bewusstseins von der Auswirkung sozialer Determinanten auf die psychische Gesundheit, der Bedeutung psychischer Gesundheit als mittelbarer Determinante und dem Beitrag der psychischen Gesundheit zur öffentlichen Gesundheit,

b) Aufzeigen von Interventionen und Entwickeln von Versorgungswegen für Prävention und frühe Intervention gegen schädlichen Stress und seine Konsequenzen auf Ebene der Person und der Gesellschaft,

c) Beitrag zur Förderung und Verbreitung geeigneter Bildungsprogramme, die Suizidprävention, Stigmatisierung und Diskriminierung, Alkohol- und Drogenkonsum und Demenz thematisieren,

d) Weitervermittlung der Erkenntnisse über wirksame Interventionen am Arbeitsplatz an die Mitgliedstaaten.

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(4)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
15.04.2015

Stellungnahme des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*

zum

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“

(Präventionsgesetz – PrävG)

(Drucksache 18/4282 vom 11.3.2015)

Stellungnahme des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*

zum

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Drucksache 18/4282 vom 11.3.2015)

gesundheitsziele.de ist seit nunmehr 15 Jahren der Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Der Kooperationsverbund umfasst inzwischen über 120 Akteure des Gesundheitswesens und darüber hinaus. Zu ihnen zählen gesetzliche und private Kostenträger, Leistungsanbieter, Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaftseinrichtungen ebenso wie der Bund, Länder und Kommunen. Alle Akteure haben sich in einer gemeinsamen Erklärung dazu verpflichtet, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten ihre eigenen Aktivitäten an den Gesundheitszielen auszurichten und zielführende Maßnahmen in ihren Verantwortungsbereichen umzusetzen.

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* begrüßt den Eingang der nationalen Gesundheitsziele in den vorliegenden Gesetzesentwurf und sieht die Nennung als Wertschätzung der bislang erarbeiteten Inhalte. Zu den vorgeschlagenen Einzelnormen nimmt der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wie folgt Stellung:

Zu § 20 Abs. 3

Berücksichtigung der Weiterentwicklung von Gesundheitszielen im Gesetzesentwurf

Nationale Gesundheitsziele zielen auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und auf die Optimierung von Strukturen ab, die Einfluss auf die Gesundheit und die Krankenversorgung haben. Sowohl die Gesundheit der Bevölkerung als auch bestehende Versorgungsstrukturen unterliegen jedoch einem fortlaufenden Wandel. Der Gesundheitszieleprozess trägt dieser Dynamik Rechnung, indem Gesundheitsziele einen kontinuierlichen Aktionszyklus durchlaufen. Dieser beginnt mit der Auswahl eines Gesundheitsziels anhand einer Kriterienanalyse, umfasst die Zielformulierung, Verabschiedung und Umsetzung eines Gesundheitsziels, seine nachgelagerte Evaluation unter Berücksichtigung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen sowie gegebenenfalls die Aktualisierung des Gesundheitsziels oder ausgewählter Teilziele. Die Nennung der bislang verabschiedeten sieben Gesundheitsziele in ihrer aktuellen Fassung im Gesetzesentwurf verschließt oder erschwert neuen oder aktualisierten Gesundheitszielen den Weg in die Umsetzung. So können in der derzeitigen Gesetzeslogik die beiden neuen, noch in der Entwicklung befindlichen Gesundheitsziele „Patientensicherheit“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ ohne eine weitere Gesetzesänderung keine den anderen Gesundheitszielen vergleichbare Berücksichtigung finden.

Vorschlag:

Um der erforderlichen Dynamik des Gesundheitszieleprozesses Rechnung zu tragen, regt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* an, im „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ auf die Nennung einzelner Gesundheitsziele zu verzichten und an ihrer Stelle auf die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* als solche Bezug zu nehmen oder, bei Aufrechterhaltung eines zunächst statischen Verweises auf die bestehenden Gesundheitsziele, über eine Verordnungsermächtigung an das BMG eine flexible Anpassung der gesetzlichen Grundlagen für Präventionsmaßnahmen an den Gesundheitszieleprozess zu gewährleisten.

Zu § 20 e

Berücksichtigung eines strukturierten Austausches mit dem Gesundheitszieleprozess

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ sieht die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz vor, die die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wahrnimmt. Ebenfalls sieht der Gesetzesentwurf vor, dass sich die Nationale Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung von Aufgaben von Dritten unterstützen lassen kann, etwa durch den Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* im Rahmen der Fortschreibung gemeinsamer Ziele. Als Verantwortlicher für den Gesundheitszieleprozess hält der Kooperationsverbund eine Verankerung seiner Struktur in der Nationalen Präventionskonferenz für erforderlich. Diese kann der Erreichung von Synergien und der Vermeidung von Doppelstrukturen dienen.

Vorschlag:

Um in einen regelmäßigen und strukturierten Austausch hinsichtlich der nationalen Präventionsstrategie eingebunden zu sein und zu diesem seine Expertise beitragen zu können, regt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* an, dass seine ständige Mitgliedschaft, gegebenenfalls im Rahmen eines Gaststatus, in der Nationalen Präventionskonferenz vorgesehen wird.

Darüber hinaus gibt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* folgende Anregung:

Berücksichtigung der Notwendigkeit einer verlässlichen Struktur für den Gesundheitszieleprozess im Gesetzesentwurf

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ist seit Beginn des nationalen Gesundheitszieleprozesses im Jahr 2000 angesiedelt bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. Die GVG e.V. ist die Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland. Mitglieder der GVG e.V. sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie die Wissenschaft. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* koordiniert fachlich-konzeptionell und organisatorisch alle Stufen des Gesundheitszieleprozesses. Dies umfasst die Betreuung der Fach- und Leitungsgremien ebenso wie die Öffentlichkeitsarbeit und das Berichtswesen an die Trägerorganisationen. Die Arbeit an den Gesundheitszielen ist ohne diese unterstützende Struktur nicht möglich. Die Finanzierung dieses Prozesses erfolgt derzeit für jeweils dreijährige Arbeitsperioden auf freiwilliger Basis durch die Trägerorganisationen. Der „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ weist dem Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* nunmehr eine wichtige Aufgabe zu, die nur durch eine dauerhaft gesicherte Struktur sicher gewährleistet werden kann.

Vorschlag:

Um auch zukünftig die fachliche und organisatorische Begleitung des Gesundheitszieleprozesses sicherzustellen, regt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* an, dass im „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ die Aufrechterhaltung und verlässliche Finanzierung einer Struktur für die Begleitung des Gesundheitszieleprozesses Erwähnung findet.

Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(12)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

Stellungnahme des Gesunde Städte-Netzwerkes der Bundesrepublik Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

Das Gesunde Städte Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Städten, Kreisen und Regionen. Es hat sich der Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Lebenswelten im besonderen Maße verschrieben. Wir begrüßen die beabsichtigte Verbesserung bundeseinheitlicher Normen und Standards und halten sie für absolut zeitgemäß und überfällig.

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO lassen sich die *Gesunden Städte* und ihr Netzwerk von folgenden Gedanken leiten:

1.Gesundheit wird von vielen geschaffen
Der Akt zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention bedarf eines Gesetzes, das Initiativen und Engagements ermutigt und der Verankerung als intrakommunaler Querschnittsaufgabe Rechnung trägt. Gesundheitsförderung und Prävention gelingen vor Ort – oder nicht.

2. Kommunen sind entscheidende Partner
Kommunen sind die erste Instanz erlebbarer Demokratie und vitaler Partizipation – seien es z. B. umweltfreundliche Initiativen, aktive Selbsthilfegruppen, freie Träger der Wohlfahrt oder öffentlich begleitete Netzwerke – für Menschen in jeder Lebensphase und unterschiedlichen Sozialräumen. Sie erbringen hohe Eigenleistungen zur Erhaltung und Verbesserung von Kompetenzen, die der Gesundheit und der Lebensqualität der Menschen dienen. Es gilt, ihr Potenzial zu nutzen und ihre koordinierende Kraft zu fördern, wenn Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten ankommen und über ‚Projektitis' hinaus nachhaltig wirken sollen.

3. Überregionale Gesamtkonzepte vereinbaren
Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände können regional abgestimmte und die Gebietskörperschaften verbindende Strategien forcieren und auszeichnen – solche, die strukturelle Bausteine der Gesundheitsförderung und Prävention über gesetzliche Sektoren hinweg aufspannen und fachlich gezielte Schwerpunkte für sozialbenachteiligte Quartiere setzen, auch im Zusammenspiel u.a. mit Förderprogrammen der Sozialen Stadt. Gerade die Zielgruppe benachteiligter Menschen kann über derartige vernetzte Strategien wirkungsvoll erreicht werden. Eine nach § 20 a, Abs. 3 geplante Beauftragung an die BZgA, ab 2016 kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zu erbringen und dafür "geeignete Kooperationspartner" heranzuziehen, klingt sehr beliebig. Hier bedarf es zwingend einer Kooperation mit kommunalen Trägern.

4. Netzwerke fordern und fördern
Ohne lebensbegleitende Netzwerke vor Ort wird es keinen durchschlagenden Erfolg für datenbasiertes gesundheitsförderliches Handeln der Akteure (Ämter, Träger, Betriebe, Vereine, Gruppen, Initiativen und Institutionen) geben. Die substantielle Förderung von kommunal und regional verankerten Netzwerken – wie sie einige Bundesländer schon heute vorsehen und vornehmen – darf und soll im Rahmen des Gesetzes als best practice-Beispiel genannt und verankert werden.

5. Gesundheitsziele
In vielen Bundesländern gibt es Landes- und kommunale Gesundheitskonferenzen, in denen adäquate Gesundheitsziele und Strategien erarbeitet, verabschiedet und umgesetzt werden. Die Festlegung auf bestimmte Gesundheitsziele, wie in § 20 vorgesehen, greift zu kurz. Eine zukünftige nationale Präventionsstrategie muss die „Vor-Ort-Arbeit" kennen, aufgreifen und zu einer übergreifenden Zielsetzung verbinden. Nur dann werden Gesundheitsziele die Chance haben, auch im kommunalen Raum wahrgenommen und berücksichtigt zu werden.

6. Nationale Präventionskonferenz
Mit nur einer beratenden Stimme der kommunalen Spitzenverbände in der Nationalen Präventionskonferenz werden die bereits jetzt schon existierenden, dem Gesetz entgegen arbeitenden öffentlichen Dienste, Leistungen und Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention nicht hinreichend gewürdigt. Das wäre zu ändern.
Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland könnte Erfahrungen aus der Praxis und fachlichen Rat in die Nationale Präventionskonferenz einbringen und würde als beratendes Mitglied in der gem. § 20 e einzurichtenden Nationalen Präventionskonferenz zur Verfügung stehen.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben."
Aus: Charta der WHO, Ottawa 1986

Vor diesem Hintergrund plädieren die *Gesunden Städte* für die nachfolgenden **Ergänzungen oder Änderungen** zum vorliegenden Referentenentwurf:

zu § 2b — Geschlechts- **und alterns**spezifische Besonderheiten
„Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechts- **und alterns**spezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen."

Kurzbegründung:
Der demographische Wandel sollte im PrävGesetz seinen Niederschlag finden und die potenzielle Diskriminierung des Alters ausschließen.

zu § 20 — Absatz (4) – Leistungen nach Absatz (1) werden erbracht als

4.(neu) **Leistungen an koordinierende Netzwerke der Gesundheitsförderung und Prävention in Form der Beteiligung nach Punkt 1-3**

Kurzbegründung:
*§ 20a signalisiert, gesundheitsförderliche Strukturen zu fördern. Sektoren übergreifende, Lebensspannen umfassende Netzwerke **vor Ort** - nicht allein auf Landesebene - sind dafür erfolgsentscheidend, die Mitwirkung der Kassen ausdrücklich erwünscht. Dabei kann und soll die Beteiligungswahl mit erkennbaren Eigenanteilen der öffentlichen Verantwortungsträger, z. B. der Kommune, verknüpft sein. Vgl. neu § 20 a, Abs. (2)*

zu § 20 b Absatz (3) - Leistungen in Betrieben

Einschub am Ende von Satz 2:
... und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt**; dabei ist es zulässig, Maßnahmen und den Aufbau neuer Strukturen in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung über den Einzelanteil an Versicherten hinaus angemessen zu fördern.**

Kurzbegründung:
Es soll und muss ausgeschlossen werden, dass die Leistung, für die sich eine Kasse entscheidet, nur im Anteil ihrer Versicherten zur Wirkung kommen darf.

zu § 20 d Nationale Präventionsstrategie

Einschub am Ende von Absatz (1), neuer Satz 2:
Bei der Formulierung der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie sollen zum Zweck der späteren Umsetzungswirksamkeit die erkennbaren länderspezifischen bzw. regionalen Ausprägungen – z. B. in der sozialen und gesundheitsförderlichen Chancengerechtigkeit – Berücksichtigung finden; Vertreter der Bundesländer und der Kommunalen Spitzenverbände sind dafür hinzu zu ziehen.

Kurzbegründung: selbst erklärend.

zu § 20 e Nationale Präventionskonferenz

Einschub 1. Absatz Satz 6 Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände, **das Gesunde Städte-Netzwerk** und die repräsentativen Spitzenorganisationen…

zu § 20 f Absatz (2) – Landesrahmenvereinbarung

5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe, **darüber hinaus mit solchen öffentlichen Bereichen, die auf die Lebenswelten maßgeblich einwirken,**

Kurzbegründung:
Beim Gesund Älter werden obliegt vielfach den Sozialämtern die öffentliche Federführung, bei den Programmen Soziale Stadt den Bereichen von Stadtentwicklung und Stadterneuerung. Die Rahmenvereinbarung sollte die Möglichkeiten dieser Bereiche, gesundheitsförderlich zu wirken, nicht außer Acht lassen.

zu § 65 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten:

In der Neufassung wird aus der "kann" eine "soll"-Bestimmung: Die Krankenkassen sollen in ihrer Satzung Boni als finanziellen Anreiz für die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie die Teilnahme an zertifizierten Präventionsmaßnahmen regeln. Erfahrungsgemäß kommen individuelle Präventionsangebote v.a. den gebildeten Schichten zugute. Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit könnte durch die Boni-Regelung daher noch verstärkt werden. Anders ist dies evtl. für Boni im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu sehen, da die Angebote im Setting tendenziell eine breitere Akzeptanz erfahren.

zu SGB XI § 5

Die Änderung des SGB XI, § 5 "Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation" erfasst nicht die pflegebedürftigen Personen, die im häuslichen Umfeld betreut und versorgt werden. Wichtig wäre, wäre, im ambulanten Bereich ebenfalls Leistungen zur "Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen..." in aufsuchender Form (Hausbesuche) vorzusehen.

Regionen, Kreise, Städte und Gemeinden sind die bürgernahe Instanz für grundlegenden Erfolg und eine nationale Nachhaltigkeitsstrategie. Mit seiner langjährigen Erfahrung als Vor-Ort-Treiber für Gesundheitsförderung und Prävention steht das mit den entscheidenden Beteiligten auf vielfältige Weise verbundene Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland dem Bundesministerium für Gesundheit, aber auch den das Gesetz beratenden Fraktionen und Ausschüssen zur Seite, der vorgesehenen Nationalen Präventionskonferenz auch gern in beratender Funktion.

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
Geschäftsführung
Dr. Claus Weth

Gesundheitsamt der Stadt Münster
Stühmerweg 8
48147 Münster

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(25)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 11.03.2015 Drucksache 18/4282

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Stellungnahme zum Gesetz 9

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 9

§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung 9
§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten 10
§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten 11
§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 12
§ 20a Absatz 1 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 23
§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung 31
§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 32
§ 20d Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionsstrategie 33
§ 20e Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionskonferenz 38
§ 20f Absatz 1 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie 42
§ 20g Absatz 1 (neu) – Modellvorhaben 45
§ 20c – Förderung der Selbsthilfe 47
§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen 48
§ 23 Absatz 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen 49
§ 24d Satz 1 – Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe 53
Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels 57
§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen 58
§ 26 – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche 61
§ 65a Absatz 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 64
§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer 67
§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte 69
§ 140f Absatz 2 (neu) – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten 70
§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen 71

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 72

§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 72
§ 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 73
§ 20b Absatz 1 Satz 2 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung 74

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) 78

§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen 78

Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch) 79

§ 14 – Grundsatz 79
Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch) 80
§ 16 Absatz 2 Nr. 1 – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie 80
§ 45 Absatz 2 – Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung 81
Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 82
§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 82
§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 84
§ 18a Absatz 1 Satz 1 – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung; Berichtspflichten 85
§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 86
§ 113a – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege 87
Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 88
§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 88
Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes) 89
§ 34 – Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes 89
Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) 90
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben 90
III. Ergänzender Änderungsbedarf 91
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 91
§ 20 Absatz 7 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 91
§ 24f Satz 2 (neu) – Entbindung 92
§ 62 – Belastungsgrenze 95

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die grundsätzlichen Zielsetzungen des Gesetzentwurfes. Die GKV tritt dafür ein, die Gesundheit ihrer Versicherten zu fördern, zu erhalten und im Falle von Beeinträchtigungen wiederherzustellen. Das Vorherrschen nichtübertragbarer chronischer Krankheiten im Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum einer Gesellschaft des langen Lebens macht die Stärkung vorbeugender, auf die Verminderung von Risiken und auf die Stärkung gesunderhaltender Rahmenbedingungen bezogener Interventionen zu einem Gebot der Vernunft. Der Schutz vor Krankheiten und die Förderung gesundheitlicher Ressourcen in allen Lebensphasen und Lebensbereichen müssen daher einen größeren Stellenwert als bisher erhalten.

Die GKV ist seit Jahren ein verlässlicher Erbringer und Finanzier hochwertiger präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen, vom Impfen über die Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben, die primäre Verhaltensprävention, die Früherkennung von Krankheiten, die medizinische Vorsorge bis hin zu den tertiärpräventiven Patientenschulungen für chronisch Kranke. Zusammen wenden die Krankenkassen für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen ca. fünf Milliarden Euro jährlich auf.

Prävention und Gesundheitsförderung gehen jedoch weit über das Spektrum der von der GKV finanzierten Leistungen hinaus, sie bilden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der zahlreiche Akteure – die gesetzlichen Sozialversicherungen, die Arbeitgeber, die private Kranken- und Pflegeversicherung und insbesondere die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen – beteiligt bzw. zu beteiligen sind. Die Notwendigkeit eines zielorientierten und koordinierten Zusammenwirkens zeigt sich besonders intensiv bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Lebenswelten wie Kommunen, Schulen, Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen und Betriebe besitzen große und vielfach noch unausgeschöpfte Potenziale für eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung im Sinne der Verhältnisprävention. Gleichzeitig können hier Personen auch mit verhaltenspräventiven Maßnahmen erreicht werden, die von sich aus Angebote mit einer „Komm-Struktur“ nicht oder nur selten nutzen würden. Die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung kann aber nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn die o. g. Akteure zu verbindlichen Aufgaben inhaltlich und finanziell verpflichtet werden.

Die GKV unterstützt den Grundgedanken des Gesetzentwurfs, das Zusammenwirken aller für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – einschließlich Betrieben – zuständigen Träger durch die Verständigung auf gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsmaßstäbe sowie Kooperationsregeln zu stärken, Transparenz über die erbrachten Leistungen zu schaffen und

die Versorgung durch Erprobungen neuartiger Ansätze zu verbessern. Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie unter Berücksichtigung landesspezifischer Bedarfslagen sowie zu den Modellvorhaben für die Erprobung neuer Ansätze bilden eine mögliche Struktur zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Sie besitzen das Potenzial für eine deutliche Steigerung von Zielorientierung, Kooperation, Qualität, Transparenz und Breitenwirkung der lebensweltbezogenen – einschließlich betrieblichen – Prävention und Gesundheitsförderung. Begrüßt wird, dass mit den vorgesehenen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen die Einheit von Steuerungs- und Finanzverantwortung gewahrt bleibt und keine Mischfinanzierung und -verwaltung stattfindet. Allerdings besteht für die Erarbeitung der trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen sowie die Abstimmungen mit den gesetzlich vorgesehenen Partnern ein größerer Zeitbedarf als der Gesetzentwurf derzeit vorsieht. Zudem kann rein logisch nicht erst eine Vereinbarung mit der BZgA bis zum 30.10.2015 geschlossen werden, die die Regelungen der Landesrahmenvereinbarungen beinhalten soll, diese Landesrahmenvereinbarungen aber die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen haben, die bis zum 31.12.2015 in der Nationalen Präventionskonferenz entwickelt werden sollen.

Der GKV-Spitzenverband bedauert, dass in einzelnen Paragrafen Regelungen enthalten sind, die entweder fachlich nicht gerechtfertigt sind, die Selbstverwaltungskompetenzen der Krankenkassen unnötig einschränken oder eine Schieflage bei der Verteilung der finanziellen Lasten erzeugen.

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf werden nur die GKV als bereits jetzt größter Ausgabenträger und die soziale Pflegeversicherung zu Mehrleistungen für Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet. Die ausschließliche Konzentration auf GKV und soziale Pflegeversicherung wird dem gesamtgesellschaftlichen Charakter von Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerecht. Derzeit besteht darüber hinaus eine erhebliche Ungleichbehandlung von GKV und PKV, da die gesetzlich Versicherten und ihre Arbeitgeber die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen auch für die privat Versicherten finanzieren. Solange die lediglich freiwillige Beteiligungsmöglichkeit der privaten Krankenversicherung an lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und damit an der Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz bestehen bleibt, wird sich an der beschriebenen Ungleichbehandlung nichts ändern. Daher sollten weitergehende Möglichkeiten eruiert werden – gesetzlich oder über eine Selbstverpflichtung wie etwa im Bereich der Lebendorganspende –, die PKV einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend den auch für die GKV geltenden Grundsätzen an der Gestaltung und Fi-

nanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten einschließlich Betrieben zu beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, insbesondere für kleine und mittlere Betriebe Information und Zugangsmöglichkeiten zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Für die Stärkung einer kassenübergreifenden Information von Betrieben über die Angebotspalette der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die vorgesehene Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen sinnvoll. Allerdings sind für die Verbesserung von Transparenz und Koordination der Träger in der betrieblichen Gesundheitsförderung keine neuen Strukturen, wie die geplanten Koordinierungsstellen, erforderlich. Zur Lösung dieser Aufgaben sollten vielmehr geeignete Strukturen, wie z. B. die bereits existierenden Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in den Bundesländern, genutzt werden.

Begrüßt wird auch eine systematische Vorgehensweise bei der Zieldefinition unter Einbeziehung relevanter bestehender Präventionsziele. Die vorgesehene gesetzliche Verpflichtung der GKV zur Berücksichtigung der in „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Ziele in den Kriterien und Handlungsfeldern ist jedoch in der vorgesehenen Form inkonsistent und überflüssig. Diese Ziele sind nur teilweise auf Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet. Ferner würde die explizite Nennung aller einzelnen Ziele im Gesetzestext bei Vereinbarung eines neuen Gesundheitsziels jeweils eine Gesetzesänderung erfordern. Dies hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf vom 06.02.2015 angemerkt. Sachgerecht wäre es dagegen, wenn die GKV im Rahmen ihrer Kriterien und Handlungsfelder (Leitfaden Prävention) auf epidemiologisch und gesundheitswissenschaftlicher Basis Ziele definiert und dabei die im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie erarbeiteten Ziele sowie die Ergebnisse von Ziele-Initiativen von nationaler Bedeutung wie z. B. „gesundheitsziele.de“ berücksichtigt.

Die verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Durchführung von kassenübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten wird strikt abgelehnt. Die Krankenkassen wirken bei ihren primärpräventiven Maßnahmen in Lebenswelten gemeinsam mit den für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Trägern und weiteren Partnern auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten sowie auf die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen der betreffenden Menschen hin. Durch die Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen und zur Finanzierung der entsprechenden Leistungen im Bereich der GKV wird die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung umfassend gestärkt. Daher bedarf es keiner konkurrierender Strukturen auf der Bundesebene, die weder den Bedarf noch die Strukturen vor Ort kennen. Die BZgA hat als nachgeordnete Bundesbehörde im Ge-

schäftsbereich des BMG den Auftrag, die Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und die Möglichkeiten ihrer Verhütung zu informieren. Hierfür wird sie vom Bund finanziert. Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, mag dies ein sinnvolles Ziel sein. Die hierfür notwendigen Mittel sind dann aber auch vom Bund zu finanzieren. Die vorgesehene Regelung unterstützt entgegen dem Wortlaut des Gesetzes und entgegen der Begründung nicht die Krankenkassen bei der Umsetzung von Maßnahmen, sondern entzieht sie ihnen. Sie produziert unnötige Bürokratie mit langen Unterbeauftragungsketten – vom GKV-Spitzenverband an die BZgA und von dort weiter an Unterauftragnehmer –, ist intransparent und erschwert die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes. Außerdem stellt sich die Frage, ob durch die vorgesehene Zwangsbeauftragung der BZgA nicht das Vergaberecht umgangen wird, da Aufträge für Leistungen, die die Krankenkassen nicht selbst erbringen, bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen grundsätzlich auszuschreiben wären. Damit ist die vorgesehene Beauftragung der BZgA weder fachlich geboten noch ordnungspolitisch nachvollziehbar; sie verletzt auch das Selbstverwaltungsprinzip. Für die Stärkung eines kassenübergreifenden Vorgehens bei der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung bedarf es keiner Beauftragung der BZgA. Mit einem entsprechenden gesetzlichen Auftrag, der in dieser Stellungnahme unterbreitet wird, kann die GKV dies in Eigenverantwortung regeln.

Auch die gesetzliche Übertragung der Geschäftsführungsfunktion der Nationalen Präventionskonferenz auf die BZgA wird abgelehnt. Sie bedeutet eine Verletzung des Selbstverwaltungsprinzips der Sozialversicherung. Die stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz übernehmen die Gewähr für eine zuverlässige und effiziente Geschäftsführung, ohne dass es hierzu einer gesetzlichen Festlegung auf eine bestimmte Institution bedürfte. Stattdessen sollte die Nationale Präventionskonferenz gesetzlich im Kontext der Verabschiedung einer Geschäftsordnung auch mit der Bildung einer Geschäftsstelle beauftragt werden.

Die präventionsbezogene Beratung von Versicherten ist bereits heute Bestandteil von ärztlichen Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen. Die im Referentenentwurf enthaltene Klarstellung ist jedoch zu begrüßen, um die Bedeutung der individuellen Verhaltensprävention zu unterstreichen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings sollte in der Präventionsempfehlung nur auf qualitätsgesicherte und zertifizierte Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 SGB V (neu) hingewiesen werden. Da der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung von Experten durchaus kritisch diskutiert wird, spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung aus. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begut-

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten nur Verfahren zur Anwendung kommen, deren medizinischer und bevölkerungsbezogener Nutzen nachgewiesen ist.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung erweitert die Kernaufgaben der Krankenversicherung um die Förderung gesundheitlicher Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung bringt die in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung von der GKV bereits verfolgte Zielsetzung zum Ausdruck: Die Leistungen sind auf die Entwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen der Versicherten gerichtet und tragen damit zu einer Förderung gesundheitlicher Eigenkompetenz und Eigenverantwortung bei.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist.

B) Stellungnahme

Nach § 2 Absatz 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§ 12 Absatz 1 SGB V). Krankenkassen und Leistungserbringer haben gemeinsam eine bedarfsgerechte, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 70 Absatz 1 SGB V). Insbesondere im Rahmen dieser Leistungsgrundsätze des SGB V ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 wird die Übersicht der Leistungsarten entsprechend den Änderungen in §§ 25 und 26 SGB V angepasst. Versicherte haben künftig Anspruch auf Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 14 und 15 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung vorzusehen. Damit wird die bisherige Soll-Leistung in eine Pflichtleistung überführt. Erstmalig werden Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) und zur Gesundheitsförderung differenziert. Die bisherigen Zielstellungen der Primärprävention – Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen – werden beibehalten und um den Aspekt der Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheiten ergänzt. Grundlage der Leistungen sind die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Absatz 2 (neu).

B) Stellungnahme

Die begriffliche Differenzierung in Primärprävention und Gesundheitsförderung ist sachgerecht. Alle Krankenkassen sehen in ihren Satzungen entsprechende Leistungen für ihre Versicherten vor. Die Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung als eine „verpflichtende Satzungsleistung“ entspricht damit der von den Krankenkassen seit Jahren gelebten Praxis. Indem die Leistungen so ausgestaltet werden, dass sie sowohl zur Minimierung von Krankheitsrisiken als auch zur Ressourcenstärkung beitragen, können sie ihre Effektivität steigern. Gesundheitsförderung umfasst neben der Entwicklung persönlicher Kompetenzen auch die Stärkung sozialer Gesundheitsressourcen, wie z. B. eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen und die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen.

Der mit Primärpräventions- und Gesundheitsförderung auch zu erbringende Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist insbesondere dann zu leisten, wenn Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen verankert werden. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben. Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte; auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum haben einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen. Je-

doch gehören Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, nicht zu den vordringlichen Zielgruppen für präventive und gesundheitsförderliche Leistungen, da mit diesen Leistungen einer Entstehung gesundheitlicher Einschränkungen vorgebeugt werden soll. Für diesen Personenkreis eignen sich primär therapeutische und/oder rehabilitative Leistungen. Die Bezugnahme auf die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Leitfaden Prävention) als Grundlage der Leistungen ist im Interesse der Qualitätssicherung sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 20 Absatz 2 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen festzulegen. Der dabei einzubeziehende unabhängige Sachverstand wird konkret benannt: Insbesondere soll gesundheitswissenschaftlicher, ärztlicher, arbeitsmedizinischer, pflegerischer, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Sachverstand sowie der Sachverstand von Menschen mit Behinderung einbezogen werden.

Die Handlungsfelder und Kriterien sollen neben Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt und Methodik künftig auch Qualität, intersektorale Zusammenarbeit, wissenschaftliche Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele definieren. Der GKV-Spitzenverband soll außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen festlegen, um eine einheitliche Qualität der Leistungen sicherzustellen. Die Handlungsfelder, die Anforderungen und das Verfahren für die Zertifizierung sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen sind auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes zu veröffentlichen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband hierzu und für den gemäß § 20d Absatz 2 Nummer 2 (neu) zu erstellenden Präventionsbericht die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ihm die erforderlichen, nicht versichertenbezogenen Daten zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der gesetzliche Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen zu definieren sowie die dabei verpflichtende Einbindung unabhängigen Sachverstandes entsprechen der bisher bestehenden Gesetzeslage und der seit Jahren bewährten Praxis (Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung). Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Beratenden Kommission immer anlass- und themenbezogen den Sachverstand unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, z. B. Sport-, Ernährungs-, Gesundheitswissenschaft oder Psychologie, einbezogen. Die vorgesehene Konkretisierung entspricht damit der bereits in der Vergangenheit geübten Praxis. Auf die Benennung von wissenschaftlichen Disziplinen im Gesetz sollte allerdings verzichtet werden; wie bisher sollten spezifische

Wissenschaftsdisziplinen themen- bzw. anlassbezogen in die Beratung einbezogen werden. Auch der Sachverstand von Menschen mit Behinderung sollte anlassbezogen eingebunden werden, um deren Erfahrungswissen aus eigener Betroffenheit für spezifische Fragestellungen nutzen zu können. Hierauf könnte z. B. in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden. Im Übrigen werden Fachverbände im geplanten Präventionsforum nach § 20e Absatz 2 beratend von der nationalen Präventionskonferenz einbezogen; die hier zu entwickelnde Präventionsstrategie wird in den Handlungsfeldern und Kriterien berücksichtigt.

Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Definition von weiteren Kriterien für die Leistungserbringung – Qualität, intersektorale Zusammenarbeit, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung – erscheint sinnvoll; hierzu gibt der Leitfaden Prävention bereits Empfehlungen, die als Basis für die Festlegungen dienen können.

Der Auftrag zur Festlegung von Anforderungen und Verfahren für eine einheitliche Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen zur Stärkung der Qualität der primärpräventiven Leistungen operationalisiert die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien. Bei dieser Aufgabe kann der GKV-Spitzenverband an die bereits bestehenden Strukturen und Erfahrungen mit einer kassenübergreifenden Angebots- und Anbieterprüfung im Rahmen der Zentralen Prüfstelle Prävention anknüpfen. Es sollte klargestellt werden, dass sich die Zertifizierung – wie in der Gesetzesbegründung dargelegt – auf Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention bezieht.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Handlungsfelder und Kriterien spiegelt die bestehende Praxis wider; die Handlungsfelder und Kriterien sind u. a. auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes einsehbar. Die zu veröffentlichende Übersicht der Leistungen kann in Anknüpfung an die bereits geleisteten Vorarbeiten zur weiteren Verbesserung der Transparenz auf diesem Feld beitragen.

C) Änderungsvorschlag

In § 20 Absatz 2 Satz 1 (neu) werden hinter dem Wort „unabhängigen“ das Komma und die Wörter „insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen“ sowie die Wörter „sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung“ gestrichen.

In § 20 Absatz 2 Satz 2 (neu) werden hinter dem Wort „Leistungen“ die Wörter „zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet den GKV-Spitzenverband, bei der Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien im Gesetzestext explizit genannte Gesundheitsziele (z. B. Erkrankungsrisiko für Diabetes mellitus Typ 2 senken, Tabakkonsum reduzieren) zu berücksichtigen. Hierbei sollen die Ziele und Teilziele beachtet werden, die in verschiedenen veröffentlichten Bekanntmachungen (BAnz. S. 5304, BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Berücksichtigt werden sollen zudem die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelten Arbeitsschutzziele.

B) Stellungnahme

Die Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte sich an Zielen ausrichten, die nach einer anerkannten Methodik – auf epidemiologischer und gesundheitswissenschaftlicher Basis – und in Abstimmung mit und unter Berücksichtigung von Zieleprozessen und -initiativen von bundesweiter Bedeutung erarbeitet werden. Mit der von der GKV seit 2007 gewählten Vorgehensweise werden Präventionsziele auf der Grundlage der wichtigsten Krankheiten, ihrer Risikofaktoren und grundsätzlichen Prävenierbarkeit sowie der Verfügbarkeit effektiver und effizienter Maßnahmen bestimmt; Gesundheitsförderungsziele werden unter Rückgriff auf wissenschaftliche Erkenntnisse über Gesundheitsfaktoren abgeleitet. Auf dieser Grundlage werden geeignete präventive Leistungen nach Inhalt, Methode und Qualität definiert und im dritten Schritt aus diesem Katalog möglicher Leistungen für einige dieser Leistungen unter Beachtung der gesetzlichen Zuständigkeiten auch anderer Träger Zielvorgaben für einen quantitativen Ausbau und ggf. für eine qualitative Optimierung formuliert. Die in dieser Weise unter Einbindung wissenschaftlichen Sachverstandes erarbeiteten GKV-Ziele sind synergetisch zu den in anderen Zusammenhängen erarbeiteten nationalen Zielen (zusätzlich zu gesundheitsziele.de auch Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), Nationaler Aktionsplan IN FORM, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit). Diese Vorgehensweise sollte beibehalten werden.

Die konkrete Nennung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele und Teilziele im Gesetzestext als zu berücksichtigende Ziele für die Festlegung der Handlungsfelder ist nicht sinnvoll und wird abgelehnt. Diese Ziele und Teilziele be-

treffen nur teilweise die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung und gehen weit über die in diesem Leistungsspektrum relevante Aufgabenstellung der Krankenkassen hinaus, was auch in der Gesetzesbegründung konzediert wird. Ferner hätte die Verabschiedung neuer Gesundheitsziele jeweils Gesetzesänderungen zur Folge, wie auch der Bundesrat kritisch angemerkt hat.

Die Regelung sollte stattdessen den Prozess der Zieledefinition festlegen, nicht aber zu berücksichtigende Ziele benennen. Auf einzubeziehende Zieleinitiativen von bundesweiter Bedeutung, wie gesundheitsziele.de, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), Nationaler Aktionsplan IN FORM, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, kann in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 Absatz 3 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 definiert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in einem systematischen Prozess auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis. Dabei berücksichtigt er die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie weitere Zieleinitiativen von bundesweiter Bedeutung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 4 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung differenziert die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung in drei Bereiche: Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

B) Stellungnahme

Die Differenzierung der primärpräventiven Leistungen nach verhaltensbezogener Prävention, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutet eine Klarstellung der Leistungen, so wie sie von den Krankenkassen seit Jahren erbracht werden. Sie entspricht der Gliederung im GKV-Leitfaden Prävention und ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Satz 1 hat die Krankenkasse bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen" nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 (neu) oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen.

Satz 2 ermöglicht es Krankenkassen – wie bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 Satz 2 – zukünftig, im Rahmen ihrer Satzung Zuschüsse zu den „übrigen Kosten" (Verpflegung/Unterkunft) für Versicherte im Zuge einer Inanspruchnahme wohnortferner Primärpräventionsmaßnahmen vorzusehen. Die Regelung zielt auf die bessere Erreichung von Versicherten mit besonderen Arbeitszeiten oder familiären Verpflichtungen durch primärpräventive Maßnahmen, die oftmals nicht an regelmäßig stattfindenden Präventionsmaßnahmen am Wohnort teilnehmen können.

B) Stellungnahme

Präventionsempfehlungen durch Vertragsärzte im Rahmen ihrer Leistungen nach § 25 bzw. § 26 sind ein Zugangsweg, der bereits jetzt in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 verankert ist. Sie müssen auch zukünftig im Rahmen der G-BA-Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchungen erfolgen und an die im GKV-Leitfaden definierten Handlungsfelder und Kriterien gebunden bleiben. Dies bedeutet z. B. auch, dass die hier definierten Bestimmungen zur Begrenzung der Inanspruchnahme auf maximal zwei Kurse je Versicherten und Jahr nicht durch ärztliche Präventionsempfehlungen ausgehebelt werden können, da über den ärztlichen Zugangsweg neue Zielgruppen erschlossen werden sollen und nicht eine Dauernutzung durch Wenige erfolgen soll. Präventionsempfehlungen für individuelle Präventionsmaßnahmen kommen ferner nicht für Kinder unter sechs Jahren in Frage; für diese sind lebensweltbezogene Maßnahmen geeignet.

In den Kriterien und Handlungsfeldern gemäß § 20 Absatz 2 (neu) ist zu regeln, wie ärztliche Empfehlungen bei der Leistungsgewährung gemäß § 20 Absatz 5 (neu) zu berücksichtigen sind. Im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Präventionsempfehlung muss sichergestellt werden, dass die vom Arbeitgeber zu finanzierenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes einschließlich arbeitsmedizinischer Vorsorge nicht auf die Krankenkassen verlagert werden.

Wohnortferne Kompaktangebote für besondere Zielgruppen, die aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht an mehrwöchigen Maßnahmen am Wohnort teilnehmen können, sind sinnvoll. Eine Bezuschussung von Übernachtungs- und Verpflegungskosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme wohnortferner Präventionsleistungen wird allerdings abgelehnt. Es sind Mitnahmeeffekte zu befürchten. Die GKV hat in der Vergangenheit Kontrollmechanismen eingeführt, um eine Quersubventionierung von Verpflegungs- und Übernachtungskosten bei der Übernahme von Kurskosten auszuschließen.

C) Änderungsvorschläge

§ 20 Absatz 5 Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse kann Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände der Versicherten wohnortfern erbringen."

Nach § 20 Absatz 5 Satz 2 (neu) wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Näheres zu den Sätzen 1 und 2 wird in den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 geregelt."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 20 Absatz 6 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Richtwert für die Ausgaben nach § 20 Absatz 1 und den §§ 20a und 20b soll von dem ab 2015 geltenden Ausgabenrichtwert ab 2016 auf 7,00 Euro je Versicherten mehr als verdoppelt werden. Der Gesetzesvorschlag sieht darüber hinaus erstmals ab 2016 Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen in Lebenswelten (2,00 Euro je Versicherten) sowie für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (2,00 Euro je Versicherten) vor. Der Richtwert und die Mindestwerte sollen jährlich entsprechend der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße (West) angepasst werden.

B) Stellungnahme

Eine finanzielle Stärkung der Prävention ist grundsätzlich sachgerecht. Die Krankenkassen geben seit Jahren mehr Mittel für Präventionsmaßnahmen aus als der gesetzliche Richtwert vorsieht. So lagen die entsprechenden Ausgaben der Krankenkassen in 2013 mit 3,82 Euro je Versichertem rund 27 % über dem Richtwert von 3,01 Euro. Prävention stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Stärkung nicht nur mit GKV-Mitteln erfolgen kann, sondern auch zusätzliche Ausgaben anderer verantwortlicher Akteure (Bund, Länder, Kommunen und weitere Sozialversicherungszweige) erfordert. Es sind verstärkt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (z. B. Verpflegungsangebot und Sport in Ganztagsschulen) zu schaffen, die nachhaltig wirksam sind und die auch die Basis für das gesundheitsförderliche Engagement der Krankenkassen verbessern. Wenn sich Lehrkräfte und Schülerinnen und Schüler, z. B. mit Unterstützung der Krankenkassen, im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit gesunder Ernährung befassen, so sollte dieser Lernprozess, z. B. auch durch gesunde Mittagsverpflegung, unterstützt und nicht durch ungeeignete Angebote konterkariert werden. Ohne Steigerung der von den anderen Verantwortlichen eingebrachten Finanzierungsbeiträge zur Prävention im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise wird das Potenzial der vorgesehenen Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung nicht ausgeschöpft. Insofern wird die an mehreren Stellen in der Gesetzesbegründung und konkret in § 20a Absatz 2 (neu) zum Ausdruck kommende finanzielle Verantwortung weiterer verantwortlicher Akteure begrüßt. Der Gesetzentwurf macht darin die Leistungserbringung zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten vom inhaltlichen und finanziellen Engagement der für die Lebenswelt Verantwortlichen abhängig. Dies sollte konkretisiert werden [s. Änderungsvorschlag zu § 20a Absatz 2 (neu)].

Für eine bedarfsbezogene Verausgabung sämtlicher Mittel nach Absatz 6 (neu) müssen zunächst geeignete Strukturen geschaffen werden. Die Erfahrung zeigt, dass die Vorbereitung qualitativ hochwertiger Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten wegen der großen Zahl zu beteiligender Partner und der erforderlichen Abstimmungen einen beträchtlichen Zeitaufwand erfordert. Daher sollte Gelegenheit gegeben werden, dass die Ausgaben anwachsen können und die gesetzlich vorgeschriebene Höhe von 7,00 Euro erst ab 2017 Gültigkeit entfaltet. Darüber hinaus müssen auch die Ausgaben der Krankenkassen für trägerübergreifende Modellvorhaben im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach § 20g (neu) auf den Richtwert und die Mindestwerte anrechenbar sein.

C) Änderungsvorschläge

§ 20 Absatz 6 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst: „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sowie 20g sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro, im Jahr 2016 einen Betrag von 5 Euro und ab dem Jahr 2017 einen Betrag von 7 Euro umfassen."

In § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) wird die Zahl „2016" durch die Zahl „2017" ersetzt.

s. a. III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 1 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden Lebenswelten definiert als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen haben unbeschadet der Aufgabenzuständigkeit anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 (neu) mit ihren Leistungen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern. Hierzu sind unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen Bedarfe zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. Aufgabe der Krankenkassen ist es auch, die Umsetzung entsprechender Ansätze zu unterstützen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, werden die Krankenkassen verpflichtet, mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammenzuarbeiten.

B) Stellungnahme

Die Definition von Lebenswelten als abgrenzbare soziale Systeme, die für die Gesundheit der Menschen bedeutsam sind, wird geteilt. Die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen zielen immer darauf ab, die Lebenswelt selbst durch Veränderungen von Abläufen und Strukturen gesundheitsförderlich weiter zu entwickeln und damit zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beizutragen.

Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung, in denen Menschen leben, stellen eine Lebenswelt dar, die entsprechend dem im Gesetzestext beschriebenen prozessualen Ablauf gesundheitsförderlich weiterentwickelt werden kann; hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 6 verwiesen.

Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Einrichtungen der Freizeitgestaltung, wie z. B. Sportvereine oder Vereine anderer Art, sind dagegen keine Lebenswelt, die unter Beteiligung der Versicherten gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln ist.

Einrichtungen der medizinischen Versorgung, wie z. B. Krankenhäuser oder Arztpraxen sind keine Lebenswelt, sondern vielmehr selbst Leistungserbringer im Auftrag der Leistungsträger.

Sportvereine als Organisationen auch der Gesundheitsförderung sind mit ihrem Angebot darauf ausgerichtet, Menschen niedrigschwellig mit Bewegungsangeboten zu erreichen. Sie sind deshalb seit Jahren wichtige, kompetente Partner der Krankenkassen als Anbieter von verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen und haben, wie andere Systeme der Freizeitgestaltung, eine besondere Bedeutung als Zugangsweg zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Auf diese wichtigen Zugangswege sollte in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

Die Beschreibung des prozessualen Ablaufs der Gesundheitsförderung – von der Erhebung der Risiken und Potenziale, über die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis zur Umsetzungsunterstützung, immer unter Beteiligung der Menschen – entspricht dem von den Krankenkassen gemäß GKV-Leitfaden Prävention praktizierten Vorgehen.

Um die gesundheitlichen Ressourcen von Personen, deren berufliche Eingliederung erschwert ist, durch Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, wird eine Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur und den kommunalen Trägern der Grundsicherung als sinnvoll erachtet und begrüßt. Der GKV-Spitzenverband hat 2012 mit der Bundesagentur für Arbeit eine Vereinbarung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit geschlossen und führt gemeinsam mit seinen Mitgliedern, der BA und den Jobcentern ein Modellprojekt zur engeren Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung an sechs Standorten durch. Bei der im Gesetzentwurf angestrebten Intensivierung der Zusammenarbeit sollte allerdings der Präventionsaspekt im Vordergrund stehen, um gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen vorzubeugen. Daher sollte in der Gesetzesformulierung auf die Vorbeugung von gesundheitlichen Einschränkungen abgestellt werden.

C) Änderungsvorschläge

In § 20a Absatz 1 Satz 1 (neu) wird das Komma nach den Worten „des Lernens“ durch das Wort „sowie“ ersetzt. Die Worte „der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ werden gestrichen.

§ 20a Absatz 1 Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst: „Bei der Erbringung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen, die beruflich wieder eingegliedert werden sollen, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5
§ 20a Absatz 2 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung knüpft die Erbringung von Leistungen in Lebenswelten durch die Krankenkassen daran, dass seitens der für die Lebenswelt Verantwortlichen eine Bereitschaft besteht, entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auch umzusetzen und sich mit einem angemessenen Eigenanteil zu beteiligen. Der Gesetzentwurf macht damit die Leistungserbringung zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten durch die Krankenkassen vom inhaltlichen und finanziellen Engagement der Lebensweltträger abhängig.

B) Stellungnahme

Die – auch gesundheitsförderliche – Gestaltung der Rahmenbedingungen für Lebenswelten ist Aufgabe der jeweils primär Verantwortlichen, wie z. B. der Länder, Kommunen und Einrichtungsträger. Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in Lebenswelten können insofern immer nur die primär Verantwortlichen bei der Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben unterstützen. Es ist notwendig, dass diese verantwortlichen Träger Finanzierungsbeiträge zur Gesundheitsförderung im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise leisten, um das Potenzial der vorgesehenen Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung optimal zu nutzen. Die in § 20a Absatz 2 (neu) und an mehreren Stellen in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommende finanzielle Verantwortung weiterer verantwortlicher Akteure ist sachgerecht. Sie bildet aus Sicht der GKV den Prüfstein für die Ernsthaftigkeit des Bemühens um die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als *gesamtgesellschaftlicher* Aufgabe. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Bundesregierung an der verpflichtenden Kofinanzierung der Maßnahmekosten durch die für die Lebenswelt Verantwortlichen entgegen dem Votum des Bundesrats festzuhalten gedenkt. In der Gesetzesbegründung sollte darauf hingewiesen werden, dass die Eigenleistungen in Form von finanziellen oder personellen Ressourcen der für die Lebenswelt Verantwortlichen notwendig sind, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5
§ 20a Absatz 3 - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ab dem Jahr 2016 mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für GKV-Versicherte zu beauftragen. Durch diesen Auftrag soll die BZgA die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen kassenübergreifenden Leistungserbringung unterstützen. Dabei hat die BZgA die Festlegungen der Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 Satz 1 (neu) und die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f (neu) zugrunde zu legen. Im Rahmen des Auftrags soll die BZgA geeignete Kooperationspartner heranziehen. Sie hat sicherzustellen, dass die Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags des GKV-Spitzenverbandes verwendet wird.

B) Stellungnahme

Die Norm ist im Zusammenhang mit der in Artikel 2 Nr. 2 enthaltenen Änderung zu § 20a Absatz 3 Satz 4 und 5 (neu) geregelten pauschalen Vergütung und der in Art. 1 zu § 20a Absatz 4 Satz 2 (neu) geregelten Leistungserbringung auch ohne abgeschlossene Vereinbarung zu bewerten.

Der GKV-Spitzenverband lehnt eine Zwangsbeauftragung der BZgA sowohl aus fachlichen wie ordnungspolitischen Gründen ab.

Die Implementierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten gehört nicht zu den Kernkompetenzen der BZgA: Die BZgA nimmt als nachgeordnete Bundesbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit die gesundheitliche Aufklärung als staatliche Aufgabe im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse wahr und wird vornehmlich steuerfinanziert. Die Kernkompetenz der BZgA besteht in gesundheitlichen Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung, in der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien zur praktischen Gesundheitserziehung einschließlich der Qualitätssicherung sowie in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen. Gesundheitsförderung in Lebenswelten erfordert hingegen eine personalintensive prozessuale Begleitung der verantwortlichen Akteure vor Ort. Diese Kompetenzen liegen nicht bei der BZgA, sondern bei den Krankenkassen, die seit vielen Jahren in diesem Bereich theoretisches und praktisches Know-how aufgebaut haben. Krankenkassen arbeiten dort, wo die erforderli-

chen Rahmenbedingungen vorhanden bzw. durch die Landesrahmenvereinbarungen auch neu geschaffen werden, mit den verantwortlichen Partnern der Lebenswelten in der Region zusammen. Die Vorschrift zur Heranziehung geeigneter Kooperationspartner bei der Auftragserfüllung zeigt bereits, dass die Implementierung lebensweltbezogener Maßnahmen nicht zu den Kernkompetenzen der BZgA zählt.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung benötigt Regionalität statt Zentralismus: Die BZgA kann weder auf den aktuellen regionalen Bedarf reagieren, noch hat sie Durchgriffsrechte auf die regional verantwortlichen Akteure. Zudem wäre eine Weitervergabe von Mitteln an regionale Unterauftragnehmer mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden, insbesondere auch hinsichtlich der Prüfung der Mittelverwendung. Vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird die mit § 20a Absatz 3 (neu) intendierte kassenübergreifende Leistungserbringung in den Regionen umfassend direkt ermöglicht. Diese Aufgaben können in Eigenverantwortung innerhalb der Selbstverwaltung durch die Träger der GKV erfolgreich umgesetzt werden.

Die BZgA-Beauftragung würde zu unsinnigen Parallelstrukturen in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung führen: Für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sind gemäß dem Gesetzentwurf zu §§ 20d und 20f (neu) künftig bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie Landesrahmenvereinbarungen maßgeblich, an deren Fortschreibung alle relevanten und zuständigen Partner auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen sind. Über die Bundesrahmenempfehlungen sowie die Landesrahmenvereinbarungen kann auch ein stärker kassenübergreifendes Vorgehen bei der lebensweltbezogenen Prävention sichergestellt werden. Zudem wird auch durch die vorgesehene Quotierung der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten der Anteil der settingbezogenen Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben deutlich gesteigert [§ 20 Absatz 6 (neu)]. Mit der Beauftragung der BZgA als zentralem Akteur würden auf diesem Feld Parallelstrukturen aufgebaut, die weder inhaltlich noch ökonomisch sinnvoll sind.

Die BZgA-Beauftragung bedeutet den Einstieg in eine institutionelle Förderung einer Bundesbehörde durch GKV-Beitragsgelder: Die vorgesehene pauschale Vergütung (s. hierzu Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 [§ 20 a Absatz 3 Satz 3 (neu)] sowie die Erlaubnis für die BZgA, bereits ohne eine abgeschlossene Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband tätig werden zu können (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 20a Absatz 4 Satz 2 (neu), machen deutlich, dass mit der BZgA-Beauftragung eine versteckte institutionelle Förderung aus GKV-Beitragsmitteln intendiert ist.

Die BZgA-Beauftragung ist im Hinblick auf das Subventions- und Vergaberecht fragwürdig: Sollte der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit

ermöglichen, stellt sich die Frage, ob hierdurch das Subventions- und Vergaberecht umgangen wird. Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht alleine erbringen kann oder darf, sind grundsätzlich bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen auszuschreiben.

Ungeachtet dieser grundlegenden Einwände gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Konstruktion ist die BZgA eine auf dem Gebiet von Prävention und Gesundheitsförderung kompetente Institution, deren Leistungen für die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen nutzbar gemacht werden können. Die Kompetenzen der BZgA für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung liegen in der datengestützten Ableitung von Präventionsbedarfen, der Entwicklung von Medien und Materialien zur Prävention und Gesundheitsförderung, der Vernetzung von Akteuren auf den verschiedenen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Qualitätssicherung und Evaluation von Leistungen.

Sofern an der Einbeziehung der BZgA festgehalten wird, sollte der GKV-Spitzenverband ermächtigt werden, die BZgA für ausgewählte der oben genannten Aufgaben zu beauftragen, um hierdurch die besonderen Kompetenzen der BZgA für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten nutzbar zu machen (s. hierzu auch Stellungnahme des Bundesrates zum Präventionsgesetzentwurf vom 06.02.2015). Keinesfalls dürfen jedoch mit den Beitragsmitteln der Sozialversicherung öffentliche Aufgaben, wie bevölkerungsweite Präventionskampagnen, finanziert werden. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, diese Überlegungen bei der Überprüfung der Eingrenzung der Aufgaben der BZgA – wie in der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates angekündigt – zu berücksichtigen.

Der GKV-Spitzenverband kann für die vom Gesetzgeber gewünschte kassenübergreifende Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten notwendige Regelungen in seinem Leitfaden nach § 20 Absatz 2 treffen.

In Bezug auf die Finanzierung der von der BZgA zu erbringenden Leistungen wird auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 20a Absatz 3 (neu) in der vorgelegten Form.

Falls an der Regelung festgehalten wird, sollte § 20a Absatz 3 (neu) wie folgt gefasst werden:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Aufgaben in den Feldern in denen sie besondere Kompetenzen hat – wie der datengestützten Ableitung von Präventionsbedarfen für unterschiedliche Zielgruppen, der Entwicklung von Medien und Materialien zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, der Unterstützung der Vernetzung von Akteuren in Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätssicherung und Evaluation – beauftragen. Die Kosten der Beauftragung werden durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen erbracht. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen; bei den Kosten für die Beauftragung handelt es sich um Aufwendungen nach Satz 1. Das Nähere zur Beauftragung kann in einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geregelt werden.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Regelungen im Rahmen der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2, nach denen jährlich ein Viertel des Betrages, der nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden ist, für eine einheitliche, kassenübergreifende Leistungserbringung auf Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f verausgabt wird. Die Mittel sind zur Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen einzusetzen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 4 - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erstmals bis zum 30. Oktober 2015 sollen die BZgA und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Erbringung und Vergütung von Leistungen nach § 20a Absatz 3 (neu) treffen, in der das Nähere, insbesondere zu Inhalt, Umfang, Qualität und Prüfung der Wirtschaftlichkeit geregelt wird. Bei Nichtzustandekommen dieser Vereinbarung zu dem genannten Termin soll die BZgA auf der Basis des zu diesem Zeitpunkt erreichten Verhandlungsstandes und unter Berücksichtigung der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes die Leistungen dennoch erbringen. Zugleich sollen die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f (neu) sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 beachtet werden. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Satzung die Aufbringung der Mittel zu regeln. Ausführungs- und Auskunftspflichten des Auftragnehmers (BZgA) und Kontrollbefugnisse des Auftraggebers (GKV-Spitzenverband) werden in Satz 4 (neu) mit Verweis auf § 89 Absatz 3 - 5 SGB X geregelt.

B) Stellungnahme

Die verpflichtende Beauftragung der BZgA für die Implementierung krankenkassenübergreifender Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung wird abgelehnt, sodass eine Vereinbarung zur Regelung des Auftragsverhältnisses nicht erforderlich ist (s. Stellungnahme zu § 20a Absatz 3 (neu); sofern dem Vorschlag der Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes gefolgt wird, die BZgA mit ausgewählten Aufgaben zu beauftragen, enthält der Änderungsvorschlag auch Regelungen zur Ausgestaltung des Auftragsverhältnisses).

C) Änderungsvorschlag

§ 20a Absatz 4 (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Betriebsärzte sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollen in den Kreis der an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligenden Akteure aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Gegen die explizite Erwähnung der Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit als an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligende Akteure bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabenstellung der Krankenkassen soll dahingehend konkretisiert werden, dass sie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nicht nur über gewonnene Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen unterrichten, sondern auch auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ausgerichtete Maßnahmen in Abstimmung mit den Trägern der Unfallversicherung erbringen.

B) Stellungnahme

Die mit der Regelung laut Gesetzesbegründung verfolgte Absicht, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besser mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu verzahnen, wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen. Durch die Gesetzesformulierung werden die Krankenkassen jedoch verpflichtet, ihre Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren auszurichten. Um eine Übernahme von Aufgaben der Arbeitgeber oder der gesetzlichen Unfallversicherung durch Krankenkassen auszuschließen, wird statt der Ausrichtung betrieblicher Gesundheitsförderungsleistungen auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine Abstimmung mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung über den Arbeitgeber vorgeschlagen.

Gegenüber der vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 06.02.2015 angeregten – und von der Bundesregierung befürworteten – Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden in den Kreis der Kooperationspartner bei der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen keine Einwände.

C) Änderungsvorschlag

§ 20c Absatz 1 Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst: „Insbesondere unterrichten sie diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen trägerübergreifend eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie entwickeln, um Gesundheitsförderung und Prävention wirksam und zielgerichtet zu entwickeln. Die Krankenkassen haben zudem die Umsetzung dieser Strategie sowie deren Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e – neu) zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie ist vor dem Hintergrund pluralistischer Trägerstrukturen und verteilter Zuständigkeiten bei begrenzten Ressourcen sinnvoll. Die beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen Synergieeffekte zu erzielen.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte klargestellt werden, dass für die Krankenkassen die Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 (neu) den Handlungsrahmen für ihre Leistungserbringung in der Nationalen Präventionsstrategie bilden.

Zudem sollte im Gesetzestext – in Anlehnung an die Begründung – präzisiert werden, dass auch alle weiteren Träger ihre Aufgaben in der Nationalen Präventionsstrategie im Rahmen ihrer jeweiligen eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung wahrnehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 20d Absatz 1 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen entwickeln auf Grundlage ihrer Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2 im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e. Die Umsetzung erfolgt durch die Träger im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 20d Absatz 2 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verweist zusammenfassend auf die beiden Hauptaufgaben der Nationalen Präventionsstrategie:

1. Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Absatz 3 (neu) sowie
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach § 20d Absatz 4 (neu).

B) Stellungnahme

Es handelt sich lediglich um eine Einweisungsvorschrift zu den nachfolgenden Regelungen in § 20d Absatz 3 und 4 (neu).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 20d Absatz 3 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie sollen bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vereinbart werden, die sich auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben sowie die Zusammenarbeit zuständiger Träger und Stellen richten. Hierzu sollen insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder, Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festgelegt werden. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele in den Bundesrahmenempfehlungen sind auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen zu berücksichtigen. Die Rahmenempfehlungen sind im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern zu vereinbaren, erstmals zum 31.12.2015[1]. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Der Abschluss bundesweit einheitlicher trägerübergreifender Rahmenempfehlungen, die auch richtungsweisend für die auf Landesebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sind, wird als sinnvoll erachtet. Die bundesweit einheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen sind ein wichtiger Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie, die im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu beraten und weiterzuentwickeln sind.

Die im Gesetz vorgesehene Frist zur erstmaligen Verabschiedung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ist angesichts der Komplexität der Aufgaben sowie der einzubeziehenden Akteure aus Sozialversicherung, Bund, Ländern, Kommunen, Sozialpartner sowie in beratender Funktion zahlreicher freigemeinnütziger Organisationen zu knapp bemessen. Die

[1] Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme 06.02.2015 geforderte Einvernehmensregelung (statt Benehmensregelung) mit den an der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligenden Institutionen wird abgelehnt. Bei der hohen Zahl zu beteiligender Organisationen sowie unterschiedlichen föderalen Ebenen sind Entscheidungsblockaden zu erwarten. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, der Empfehlung des Bundesrates in diesem Punkt nicht zu folgen.

Erfüllung dieser Aufgabe mit der notwendigen Qualität einschließlich aller erforderlichen Abstimmungen bis zum Jahresende 2015 ist unrealistisch. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes sollte ein realistischer Zeitpunkt für die erstmalige Vereinbarung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen festgelegt werden. Der Zeitraum für die erstmalige Verabschiedung von Bundesrahmenempfehlungen sollte mindestens ein Jahr betragen.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden die Wörter „zum 31. Dezember 2015“ ersetzt durch die Wörter „zum 31. Juli 2016“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 20d Absatz 4 (neu) - Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Präventionsstrategie soll auch die Erstellung eines Präventionsberichts umfassen, der alle vier Jahre von der Nationalen Präventionskonferenz zu erarbeiten und dem BMG zu übermitteln ist. Der Bericht enthält Angaben über die Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungen und Maßnahmen, insbesondere über Ausgaben der Träger der Präventionsstrategie, die genutzten Zugangswege, die erreichten Zielgruppen etc. Das BMG leitet diesen Bericht mit einer Stellungnahme der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes weiter. Das Robert-Koch-Institut wird verpflichtet, für den Präventionsbericht relevante Daten aus seinem Gesundheitsmonitoring zuzuliefern. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung beisteuern.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Erstellung eines trägerübergreifenden Präventionsberichts wird als zielführend angesehen. Eine Datenzulieferung durch das Robert-Koch-Institut und aus der regionalen Gesundheitsberichterstattung ist sinnvoll. Die GKV schafft bereits seit dem Jahr 2001 mit ihrem Präventionsbericht Transparenz über das Leistungsgeschehen in Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung auch unter qualitativen Gesichtspunkten. Der nunmehr vorgesehene trägerübergreifende Präventionsbericht legt auch die über die von den übrigen Trägern geleisteten Beiträge offen und ermöglicht einen kontinuierlichen Lern- und Verbesserungsprozess. Es muss auch der Beitrag der Verantwortlichen in den Lebenswelten in den Berichten dargestellt werden, um ein vollständiges Bild über die Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e Absatz 1 (neu) - Nationale Präventionskonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm legt fest, dass die Nationale Präventionskonferenz die nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben hat. Die Umsetzung der Präventionsstrategie erfolgt durch die Leistungsträger nach § 20d Absatz 2, die hierbei eng zusammenzuwirken haben. Zudem wird geregelt, welche weiteren Institutionen neben der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d SGB V bei der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen sind. Der Verband der privaten Krankenversicherung erhält im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung einen, Bund und Länder jeweils vier Sitze. Darüber hinaus sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit je einem Vertreter/einer Vertreterin beratend zu beteiligen.

Die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren der Nationalen Präventionskonferenz sind in einer einstimmig zu verabschiedenden Geschäftsordnung festzulegen. Die Geschäftsführung soll bei der BZgA liegen. Mit dem Verweis auf die Geltung von § 94 Absatz 2-4 des Zehnten Buches erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Aufsicht über die Nationale Präventionskonferenz.

B) Stellungnahme

Mit der Nationalen Präventionskonferenz wird eine Plattform wichtiger Träger und Verantwortlicher in diesem Bereich etabliert. Die Nationale Präventionskonferenz kann die Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen der verschiedenen Träger fördern und Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention geben, insbesondere auch hinsichtlich der Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Der Einbezug der Bundesagentur sowie der Spitzenorganisationen der Kommunen und der Sozialpartner mit beratender Stimme wird als sinnvoll angesehen. Dabei wird erwartet, dass die Mitberatungsberechtigten auch Engagement bezüglich ihres eigenen jeweiligen Präventionsauftrags zeigen.

Es wird begrüßt, dass die Geschäftsordnung einstimmig angenommen werden muss, da hierdurch die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz auf eine breit konsentierte Basis gestellt wird. Die Geschäftsordnung hat auch zu regeln, dass Beschlüsse, die die Leis-

tungs- und Finanzverantwortung einer oder mehrerer der in der Präventionskonferenz vertretenen Institutionen maßgeblich berühren, nur mit Zustimmung dieser Institution(en) getroffen werden können.

Eine gesetzliche Festlegung der Geschäftsführung durch die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG wird abgelehnt. Sie bedeutet eine Verletzung des Selbstverwaltungsprinzips der Sozialversicherung. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz können die Geschäftsführung in eigener Verantwortung zuverlässig und effizient regeln.

C) Änderungsvorschläge

In § 20e Absatz 1 Satz 8, 2. Halbsatz (neu) werden nach den Worten „Beschlussverfahren festgelegt“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte eingefügt: „wobei sicherzustellen ist, dass Beschlüsse, die die Leistungs- und Finanzverantwortung einer oder mehrerer der in der Präventionskonferenz vertretenen Institutionen maßgeblich berühren, nur mit Zustimmung dieser Institution(en) getroffen werden können.“

§ 20e Absatz 1 Satz 9 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Die Nationale Präventionskonferenz bildet eine Geschäftsstelle für die Organisation des laufenden Betriebs.“

§ 20e Absatz 1 Satz 10 (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 20e Absatz 2 (neu) – Nationale Präventionskonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass die Nationale Präventionskonferenz durch ein in der Regel einmal jährlich stattfindendes Präventionsforum beraten wird.

Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbänden zusammen; zudem sind dort die in Absatz 1 genannten stimmberechtigen und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz vertreten.

Mit der Durchführung des Präventionsforums soll die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. durch die Nationale Präventionskonferenz beauftragt werden. Die Bundesvereinigung erhält von der Nationalen Präventionskonferenz eine Erstattung der für die Durchführung des Präventionsforums notwendigen Aufwendungen. Einzelheiten der Durchführung und Finanzierung des Forums sind in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Beteiligung der in Prävention und Gesundheitsförderung tätigen nichtstaatlichen Organisationen an der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie ist sinnvoll. Ein Präventionsforum kann eine geeignete Plattform sein, um den Dialog mit wichtigen Akteuren zur Weiterentwicklung der deutschen Präventionsstrategie zu führen. Es ist davon auszugehen, dass die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. sowie die in ihr mitwirkenden Organisationen und Verbände wichtige Vorschläge und Anregungen in die Präventionsstrategie einbringen können und werden. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. sollte deshalb als maßgebliche Organisation mit ihrer besonderen Fachexpertise in das Präventionsforum einbezogen werden. Jedoch sollten die Träger der nationalen Präventionskonferenz selbst mit der Organisation des Präventionsforums im Rahmen ihrer Geschäftsordnung betraut werden. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird vorgeschlagen, dass die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz auch die Durchführung des Präventionsforums organisiert.

C) Änderungsvorschlag

§ 20e Absatz 2 Satz 3 (neu) wird gestrichen.

§ 20e Absatz 2 Satz 4 (neu) wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

„Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20f Absatz 1 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auch für die Pflegekassen auf Landesebene mit den in den Ländern zuständigen Stellen sowie den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie abschließen. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c (neu) haben dabei die für die jeweiligen Träger maßgeblichen Leistungsgesetze zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Der Abschluss gemeinsamer Landesrahmenvereinbarungen unter Beachtung der jeweils geltenden leistungsrechtlichen Zuständigkeiten wird als sinnvoll erachtet. Dieser Ansatz kann seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen im Sinne des § 20a Absatz 2 (neu) eine angemessene Eigenleistung erbringen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20f Absatz 2 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Norm werden die Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen näher bestimmt. U. a. sollen Festlegungen zu den gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Zielen und Handlungsfeldern unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse, die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen sowie Möglichkeiten zur gegenseitigen Beauftragung und weiteren Zusammenarbeit mit Dritten festgelegt werden.

An der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt, die den Landesrahmenvereinbarungen auch beitreten können[2]. Bei der Bildung von Arbeitsgemeinschaften sollen die Regelungen des § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X keine Anwendung finden.

B) Stellungnahme

Die festgelegten Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen werden als sinnvoll erachtet, da sie geeignet sind, gemäß Begründung eine an den gemeinsamen Zielen orientierte Zusammenarbeit bei Beibehaltung der eigenen Zuständigkeiten und Leistungspflichten zu fördern. Es sollte klargestellt werden, dass die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung erfolgt. Sofern zur Umsetzung kassenübergreifender Maßnahmen Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, ist die Nichtanwendung von § 94 Absatz 2 und 3 SGB X zur Verfahrensvereinfachung sinnvoll. Es sollte deutlich werden, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte in Absatz 2 statt „Rahmenvereinbarungen“ immer der Begriff „Landesrahmenvereinbarungen“ verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 20f Absatz 2 (neu) werden jeweils die Wörter „Rahmenvereinbarungen“ durch „Landesrahmenvereinbarungen“ ersetzt.

---

[2] Gegen die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 06.02.2015 geforderte und von der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung befürwortete Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden in die Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen bestehen keine Einwände.

In § 20f Absatz 2 (neu) wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen erfolgt im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung."

§ 20f Absatz 2 Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Sofern die Beteiligten gemäß Absatz 1 zum Zwecke der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften bilden, findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 1 (neu) – Modellvorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bietet den Krankenkassen die Möglichkeit, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung, den Pflegekassen [Leistungsträger gem. § 20d Absatz 1 (neu)] und ihren Verbänden Modellvorhaben durchzuführen, um die in den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen festgelegten Ziele zu erreichen. Die Modellvorhaben sollen vor allem darauf abzielen, die Qualität und Effizienz der Versorgung durch Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie können auch der Erprobung geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

B) Stellungnahme

Mittels der Option für die Krankenkassen, Modellvorhaben mit den weiteren Leistungsträgern durchzuführen, können spezifische Erkenntnisse für die Fort- bzw. Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und damit auch der bundesweiten Rahmenempfehlungen gewonnen werden. Die Finanzierungsanteile der GKV müssen auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) angerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20g Absatz 1 (neu) wird um folgenden Satz 4 ergänzt: „Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben nach Satz 1 sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 2 (neu) – Modellvorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Modellvorhaben gem. § 20g Absatz 1 (neu) sind auf fünf Jahre zu befristen und müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

B) Stellungnahme

Gegen die Regelung bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20c – Förderung der Selbsthilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung neuer Paragrafen wird der bisherige § 20c – zu § 20h.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Umstrukturierung ohne inhaltliche Auswirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 20d Absatz 3 Satz 3 werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen zwischen den für die Durchführung von Schutzimpfungen zuständigen Behörden einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits geschlossen, die u. a. die Erstattung der Sachkosten regeln. Der Gesetzgeber will diese bestehenden Regelungen um den Hinweis ergänzen, dass diese Vereinbarungen vereinfachende Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorsehen sollen.

Neben dieser Ergänzung sind weitere redaktionelle Änderungen vorgesehen. Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. umstrukturiert. Durch die Einfügung neuer Paragrafen werden die bisherigen §§ 20c – 20d zu §§ 20h – 20i [neu]. Zudem werden entbehrlich gewordene Regelungen zur erstmaligen Erstellung der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA aus dem Gesetzestext entfernt.

B) Stellungnahme

Generell ist die Schaffung vereinfachender Möglichkeiten für die Abrechnung wünschenswert. Gleichwohl ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unerlässlich um die Wirtschaftlichkeit der Impfstoffversorgung sicherzustellen, Transparenz im Abrechnungsgeschehen herzustellen. Der GKV-Spitzenverband regt deshalb eine entsprechende Klarstellung im Gesetzestext an, dass auch bei vereinfachten Abrechnungen Transparenz über die Sachkosten herzustellen ist.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 10 lit. c) wird folgendermaßen formuliert:

Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei sollen vereinfachende Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden. Es ist zu gewährleisten, dass Transparenz über die zu erstattenden Sachkosten und insbesondere die verbrauchten Impfstoffdosen besteht. § 300 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 23 Absatz 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Versicherte, die wegen besonderen beruflichen oder familiären Belastungen – laut Gesetzesbegründung z. B. Beschäftigte im Schichtdienst oder pflegende Angehörige – ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zur medizinischen Vorsorge nicht in ihren regulären Tagesablauf integrieren und nicht regelmäßig in Anspruch nehmen können, wird die Möglichkeit geschaffen, unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch zu nehmen. Es wird nicht vorausgesetzt, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

B) Stellungnahme

Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 setzen die Notwendigkeit eines über die kurative Versorgung hinausgehenden, interdisziplinären sowie mehrdimensionalen und somit komplexen Ansatzes voraus. Maßgebend für die insoweit erforderliche Vorsorgebedürftigkeit sowie die Ermessensentscheidung der Krankenkasse über die Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sind allein medizinische Gründe. Dabei werden besondere Belastungsfaktoren bereits heute berücksichtigt. In die Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit werden sowohl positiv wie negativ wirkende umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren einbezogen. Entsprechende Leistungen werden auch dann erbracht, wenn die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen sind somit ausreichend, bei medizinischer Notwendigkeit auch dem angesprochenen Personenkreis Leistungen der ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten zu ermöglichen.

Die vorgesehene, über die zuvor dargestellte Systematik hinausgehende Berücksichtigung von besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen unmittelbar als anspruchsbegründende Faktoren ohne Prüfung, ob entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichend sind, stellt eine Abkehr von der bei Leistungen der GKV erforderlichen ausschließlichen Orientierung an der medizinischen Notwendigkeit der Leistung dar. Sie lässt darüber hinaus das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 außer Acht und wird in der praktischen Umsetzung mangels objektivierbarer Beurteilungs- und Prüfmaßstäbe hinsichtlich „beruflicher oder familiärer Belastungen“ erkennbar zu erheblichen Problemkonstellationen führen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Änderung in § 23 Absatz 2 Satz 1 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe b)

§ 23 Absatz 2 Satz 2 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen – per Satzungsregelung – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten vorsehen können, soll von 13 auf 16 Euro täglich angehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages erweitert den durch Satzungsregelungen der Krankenkassen auszufüllenden Handlungsspielraum. Dies ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 11 Buchstabe c)
§ 23 Absatz 2 Satz 3 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen – per Satzungsregelung – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten für chronisch kranke Kleinkinder vorsehen können, soll von 21 auf 25 Euro täglich angehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages erweitert den durch Satzungsregelungen der Krankenkassen auszufüllenden Handlungsspielraum. Dies ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 24d Satz 1 – Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des Halbsatzes „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung" soll der geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung bedeutet eine Einschränkung der jetzigen Versorgung mit Hebammenhilfe: Damit würden Leistungen, die bereits jetzt vertraglich noch nach der 12. Woche nach der Geburt stattfinden können, wie zum Beispiel Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (bis zu 10 Stunden à 60 Minuten) sowie der Anspruch auf Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings (bis zu acht Leistungen) immer einer ärztlichen Anordnung bedürfen. Aktuell ist die Leistung der Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Die Beratung bei Stillschwierigkeiten ist bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis neun Monate nach der Geburt oder bis zur nicht näher spezifizierten Ende der Abstillphase (auch über ein Jahr hinaus) möglich. Bei nicht ärztlicher Indikation und somit fehlender Anordnung durch den Arzt geht die Regelung mit einem Rückgang des Leistungsangebotes der Hebammen für die Versicherten einher. Mit den anfallenden ärztlichen Anordnungen aufgrund der geplanten Gesetzesanpassung für die oben aufgeführten Leistungen werden die Kapazitäten im ärztlichen Sektor zusätzlich belastet.

Sollte mit dem Begriff der „Hebammenhilfe" in der Neureglung nur die „Wochenbettbetreuung" gemeint gewesen sein, spricht sich der GKV-Spitzenverband ebenfalls gegen diese Ausweitung der Wochenbettbetreuung von acht auf 12 Wochen aus folgenden Gründen aus:

Aufgrund der Grundsatzregelungen zur Schwangerschaft bzw. Mutterschaft in § 24d (früher § 196 RVO) können (nur) Leistungen beansprucht werden, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft in finaler Sicht erforderlich sind, um Gesundheitsrisiken zu mindern, die typischerweise mit Schwangerschaft und Geburt verbunden sind, und um im Einzelfall sich abzeichnende Gesundheitsstörungen (Krankheiten) gar nicht erst eintreten zu lassen (Meyer, in Peters, KV (SGB V) § 196 RVO Rdnr. 6).

Der Begriff „nach der Entbindung" in § 24d setzt somit einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit der Entbindung voraus. Der in den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA vorgesehenen (Abschluss-)Untersuchung nach acht Wochen dürfte der Erfahrungssatz zugrunde liegen, dass der besondere Zeitraum „nach der Entbindung" im Regelfall nach acht Wochen beendet ist. Die medizinische, hebammenhilfliche und pflegerische Versorgung von Mutter und Kind im Sinne der SGB V Vorschriften sind damit abgeschlossen. Auf ähnlichen Überlegungen wird auch die Regelung in § 6 Mutterschutzgesetz beruhen.

Diese zeitliche Grenze ist allerdings nicht absolut. Ein späteres Ende des Berechtigungszeitraums „nach der Entbindung" kann aber nur dann angenommen werden, wenn noch ein ursächlicher Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken besteht, die typischerweise mit der Schwangerschaft bzw. Entbindung zusammenhängen.

Dem trägt der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a Rechnung, indem bestimmte Leistungen, bei denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist, auch nach Ablauf von acht Wochen erbracht und abgerechnet werden können (Rückbildungsgymnastik und Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten/Ernährungsproblemen). Für atypische Sachverhalte, die z. B. auch nach acht Wochen noch Wochenbettbesuche erforderlich machen, ist zudem die Möglichkeit einer Leistungserbringung aufgrund ärztlicher Anordnung vorgesehen. Diese vertraglichen Bestimmungen resultieren im Übrigen aus der vom Gesetzgeber bis zum Jahre 2007 vorgegebenen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (Heb-GV). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass dem Hebammengesetz zufolge pathologische Versorgungen in die Hände von Ärzten gehören. Zudem sieht der o. g. Vertrag nach § 134a für die nicht pathologischen Wochenbettbetreuungen in den ersten acht Wochen bereits seit dem Jahr 2010 bis zu 36 Betreuungen vor (in der o. g. Heb-GV und bis 2010 waren bis zu 26 Betreuungen festgelegt). Die hohe Anzahl der Wochenbettbetreuungen ergibt sich vor allen Dingen daraus, dass in den ersten 10 Tagen nach der Geburt mehr als eine Wochenbettbetreuung am Tag stattfinden kann. Dies trägt insbesondere der immer früheren Entlassung aus der Klinik Rechnung und sorgt so für eine sinnvolle Versorgung der Wöchnerin.

Die von den Hebammen erbrachten Leistungen nach der achten Woche sind keine Leistungen nach dem SGB V im o. g. Sinne, sondern vielmehr sekundär- und/oder tertiärpräventive Leistungen. Für die Sekundär- und Tertiärprävention sieht sich die GKV nicht in der Leistungspflicht. Denn diese Leistungen (Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind bzw. Kindesvernachlässigung durch psychosoziale/sozialpädagogische und lebenspraktische Tätigkeiten, familienbezogene Beratungs- und Vermittlungshilfe, psychosoziale, lebenspraktische und sozialpädagogische Hilfe) sind keine originären Aufgaben von Hebammen nach dem SGB V. Diese Aufgaben sind genuine Aufgaben der öffentlichen Hand im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und sind nach dem Bundeskinderschutzgesetz, das Ende

des Jahres 2011 in Kraft getreten ist, erheblich ausgeweitet worden. Die hierin vorgesehene Familienhebamme/Kinderschutzfachkraft sollte gerade diese Leistungen dann den schutzbedürftigen Müttern und Neugeborenen zukommen lassen.

In der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 6. Februar 2015 (zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, BR-Drs. 640/14 (Beschluss), zu Nr. 15, auf S. 8) hat die Bundesregierung festgestellt: „Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzung für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes widerspricht die beabsichtigte Ausweitung der Wochenbettbetreuung der o. g. Feststellung. Denn die Ausweitung führt zur Teil-Entlastung der Länder bei der Finanzierung der Familienhebammen, da künftig diese Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Wenn die beabsichtigte Änderung umgesetzt werden würde, würde das Netzwerk Frühe Hilfen zudem eine Chance aus der Hand geben, so früh wie möglich eine speziell ausgebildete Familienhebamme dort einzusetzen, wo der Bedarf konkret besteht und eben nicht riskieren, dass die speziell benötigte Familienhebammenhilfe – ergänzend zu der Hebammenhilfe nach SGB V, die die medizinisch/pflegerische Versorgung abdeckt – bei den Familien, die diese tatsächlich benötigen, gerade nicht ankommt.

Das zeigen sicherlich auch die Ergebnisse (Abschlussbericht vom 28.11.2012) aus der Hebammen-Präventionsstudie (HPS) (Modellversuch der Sozialministerien von Rheinland-Pfalz und Bayern). Demzufolge nahmen die besonders belasteten Familien erwartungswidrig nicht mehr Hebammenleistungen in Anspruch als die unbelasteten Familien. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammen.jsp

Zudem konnte hierin keine Evidenz hinsichtlich eines Nutzens der Ausweitung der Wochenbettbetreuungszeiten von acht Wochen auf ein halbes Jahr unter den Vergleichsgruppen erkannt werden. Vielmehr zeigten sich bei den soziodemographischen Variablen **keine** signifikanten Veränderungen im Hinblick auf

- Belastungen (postpartale Depressivität, psychische/physische Symptombelastung),
- Risiken (Elternstress, Rollenrestriktion, problematische Eltern-Kind-Bindung, Vorbehalte gegenüber Hilfen),
- Ressourcen (soziale Unterstützung, wahrgenommene elterliche Kompetenz, Partnerschaftszufriedenheit, Gesundheitsverhalten) bei Müttern und Partnern sowie
- die Anzahl von Erkrankungen und Arztbesuchen von Müttern und Kindern.

Den Hebammen, die an der Studie teilgenommen hatten, gelang es zudem nur eingeschränkt, präventive Vorteile für die Familien zu erwirken. Daher empfiehlt die Studie eine intensive Schulung der Hebammen zur verbesserten Identifikation belasteter Gruppen. Das zeigt, dass über den Zeitraum von acht Wochen hinaus, gerade die o. g. speziell ausgebildeten Familienhebammen benötigt werden, um dem Versorgungsanspruch der jungen Familien umfassend gerecht zu werden. Dies kann gerade durch eine nicht entsprechend zur Familienhebamme weitergebildeten Hebammen (nach den SGB V-Weiterbildungsanforderungen) nicht erbracht werden.

Dem Gesetzentwurf folgend können durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen. Das ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes bei weitem zu niedrig angesetzt: Für aufsuchende Wochenbettbetreuungen inkl. der dafür anfallenden Fahrtkosten bis zu acht Wochen nach der Geburt geben die Krankenkassen jährlich zzt. ca. 125 Mio. Euro aus. Bei einer Ausweitung dieser Wochenbettbetreuung auf 12 Wochen geht der GKV-Spitzenverband von einer Mehrbelastung für die Krankenkassen von mindestens 40 Mio. Euro p. a. aus.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Aufgrund der bestehenden vertraglichen Regelungen zu Hebammenleistungen ist durch die geplante Konkretisierung der Dauer in der Versorgung der Wöchnerin nicht mit einer Verbesserung der Versorgung, sondern mit einer Einschränkung der Leistungen zu rechnen. Sinnvolle Ausnahmeregelungen bei hebammenhilflichen, medizinischen und pflegerischen Erfordernissen sind bereits heute und auch im künftigen Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband vorgesehen. Im Übrigen sollten die Kompetenzen der Familienhebammen nach dem Bundeskinderschutzgesetz nach der achten Woche nach der Geburt den Familien nicht vorenthalten werden, da die Hebammen nach dem SGB V nicht dafür qualifiziert sind.

s. a. III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Überschrift des vierten Abschnitts „Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten“ wird entsprechend den Änderungen in §§ 25 und 26 SGB V angepasst und umfasst künftig auch die Erfassung von gesundheitlichen Risiken.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 14 und 15 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuformulierung des § 25 werden die primärpräventiven Aspekte der Gesundheitsuntersuchungen nun auch im Gesetz verankert. Ziel der Gesundheitsuntersuchung ist nicht nur die Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten, sondern es sollen auch gesundheitliche Risiken und Belastungen erfasst und bewertet werden. Anschließend soll eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung erfolgen und, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausgestellt werden. Diese soll auch über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sowie andere Angebote zur Verhaltensprävention informieren. Die Beratung soll auch eine Überprüfung des Impfstatus beinhalten.

Die bisherige Altersgrenze wird herabgesetzt. Versicherte sollen künftig bereits ab dem vollendeten 18. Lebensjahr Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen haben. Untersuchungsintervalle und Zielerkrankungen werden im Gesetzestext gestrichen und sollen künftig nur noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 festgelegt werden.

In § 25 Absatz 3 werden die Voraussetzungen für Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten angepasst. Es muss sich entweder um Krankheiten handeln, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Ansonsten werden die bisherigen Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nicht geändert.

Das Nähere zur Präventionsempfehlung soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in Richtlinien nach § 92 regeln. Das Nähere zu Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb 36 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes beschließen. Sollten notwendige Erkenntnisse fehlen kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung beschließen und die Frist von 36 Monaten verlängert sich um zwei Jahre.

B) Stellungnahme

Gemäß den aktuellen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben alle gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Die ärztliche Anamnese beinhaltet bereits die Erfassung der wichtigsten lebensstilbezogenen Risikofaktoren sowie eine Beratung zum individuellen Risikoprofil. Die Versicherten sollen dabei auch auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hingewiesen werden. Auf dieser Grundlage kann der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 12 Monaten Näheres zur Präventionsempfehlung regeln. Eine präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch.

Mit der nun in § 25 vorgesehenen Präventionsempfehlung ändert sich das bisherige Vorgehen nicht. Allerdings wird empfohlen, dass die Präventionsempfehlung nur auf Leistungen gemäß § 20 Absatz 5 hinweist, da diese gemäß § 20 Absatz 2 qualitätsgesichert werden. Auf andere Angebote sollte nur verwiesen werden, wenn diese entsprechend zertifiziert werden.

Die Überprüfung des Impfstatus im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen wird unterstützt, da davon auszugehen ist, dass dadurch Impflücken bei Erwachsenen erkannt und die Durchimpfungsraten verbessert werden. Der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung wird von vielen Experten kritisch bewertet. Der GKV-Spitzenverband befürwortet daher eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. In Ergänzung zu den Regelungen in § 92 sollte auch in § 25 Absatz 3 der nachgewiesene Nutzen als Voraussetzung aufgeführt werden. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist dem Absatz 3 des § 25 folgende Nummer 4 hinzuzufügen: „der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist."

Für Verfahren zur Risikoerfassung, die über die allgemeine, sich aus der Anamnese und der im Rahmen der Früherkennung durchgeführten ärztlichen Untersuchung erfolgende Feststellung lebensstilbedingter Gesundheitsrisiken hinaus gehen, muss gelten, dass sie wie Früherkennungsuntersuchungen bewertet werden. Bei besonderen Risiken werden nicht nur Leistungen nach § 20 empfohlen, sondern auch weiterführende Diagnostik oder medikamentöse Therapien. Verfahren zur Risikoerfassung haben wie Untersuchungen auf manifeste Erkrankungen ein Schadenpotential durch Überdiagnostik und Übertherapie und müssen daher unbedingt hinsichtlich Nutzen und Schaden überprüft werden. Sollte die Einführung einer Prä-

ventionsempfehlung neue Verfahren zur Risikoerfassung voraussetzen, so ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der gesetzlichen Regelung dann mindestens drei Jahre dauert. Die Möglichkeit der Erprobung wird grundsätzlich begrüßt, allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Studien zum Nachweis des medizinischen Nutzens einer neuen Früherkennungsmethode i. d. R. länger als zwei Jahre dauern.

Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 sollen mittels einer Präventionsempfehlung verstärkt von besonders präventionsbedürftigen Zielgruppen in Anspruch genommen werden. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwendigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit der primärpräventiven Intervention belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein höherer Ressourcenverbrauch für die Risikobewertung ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten. Ebenso sollte vor einer Ausweitung der präventionsorientieren Beratung durch Ärzte die Wirksamkeit dieser Maßnahme geprüft werden. In Studien nennen Ärzte selbst fehlendes Wissen und mangelnden Erfolg als Hauptprobleme für die Durchführung von Lebensstilinterventionen.

C) Änderungsvorschlag

In § 25 Absatz 1 wird der 4. Satz wie folgt geändert:

„Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und verweist auf die qualitätsgesicherten Leistungen der Krankenkassen gemäß § 20 Absatz 5."

In § 25 Absatz 3 wird folgende Nummer 4 angefügt:

„der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 26 – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift von § 26 SGB V wird entsprechend angepasst und lautet künftig „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche". Die bisherigen Altersgrenzen werden aufgehoben. Kinder und Jugendliche haben nun bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen gemäß § 26 SGB V. Außerdem wird klargestellt, dass die Untersuchungen u. a. auch das Ziel haben, auch solche Krankheiten früh zu erkennen, die die psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Gesetzlich geregelt wird die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, die auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind umfassen soll. Die Beratung soll auch eine Überprüfung des Impfstatus beinhalten. Sofern medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden. Diese kann sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern (ggf. andere Sorgeberechtigte) richten. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Präventionsempfehlung in Richtlinien nach § 92 SGB V regeln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Anhebung des Anspruchsalters für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Damit werden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen beraten kann. Untersuchungen, auch zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken, sollten aber nur verändert oder neu eingeführt werden, wenn der Nutzen hierfür zuverlässig belegt ist. Die in der Gesetzesbegründung zitierte Expertise empfiehlt zwar eine zusätzliche Untersuchung für Kinder im Alter von acht Jahren, gleichzeitig wird aber auf die limitierte Evidenzlage hingewiesen.

In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass bereits im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Aufgrund des veränderten Krankheitsspektrums soll auch künftig die psycho-soziale Entwicklung bei den Früherkennungsuntersuchungen stärker berücksichtigt werden. Dies ist sicherlich ein relevanter Bereich, der bei der Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen einbezogen werden

muss. Bei diesen Erkrankungen und Risiken wird eine alleinige Ausweitung der medizinischen Versorgung wenig nützen, da nur ein Teil auf medizinische Ursachen zurückzuführen ist. Um psycho-soziale Gesundheitsrisiken effektiv minimieren zu können, darf der Fokus nicht bei diagnostischen Verfahren liegen, sondern es müssen auch in anderen Politikbereichen, wie beispielsweise Familie und Bildung, entsprechende Maßnahmen folgen. So haben beispielsweise Sprachentwicklungsdefizite bei Kindern häufig keine medizinische Ursache, sondern sind ein grundlegendes soziales Problem, das weder Ärzte noch Krankenkassen lösen können. Dies gilt für die meisten Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern.

Bei den Kinderuntersuchungen (U1 – U9) und der Jugenduntersuchung (J1) werden bereits jetzt schon Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken erhoben und bewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung und weiterführende Maßnahmen werden mit den Eltern, Kindern, Jugendlichen in einem ärztlichen Beratungsgespräch besprochen. Eine individuelle präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Kinder- und Jugenduntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings werden für Kinder unter sechs Jahren aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 Absatz 5 angeboten. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich daher besonders bei primärpräventiven Maßnahmen in den Lebensräumen der Kinder unter sechs Jahren (z. B. in Stadtteilen, Kindergärten). Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz werden ebenfalls in diesen Settings von den Krankenkassen unterstützt. Damit sollen insbesondere Eltern sozial benachteiligter Gruppen erreicht werden. Wichtig sind für Eltern und Sorgeberechtigte Informationen über regionale Unterstützungsangebote, die sich speziell an Familien mit Kindern richten. Hier gibt es auch Angebote zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die sich unmittelbar an Eltern oder Sorgeberechtige richtet, ist im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kritisch zu bewerten, sofern sie nicht die Einbeziehung der Eltern oder Sorgeberechtigen in Maßnahmen, die auf das Kind gerichtet sind, zum Ziel haben. Ansonsten besteht das Risiko, dass Eltern und Sorgeberechtigten ungeeignete Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention empfohlen werden, da im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung die gesundheitlichen Risiken der Eltern oder Sorgeberechtigten nicht erhoben werden. Außerdem werden die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen häufig von Pädiatern durchgeführt, die kaum Erfahrungen in der medizinischen Behandlung von Erwachsenen haben.

Die aktuellen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen beinhalten bereits die Überprüfung des Impfstatus. Eine gesetzliche Verankerung dieser Maßnahme wird begrüßt, da damit die Bedeutung von Impfungen bekräftigt wird.

Die im Absatz 2 genannte Frist von 12 Monaten zur erstmaligen Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3 kann nur eingehalten werden, sofern die Inhalte der Ausgestaltung keine – bislang nicht vorliegende – Bewertung des Nutzens erfordern.

C) Änderungsvorschlag

In § 26 Absatz 1 wird der 3. Satz wie folgt geändert:

„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a Absatz 1 - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung wird die bisherige Kann-Regelung zu Bonussystemen für gesundheitsbewusstes Verhalten zu einer Soll-Regelung weiterentwickelt. Gegenüber dem bisherigen Wortlaut des § 65a enthält die vorgeschlagene Norm die folgenden Änderungen:

- Die bonusfähigen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention werden auf die Wahrnehmung von Maßnahmen nach § 20 Absatz 5 (neu) (zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention) begrenzt.
- Boni dürfen laut Gesetzesbegründung nur für die Inanspruchnahme zertifizierter Leistungen gewährt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Soll-Regelung zu Bonussystemen wird abgelehnt. Es sollte den Krankenkassen selbst überlassen bleiben zu entscheiden, ob und welche Bonussysteme angeboten werden. Gesetzliche Einschränkungen der bonusfähigen Maßnahmen werden ebenfalls abgelehnt. Mit der vorgeschlagenen Änderung würden die bonusfähigen Leistungen auf das von den Krankenkassen finanzierte bzw. bezuschusste Spektrum an Leistungen begrenzt. Der Gestaltungsraum der Krankenkassen, auch gesundheitsförderliche Maßnahmen jenseits zertifizierter GKV-Präventionsleistungen zu bonifizieren, sollte erhalten bleiben. Ziel der Gesundheitsbonusangebote sollte es sein, insbesondere solche Versicherte zu motivieren, die bisher keinen oder nur einen geringen Bezug zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben. Hierfür braucht es attraktive und flexible Angebote, z. B. die aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen. Der Gesetzgeber selbst verweist in § 25 Absatz 1 (neu) auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf die Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Es ist im Interesse der Solidargemeinschaft wirtschaftlich unsinnig, nur kassenfinanzierte Leistungen als bonifizierbare Maßnahmen zu berücksichtigen. Mit dem „Zertifizierungsvorbehalt“ würden zusätzliche bürokratische Hürden ohne inhaltlichen Mehrwert aufgebaut. Der Gestaltungsraum der Krankenkassen, auch gesundheitsförderliche Maßnahmen jenseits zertifizierter GKV-Präventionsleistungen zu bonifizieren, sollte erhalten bleiben. Die gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a der verschiedenen Krankenkassen haben übereinstimmend Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten

im Kontrollgruppenvergleich ergeben. Die bestehenden Bonussysteme haben sich demnach durch Einsparungen selbst getragen. Da dies nach § 65a Absatz 3 weiterhin Voraussetzung für entsprechende Satzungsregelungen ist, besteht keine Notwendigkeit für Änderungen an erfolgreich arbeitenden Systemen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 65a Absatz 1 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16
§ 65a Absatz 2 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bestimmt, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen soll, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmen Versicherten einen Bonus erhalten.

B) Stellungnahme

Die Entscheidung über das Angebot von Bonussystemen sollte den Krankenkassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Eine Verpflichtung zum Angebot von Bonussystemen in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 65a Absatz 2 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. SGB V umstrukturiert. Der Verweis auf § 20d Absatz 1 SGB V wird aufgrund der Neustrukturierung durch § 20i Absatz 1 (neu) ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Umstrukturierung ohne inhaltliche Auswirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18
§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung mit Schutzimpfung soll in Zukunft auch durch Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin", die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgen. Zudem erfolgt die Anpassung mehrerer Verweise in § 132e auf § 20d durch die Neustrukturierung der §§ 20 ff.

B) Stellungnahme

Auch wenn im Einzelfall der Einbezug von Betriebsätzen in die Versorgung mit Schutzimpfungen durchaus sinnvoll sein kann, lehnt der GKV-Spitzenverband die geplante Neuregelung ab. Es besteht keine Notwendigkeit, Betriebsärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, generell in die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen einzubeziehen. Gleichwohl sollte Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, mit Betriebsärzten Verträge über die Versorgung von Versicherten mit Schutzimpfungen zu schließen. Den Krankenkassen muss zur Steigerung der Durchimpfungsraten die Möglichkeit eröffnet werden, Impfungen sowie die Beschaffung von Impfstoffen kostengünstig zu gestalten.

C) Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 1 Satz 1 (neu) werden die Wörter „einschließlich Betriebsärzten" gestrichen.

§ 132e Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Krankenkassen können auch mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung ‚Betriebsmedizin', die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen nach § 20i schließen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit Fachärzten für Arbeitsmedizin Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen schließen.

B) Stellungnahme

Die Eröffnung selektivvertraglicher Optionen für Krankenkassen oder Ihre Verbände in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen abschließen zu können, ist zu begrüßen. Über dieses, für den Versicherten freiwillige Angebot, könnten Personen mit Vorsorgeuntersuchungen erreicht werden, die eher selten Ärzte aufsuchen bzw. über keinen festen Hausarzt verfügen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 140f Absatz 2 (neu) – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sachkundige Personen benennen, die ein Mitberatungsrecht in der Präventionskonferenz erhalten. Diese sollen laut Begründung zudem im Präventionsforum ihre Erfahrungen und ihre Expertise einbringen. Für die Mitwirkung in der Präventionskonferenz wird den sachkundigen Personen entsprechend der Regelung der Patientenbeteiligungsverordnung ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, Verdienstausfall und Aufwandsentschädigung gegen das Gremium zugesprochen, in dem sie mitberaten.

B) Stellungnahme

Der Einbezug des Sachverstandes von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten in der nationalen Präventionskonferenz wird als sachgerecht angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. umstrukturiert. Ein Verweis auf § 20d Absatz 1 und 2 wird aufgrund der Neustrukturierung durch die Angabe § 20i Absatz 1 und 2 (neu) ersetzt.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Umstrukturierung wird aufgrund der Neustrukturierung der §§ 20 ff. notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 20 Absatz 5 (neu) soll ergänzt werden, dass die Leistungserbringung im Bereich der verhaltensbezogenen Prävention zwingend eine Zertifizierung entsprechend den vom GKV-Spitzenverband nach § 20 Absatz 2 Satz 2 (neu) definierten Anforderungen voraussetzt. Die Zertifizierung kann durch die Krankenkasse oder in ihrem Namen durch beauftragte Dritte erfolgen.

B) Stellungnahme

Mit der verankerten verbindlichen Zertifizierung wird die Qualitätssicherung gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass der GKV-Spitzenverband der BZgA die Ausführung des Auftrags gemäß § 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) pauschal mit mindestens 50 Cent pro Versicherten zu vergüten hat, was einem jährlichen Betrag von 35 Mio. Euro entspricht. Die Vergütung ist quartalsweise am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten und jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

B) Stellungnahme

Eine verpflichtende Beauftragung und die damit verbundene Finanzierung der BZgA wird abgelehnt [s. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 5, § 20a Absatz 3 (neu)]. Die Vorgabe quartalsweiser Abschlagszahlungen macht deutlich, dass es nicht um eine Finanzierung des Auftrags nach Projektfortschritt geht, sondern um eine institutionelle Finanzierung der BZgA. Diese müsste bei einem Finanzvolumen von 35 Mio. Euro zur Umsetzung des Gesetzesauftrags ihrerseits Unteraufträge an weitere Kooperationspartner auf Landesebene vergeben. Dies wäre mit einem zusätzlichen (auch bürokratischen) Aufwand verbunden und dient nicht der Transparenz.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Ergänzung des § 20a Absatz 3 (neu) um die Sätze 4 – 6 ist zu streichen.

Sollte an dem Vorhaben der verpflichtenden BZgA-Beauftragung festgehalten werden, ist sicherzustellen, dass die Vergütung der erbrachten Leistungen nicht pauschal, sondern nach dem Stand der Auftragserfüllung/Projektfortschritt erfolgt und dem erstellten Arbeitsplan folgt. Eine pauschale Mittelzuweisung im Vorfeld wird abgelehnt, um sicherzustellen, dass Geld auch bei den Unterauftragsnehmern nach vorheriger Maßnahmen- und Kostenplanung erfolgt.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 20b Absatz 1 Satz 2 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbrachten Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nur erbracht werden dürfen, wenn sie von einer Krankenkasse oder von einem für die Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten zuvor zertifiziert worden sind.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass sich die Zertifizierung von BGF-Leistungen nur auf die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen bezieht, da die übrigen im Rahmen der BGF erbrachten Leistungen sich nicht in gleichem Maße standardisieren lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 Buchstabe b)
§ 20b Absatz 3 und 4 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3:

Die Norm zielt auf die Verstärkung der kassenübergreifenden Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Ermöglichung eines niedrigschwelligen, unbürokratischen Zugangs von Betrieben zu diesen Leistungen ab. Die Krankenkassen sollen den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Dies schließt Informationen über die Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung der zuständigen Krankenkasse für die Erbringung der Leistung im Einzelfall ein. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Beratung örtliche Unternehmensorganisationen beteiligt werden; laut Begründung dient diese Vorschrift der besseren Erreichung von kleinen und mittleren Unternehmen, die in Verbänden zusammengeschlossen sind. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Bundesländern, „das Nähere“ zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen zu vereinbaren. Mit dem Verweis auf die Geltung von § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X wird das Verfahren der Errichtung von regionalen Koordinierungsstellen vereinfacht.

Absatz 4:

Mit der Norm sollen die Krankenkassen veranlasst werden, den Mindestbetrag für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung [§ 20 Absatz 6 Satz 2 (neu)] in voller Höhe zu verausgaben. Sie verpflichtet die Krankenkassen dazu, im Falle der Unterschreitung des Mindestbetrags die nicht verausgabten Mittel dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Der GKV-Spitzenverband soll diese Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

B) Stellungnahme

Absatz 3:

Die angestrebte Verbesserung von Information und Zugangsmöglichkeiten für Betriebe zu GKV-Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird begrüßt. Arbeitgeber können auf Basis größerer Transparenz über BGF-Leistungen leichter Kontakt mit einer Krankenkasse ihrer Wahl aufnehmen. Diese Transparenz- und Koordinationsaufgabe sollte unter Nutzung bestehender Strukturen gelöst werden; für die genannten Zwecke können Länder-Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in den Bundesländern genutzt werden. Neue Strukturen mit zusätzlichem Finanzierungsbedarf würden den bürokratischen Aufwand erhöhen ohne zusätzlichen Nutzen zu stiften. Insoweit besteht für zusätzliche Regelungen der Finanzierung kein Bedarf. Die vorgesehene Verfahrensvereinfachung im Zusammenhang mit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften wird begrüßt.

Absatz 4:

Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist die komplette Verausgabung des vorgesehenen Mindestbetrags für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen selbst, wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist. Die Regelung wird aus Gründen der Bürokratievermeidung abgelehnt. Der Finanzierungsweg – von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband und von diesem zurück an die Landesverbände und Ersatzkassen – ist kompliziert und aufwändig. Die Nationale Präventionsstrategie nach § 20 d (neu) sowie die Landesrahmenvereinbarungen zu ihrer Umsetzung nach § 20 f (neu) und die Vorschriften von Absatz 3 (neu) sind geeignet, die Mittelverausgabung in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu steigern und die regionale Koordination der betrieblichen Gesundheitsförderung sicherzustellen. Übergreifende Regelungen für die regionale kassenübergreifende Information und Beratung sollten im Rahmen der Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 (neu) getroffen werden.

C) Änderungsvorschlag

Änderungen in § 20b Absatz 3 (neu):

In Satz 1 werden die Wörter „in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen“ gestrichen und nach dem Wort „Unterstützung“ die Wörter „zu Leistungen nach Absatz 1 unter Nutzung bestehender Strukturen“ ergänzt.

Satz 2 wird gestrichen.

Satz 3 wird Satz 2.

Satz 4 wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung nach Satz 1 und die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen."

Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

„Sofern für die Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung."

In § 20b (neu) wird die geplante Ergänzung eines Absatzes 4 gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Neuregelung wird die Beteiligung der Träger der Rentenversicherung an der nationalen Präventionsstrategie nach § 20d ff. SGB V (neu) verankert.

B) Stellungnahme

Die Einbeziehung der Träger der Rentenversicherung in die Nationale Präventionsstrategie ist sinnvoll und wird begrüßt. Die damit beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen in Prävention und Gesundheitsförderung Synergieeffekte zu erzielen. Auf Seiten der Rentenversicherung bestehen insbesondere Schnittstellen zu den betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen.

Vor diesem Hintergrund ist zu bedauern, dass die noch im Referentenentwurf vom 31.10.2014 vorgesehene Aufhebung der Ausgabendeckelung für medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, im vorliegenden Gesetzentwurf entfallen ist. Hierdurch werden nur noch die GKV und Pflegeversicherung zu Mehrleistungen aufgrund des Präventionsgesetzes verpflichtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 14 – Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 14 Absatz 3 wird die Teilnahme der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung an der Nationalen Präventionsstrategie gemäß §§ 20d – 20f SGB V (neu) – zusätzlich zu ihrer bereits jetzt dort geregelten Teilnahme an der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie – vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Unfallversicherungsträger sind wichtige Akteure insbesondere für den Arbeitsschutz, einschließlich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, und für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Bildungseinrichtungen. Hier bestehen wichtige Schnittstellen zu den Aufgaben der Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu weiteren Trägern. Die mit der Nationalen Präventionsstrategie beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen Synergieeffekte zu erzielen. Die Beteiligung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Unfallversicherung an der Nationalen Präventionsstrategie ist daher richtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 16 Absatz 2 Nr. 1 – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Spektrum der Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie soll mit der Neuregelung um Angebote erweitert werden, die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken.

B) Stellungnahme

Die gesundheitlichen Kompetenzen und Verhaltensweisen jedes Einzelnen werden durch die familiäre Sozialisation in entscheidender Weise geprägt. Der Erwerb positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen und Kompetenzen kann durch geeignete Leistungen zur Förderung der gesundheitlichen Kompetenzen von Eltern unterstützt werden. Die Erweiterung des Aufgabenbereichs der Leistungen zur Förderung der Erziehungskompetenzen um gesundheitsbezogene Aspekte ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 45 Absatz 2 – Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, dass Träger von Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche große Teile ihres Lebens verbringen, auf die Unterstützung eines „gesundheitsfördernde(n) Lebensumfeld(es)“ verpflichtet werden.

B) Stellungnahme

Der Erwerb positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen wird durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen unterstützt. Die Regelung fördert ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, die auch außerhalb von Familien betreut werden. Sie ist zu begrüßen. Es ist sachgerecht, die Verpflichtung zur Unterstützung eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes auch – wie noch im Referentenentwurf vom 31.10.2014 vorgesehen – durch entsprechende Regelungen zur Vergütung in § 78c zu flankieren. Daher wird vorgeschlagen, die im Referentenentwurf vorgesehene Neuregelung zu § 78c wieder in das Präventionsgesetz aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Zu § 45 Absatz 2: keiner

Wiederaufnahme der Neuregelung in § 78c: In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „wirtschaftlich sind“ die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen“ eingefügt.

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zum heutigen Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation sollen ab 2016 in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention zum Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung gehören. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und den Pflegeeinrichtungen sollen die Pflegekassen Vorschläge erarbeiten und deren Umsetzung unterstützen. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollen die Pflegekassen kooperieren und kassenübergreifend Leistungen erbringen. Die Kriterien der Leistungen werden durch den GKV-Spitzenverband festgelegt.

Im Jahr 2016 sollen für diese Präventionsleistungen 0,30 Euro je Versichertem ausgegeben werden. Dieser Betrag wird entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße dynamisiert. Nicht verausgabte Mittel einer Pflegekasse hat diese im Folgejahr dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen, der diese Mittel auf Pflegekassen verteilen soll, die Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung kassenübergreifender Verträge geschlossen haben.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung um Leistungen zur Prävention ab 2016 ist ebenso wie die damit einhergehende Beteiligung der Pflegekassen an der nationalen Präventionsstrategie und dem gesetzlichen Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Kriterien für die präventiven Leistungen festzulegen, grundsätzlich sachgerecht. Damit wird Übereinstimmung mit den Regelungen der Krankenversicherung und der dort seit Jahren bewährten Praxis hergestellt.

Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen den Ansatz, durch präventive Maßnahmen der Pflegekassen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Der Auftrag nach Absatz 1, wonach die Pflegekassen unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen sollen, folgt der Definition und Ausrichtung der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a Absatz 1 (neu) SGB V. Dies ist folgerichtig und unterstreicht, dass die

Pflegekassen mit ihren Leistungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der „Lebenswelt“ stationäre Pflegeeinrichtungen zuständig sind.

In der Gesetzesbegründung muss zwingend klargestellt werden, dass damit der Pflegeversicherung keine über die Präventionsleistungen hinausgehenden Leistungen der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung Leistungen der Prävention vorenthalten werden. Die PKV sollte verpflichtend mit einem gleichen pro-Kopf-Betrag wie die soziale Pflegeversicherung an den Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 5 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„Die Absätze 1 und 2 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.“

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll eine Feststellung zum Beratungsbedarf des Antragstellers hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V erfolgen. Diese Feststellung ist in einer gesonderten Präventionsempfehlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachter zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Dem Eintritt oder der Verschlechterung einer Pflegebedürftigkeit durch präventive Maßnahmen zu begegnen und dies im Rahmen des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend zu verstärken, wird begrüßt.

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gibt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter bereits Empfehlungen zu präventiven Leistungen ab. Diese werden im Formulargutachten festgehalten. Versicherte haben zudem einen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, die unter anderem die individuelle Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen insbesondere auch präventiven Hilfen umfasst. Damit stehen die Instrumente der Abgabe von Empfehlungen präventiver Maßnahmen und der Anspruch des Antragstellers für eine Beratung bereits zur Verfügung. Als weiteren Baustein zu diesen bereits bestehenden Instrumenten wird die Aufnahme eines gesondert festzustellenden Beratungsbedarfs für präventive Maßnahmen als sinnvolle Ergänzung erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 18a Absatz 1 Satz 1 – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung; Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird um eine Präventionsempfehlung erweitert. Diese soll die Pflegekasse an den Antragsteller weiterleiten und künftig auf dieser Grundlage umfassend und begründet Stellung nehmen, inwieweit Maßnahmen zur Prävention angezeigt sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung steht in Abhängigkeit zu den Änderungen zu § 18 Absatz 1 Satz 3 und § 18 Absatz 6 Satz 3.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen bieten für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessierten Personen unentgeltliche Pflegekurse an, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Neben der Vermittlung von Kenntnissen zur Erleichterung der Pflegetätigkeiten sollen insbesondere pflegebedingte seelische und körperliche Belastungen gemindert werden. Nunmehr soll gesetzlich klargestellt werden, dass die Pflegekurse auch dazu dienen sollen, bereits der Entstehung pflegebedingter seelischer und körperlicher Belastungen vorzubeugen.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme eines präventiven Ansatzes in die Pflegekurse wird begrüßt. Pflegepersonen sind durch die eingetretene Pflegesituation bzw. durch die praktische Pflege, z. B. eines nahen Angehörigen, in der Regel seelisch und körperlich stark belastet. Insoweit bedarf es der Angebote zur Vermeidung des Hinzutritts weiterer Belastungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 113a – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege soll das Ziel berücksichtigt werden, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen.

B) Stellungnahme

Die Vertragspartner nach § 113 sind verpflichtet, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards sicherzustellen. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Vor dem Hintergrund der erweiterten Aufgabenstellung der Pflegekassen nach § 5 Absatz 1, in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte Leistungen zur Prävention zu erbringen, ist eine Ergänzung der Ausrichtung von Expertenstandards auch auf Leistungen zur Prävention nachvollziehbar. Die darüber hinaus gehende Berücksichtigung des Einsatzes von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht jedoch über den im Rahmen von pflegerischen Expertenstandards abzubildenden Regelungsbereich hinaus und sollte deshalb gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 113a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention einzusetzen, zu berücksichtigen."

Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Es wird auf die Ausführungen zu § 5 SGB XI unter I. Artikel 6 Nr. 1 dieser Stellungnahme verwiesen.

Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

§ 34 – Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 34 soll ein neuer Absatz 10a aufgenommen werden. Bei Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung soll verpflichtend ein Nachweis über den Impfschutz des Kindes erbracht werden. Das Nähere zur Ausführung soll auf Landesebene geregelt werden.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung stellt vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über nicht ausreichende, altersgerechte Durchimpfungsraten einen Ansatz zur Förderung der Durchimpfungsraten bei Kindern dar. Ziel muss sein, dass die von der Schutzimpfungsrichtlinie empfohlenen Impfungen in Art und Umfang wahrgenommen werden, um einen ausreichenden Impfschutz der Versicherten bzw. der Bevölkerung sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet Maßnahmen, die zu einer Steigerung der Durchimpfungsraten beitragen und begrüßt die geplante Neuregelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Änderungen des SGB V durch Artikel 1 Nummer 6, 7 und 9 werden die entsprechenden Verweise in § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 2 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 1 Nummer 6, 7 und 9.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Absatz 7 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

§ 20 Absatz 7 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der GKV-Spitzenverband regelt in den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 auch spezifische Voraussetzungen für Leistungen gemäß § 3 Nummer 34 EStG."

B) Begründung

Nach § 3 Nummer 34 EStG sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, steuerfrei, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Bezugnahme des § 3 Nummer 34 EStG primär auf die Leistungen, die die Krankenkassen gemäß den Handlungsfeldern und Kriterien bezuschussen dürfen, bedeutet eine Einschränkung, die im Sinne einer Unterstützung der stetigen Bereitstellung primärpräventiver Angebote durch Arbeitgeber kontraproduktiv ist, insbesondere auch vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Summe von 500 Euro je Kalenderjahr und Mitarbeiter. Mit der vorgeschlagenen Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, in den Handlungsfeldern und Kriterien nach § 20 Absatz 2 (neu) abweichend von den Leistungsvoraussetzungen der Krankenkassen Regelungen zu treffen, die den arbeitgeberseitigen Leistungen spezifischer Rechnung tragen können, wird gewährleistet, dass die in § 3 Nummer 34 EStG verankerten Leistungen – wie bisher – qualitativ äquivalent zu den GKV-Leistungen sind und – neu – gleichzeitig diese nachhaltig ergänzen können. Die in der Gesetzesbegründung unter VI Nr. 1 (Gesetzesfolgen: Rechts- und Verwaltungsvereinfachung) beschriebene und gewünschte Vereinfachung durch die verpflichtende Zertifizierung gemäß § 20 Absatz 2 (neu) bliebe erhalten.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 24f Satz 2 (neu) - Entbindung

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

„[2]Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden***, sofern aufgrund des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind keine Gründe dagegen sprechen***."

B) Begründung

Der Gesetzgeber hatte im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) mit der Übernahme der RVO-Vorschriften in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch den o. g. Satz 2 in § 24f hinzugefügt und in § 134a Absatz 1 Satz 2 auf diese Norm verwiesen. Der Verweis auf 24f Satz 2 wird teilweise missverstanden. Er wird dahingehend ausgelegt, dass die gesetzliche Krankenversicherung die ambulante Geburt auch dann im Rahmen des Sachleistungsanspruches zur Verfügung zu stellen hat, wenn die Durchführung der ambulanten Geburt für die Mutter oder das Kind eine gesundheitliche Gefahr ist. Das ist mit den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar. Denn eine Leistung (ambulante Entbindung), die im Vergleich zu einer anderen Leistung (stationäre Entbindung) zu einem hohen gesundheitlichen Risiko für Mutter oder Kind führt, ist weder zweckmäßig noch notwendig und von daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erbringen (§ 12). Deswegen ist in § 24f Satz 2 die Wahlfreiheit zu konkretisieren, damit das Wohl von Mutter und Kind in allen geburtshilflichen Versorgungsformen gewährleistet wird. Es muss klargestellt werden, dass die gewollte bzw. gewünschte Leistung dann nicht zur Verfügung zu stellen ist, wenn sie die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet.

Denn die Vertragsverhandlungen zu einer erstmaligen Qualitätsvereinbarung nach § 134a Absatz 1a i. V. m. Absatz 1 nach den Neuerungen zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (FQWG) zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband zu den Kriterien, die gegen eine Geburt im häuslichen Umfeld sprechen, haben gezeigt, dass die Hebammenverbände davon ausgehen, dass der Wunsch der Versicherten zur freien Wahl des Geburtsortes auch dann von der Versichertengemeinschaft zu finanzieren sei, wenn der Gesundheitszustand der Mutter oder des Kindes gegen eine ambulante Entbindung spreche.

Wie dargelegt, ist diese Ansicht mit den das SGB V tragenden Prinzipien des § 12 nicht vereinbar, wonach die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch zweckmäßig und

notwendig sein müssen. Eine gesundheitsgefährdende Leistung ist ferner weder im Interesse der Mutter noch im Interesse ihres Kindes. Bereits deswegen erscheint es auch in Hinblick auf die im SGB V geforderten Qualitätskriterien erforderlich, die in § 24f genannten Leistungen dahingehend klarstellend zu konkretisieren, dass gesundheitsgefährdende Leistungen keinen Leistungsanspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung begründen können. Denn selbst wenn sich die werdende Mutter trotzt der ihr – durch die in jedem Fall gebotene Aufklärung – bekannten Risiken für eine ambulante „Risikogeburt" entscheidet, ist dieses für Mutter und Kind hohe gesundheitliche Risiko nicht auch noch von der Solidargemeinschaft zu finanzieren.

Mit der hier vorgeschlagenen Regelung wird insofern nicht die Wahl der Mutter für die risikoreiche ambulante Geburt eingeschränkt, sondern lediglich klargestellt, dass die Finanzierung dieser riskanten Geburten keine von der Solidargemeinschaft zu tragende Leistung ist.

Der GKV-Spitzenverband forderte in den Vertragsverhandlungen, dass zum Schutz von Mutter und ungeborenem Kind bei Vorliegen bestimmter Risiken/Kriterien (z. B. Zustand nach Uterusruptur, Blutgruppen-Inkompatibilität) eine geburtshilfliche Leistungserbringung als Geburt im häuslichen Umfeld grundsätzlich ausgeschlossen ist (absolute Ausschlusskriterien). Darüber hinaus soll eine Geburt im häuslichen Umfeld bei vorliegenden sogenannten relativen Ausschlusskriterien (z. B. unklarer Geburtstermin, Verdacht auf Übertragung, Überschreitung des Geburtstermins; Beckenanomalie, Myome, Thromboembolie) nur nach gründlicher Abklärung durch weitere Diagnostik, fachärztliches Konsil und ggf. Teamentscheidung sowie nach spezieller Risikoaufklärung möglich sein.

Diese Ausschlusskriterien sind von den bereits mit den Berufsverbänden der Hebammen vertraglich vereinbarten Ausschlusskriterien im Ergänzungsvertrag nach § 134a über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen (§ 9 Absatz 1 und 2 der Anlage 1 – Qualitätsvereinbarung; Internetseite: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/betriebskostenvertrag/betriebskostenvertrag.jsp) wort- und inhaltsgleich übernommen worden. Die jetzt mit den Hebammenverbänden in den Verhandlungen diskutierten Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld gelten also bereits seit 2008 für Geburten in Geburtshäusern und wurden maßgeblich von Hebammenvertretern selbst entwickelt.

Auch die Qualitätssicherung im Krankenhaus sieht vor, dass – trotz der grundsätzlich bestehenden freien Krankenhauswahl – zur Optimierung der perinatalogischen Versorgung die Zuweisungen von Schwangeren nur in eine Einrichtung erfolgen darf, die die für das entspre-

chende Risikoprofil der jeweiligen Schwangeren und/oder des Kindes definierte Voraussetzungen erfüllt. Die Krankenhäuser müssen also die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Geburten betreuen und somit die Leistungen erbringen zu dürfen.

Auch die im SGB V grundsätzlich gewährleistete Wahlfreiheit endet nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes dort, wo es Kriterien gibt, die die Wunschbehandlung zum Sicherheitsrisiko für das ungeborene Kind und/oder die Mutter werden lassen. Dies gilt vor allem dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine wesentlich risikoärmere Leistung (stationäre Entbindung) zu Verfügung stellt.

Ebenso macht es die geplante Gesetzesänderung nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 134a Absatz 1b, die einen Regressverzicht vorsieht, gerade notwendig, Regelungen zur Qualitätssicherung anzuerkennen, die den Regressfall verhindern. Auch der Hinweis des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft – GDV in seiner Stellungnahme an den Bundesrat erkennt diese Notwendigkeit (Bundesratsdrucksache 641/14; http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/12/GDV-Stellungnahme-Staerkung-Versorgung-GKV-Hebammen-2014.pdf). Dort heißt es: „…Bei Identifizierung von Schadenursachen, auf die eine Hebamme Einfluss hat …, wäre längerfristig eine Reduzierung der Anzahl von Geburtsschäden und damit eine signifikante Reduzierung des Gesamtschadenaufwands denkbar. …“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 62 – Belastungsgrenze

A) Problemstellung

Nach § 62 Absatz 1 haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2 v. H. bzw. für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, in Höhe von 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten.

Die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1 v. H. der Bruttoeinnahmen wird für nach dem 01.04.1972 geborene chronisch kranke Versicherte an die Voraussetzung geknüpft, seit dem 01.01.2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung regelmäßig in Anspruch genommen zu haben.

Sofern diese Versicherten die Voraussetzung der notwendigen Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen nicht erfüllen, gilt die Belastungsgrenze von 2 v. H. der Bruttoeinnahmen („Malusregelung“). Als „Ausnahme von der Ausnahme“ findet die 2-prozentige Belastungsgrenze wiederum keine Anwendung, wenn die vorgenannten Versicherten an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen; in diesem Fall gilt für sie wieder die 1-prozentige Belastungsgrenze. Gleiches gilt für weitere Ausnahmetatbestände nach Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mit dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention sollen strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, damit Versicherte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stärker und frühzeitiger in Anspruch nehmen. Damit soll erreicht werden, Risikofaktoren rechtzeitiger als bisher zu erkennen, positiv zu beeinflussen und so u. a. die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer Krankheiten zu senken.

Zugleich zielen die beabsichtigten Änderungen auf eine Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten und der Motivation zur Inanspruchnahme entsprechender Leistungen. So soll in § 1 explizit gesetzlich geregelt werden, dass die Aufgaben der Krankenversicherung auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten umfassen. In § 65a soll die aktuelle gesetzliche Regelung, wonach Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherter Leistungen zur primären Prävention gewähren „können“, in eine Soll-Regelung umgewandelt werden.

Mit dieser auf die Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und auf positive Leistungsanreize ausgerichteten „Präventionsstrategie" ist die Malusregelung in § 62, die Versicherte zur Vermeidung von finanziellen Nachteilen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen drängt, nicht zu vereinbaren. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen und einem daraus folgendem Nichteintreten von chronischen Erkrankungen, der eine solche Malusregelung ggf. rechtfertigen könnte, wissenschaftlich nicht belegt ist.

Zudem werden durch die aktuelle Regelung Versicherte, Ärzte und Krankenkassen bei der Prüfung der Anträge, ob eine regelmäßige Teilnahme an den Gesundheitsuntersuchungen erfolgte, erheblich administrativ belastet.

Daher sollte die Malusregelung ersatzlos gestrichen werden.

B) Gesetzesvorschlag

In § 62 Absatz 1 werden die Sätze 3 bis 5 gestrichen.

Die Sätze 6 und 7 werden die Sätze 3 und 4.

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015

zum Antrag
der Fraktion DIE LINKE
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“
(Drucksache 18/4322 vom 17.03.2015)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wesentliches Anliegen des Antrags ist die konsequente Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung auf die Verminderung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit. Die Bundesregierung wird aufgefordert, insbesondere die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung bundesgesetzlich anhand folgender Leitgedanken zu stärken:

- Entwicklung einer politischen Gesamtstrategie unter Einschluss aller zuständigen Ressorts und föderalen Ebenen mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, bestehende soziale Unterschiede in der Krankheits- und Risikobetroffenheit zu verringern sowie die Qualität der durchgeführten Maßnahmen zu verbessern.

- Organisatorische Neustrukturierung der Prävention durch Etablierung einer Koordinierungs- und Entscheidungsstelle bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die auch Maßnahmen durchführt und hierzu vom Bund, den Ländern, den Sozialversicherungen und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gemeinschaftlich finanziert wird.

- Ausweitung der für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel durch gesetzliche Finanzierungsverpflichtungen für den Bund, die Länder, die Sozialversicherungen und die Arbeitgeber; die Beteiligung der Industriezweige, die Produkte mit gesundheitlichem Risikopotenzial herstellen, an der Finanzierung der Prävention durch zweckgebundene Abgaben soll geprüft werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Zielsetzung, Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt auf die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen auszurichten und hierzu insbesondere die lebensweltbezogenen Maßnahmen zu verstärken. Auch die GKV versteht Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der insbesondere Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungen sowie private Kranken- und Pflegeversicherungen finanziell und inhaltlich beitragen müssen. Die geforderte Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ausbau der Präventionsforschung sowie die verpflichtende Prüfung von Gesetzesvorhaben im Hinblick auf ihre Folgen für die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit könnten diese gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Prävention unterstreichen.

Allerdings hält der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Organisations- und Finanzierungsstrukturen im Hinblick auf die dargestellten Intentionen überwiegend für nicht zielführend. Insbesondere die geforderte „Koordinierungs- und Entscheidungsstelle“ mit der Kompetenz zur Festlegung bundeseinheitlicher Ziele und deren Umsetzung würde zu einer Überzentralisierung von Prävention und Gesundheitsförderung führen und eine am örtlichen und regionalen Bedarf orientierte Leistungserbringung erschweren. Gegen das vorgeschlagene Modell einer gemischten, aus Zuwendungen des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gespeisten Finanzierung dieser Institution bestehen darüber hinaus auch verfassungsrechtliche Bedenken, da nach der Finanzverfassung des Grundgesetzes Bund und Länder, einschließlich der Bundes- resp. Landesaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger, gesondert die ihnen zugewiesenen gesetzlichen Aufgaben tragen und ihre Haushalte getrennt zu halten haben.

Die geforderte Stärkung lebensweltbezogener Maßnahmen sowie von Qualitätssicherung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung können auch ohne die vorgeschlagene Fondslösung bei der Finanzierung verwirklicht werden. Der GKV-Spitzenverband unterstützt den im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgezeichneten Weg, die unterschiedlichen Träger in wechselseitiger Abstimmung und Zusammenarbeit, aber *unter Wahrung ihrer Finanzautonomie,* zum Ausbau und zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen auf Basis gemeinsamer Ziele zu verpflichten. Nur wenn bei aufgabengerechter Verteilung der Zuständigkeiten die Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung in *einer* Hand liegen, lassen sich Unwirtschaftlichkeiten und Kostenverlagerungen zwischen Staat und Sozialversicherun-

gen ausschließen. Unverträglich hiermit sind sowohl gemischt finanzierte Fonds wie auch verpflichtende Beauftragungen von Bundesbehörden aus Beitragsmitteln der Sozialversicherung, die gleichermaßen ordnungspolitische Fehlentscheidungen darstellen würden.

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“
(Drucksache 18/4327 vom 18.03.2015)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll einen Entwurf für ein Gesundheitsförderungsgesetz vorlegen, der die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger verbessert und einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leistet. Eine auf Vergrößerung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtete Prävention habe ihr Augenmerk nicht nur auf die Verringerung schichtspezifischer Unterschiede im Gesundheitszustand, sondern auch auf die Verringerung geschlechtsspezifischer sowie mit einem Migrationshintergrund, dem Wohnsitz (z. B. in sozial benachteiligten Stadtteilen) oder Arbeitslosigkeit verbundener Ungleichheiten zu richten. Der Schwerpunkt des Gesetzes soll auf den „Alltagswelten“ (synonym zu „Lebenswelten“) der Menschen liegen, insbesondere Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen und Gemeinden. Hier sollen unter aktiver Beteiligung der dort lebenden Menschen Veränderungsprozesse für eine Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und die Verminderung gesundheitlicher Risiken initiiert und begleitet werden. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung soll insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen für ältere und weibliche Beschäftigte gestärkt werden. Wesentliche Handlungsebene für die Gesundheitsförderung ist die Kommune. Auf kommunaler Ebene sollen Strukturen und Angebote für eine nachhaltige und sozial ausgleichende Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen bzw. gestärkt werden. Das geforderte Gesundheitsförderungsgesetz soll die Grundlagen für eine gemeinsame Zielbildung in Prävention und Gesundheitsförderung schaffen und die Koordination und Kooperation der maßgeblichen Akteure auf Basis dieser Ziele auf allen föderalen Ebenen unter Anknüpfung an bereits etablierte und bewährte Strukturen verbessern. Bund, die Länder, die Kommunen, die Sozialversicherungen sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung sollen an der Finanzierung der Prävention beteiligt werden. Der auf die GKV entfallende Beitrag an der Finanzierung der Primärprävention und Gesundheitsförderung soll auf 10 Euro pro Versicherten und Jahr und damit um 40 Prozent über den im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgesehenen Betrag hinaus angehoben werden; zum Umfang der von den übrigen Finanzierungsträgern beizusteuernden Anteile werden keine Angaben gemacht.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Prävention auf die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit insbesondere durch Ausbau und qualitative Stärkung wirksamer und nachhaltiger Maßnahmen in den Lebens- bzw. Alltagswelten der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet werden soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht hier eine grundsätzliche Übereinstimmung mit dem von der Bundesregierung in ihrem Präventionsgesetz-Entwurf verfolgten Ansatz. Bei grundsätzlicher Zustimmung zu den Intentionen des Antrags ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die in der Begründung enthaltene Kritik an der Praxis der

von den Krankenkassen auf Basis der geltenden Rechtslage erbrachten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen unbegründet. Die verstärkte Ausrichtung der Prävention auf die bessere Erreichung sozial benachteiligter Gruppen darf nicht gegen andere effektive Präventionsarten ausgespielt werden. Die GKV erbringt auf Basis der Paragrafen 20 und 20a SGB V qualitätsgesicherte Leistungen zur individuellen Primärprävention (Gesundheitskurse) und leistet Unterstützung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – überwiegend in Schulen, Kindertageseinrichtungen und Gemeinden sowie im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung – nach dem GKV-Leitfaden Prävention in einem Gesamtumfang von 289 Millionen Euro (2014). Die Bonusprogramme der Krankenkassen nach § 65 a SGB V im Umfang von über 300 Millionen Euro flankieren diese Leistungen durch finanzielle Anreize. Die Wirksamkeit der Bonusprogramme zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens ist anhand strenger Kriterien im Kontrollgruppenvergleich überzeugend nachgewiesen. Hinzu kommen die umfangreichen Präventionsleistungen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems von den Schutzimpfungen über die Früherkennungsuntersuchungen bis zur zahnmedizinischen Prävention. Die GKV erbringt zusammen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in einem Gesamtumfang von ca. fünf Milliarden Euro. In Anbetracht des bereits jetzt annähernd zur Hälfte von der GKV finanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungsgeschehens (bei Gesamtausgaben von ca. 11 Milliarden Euro) weist der GKV-Spitzenverband die Forderung nach weiterer Anhebung des von der GKV beizusteuernden Finanzierungsanteils zurück. Die Stärkung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe darf sich nicht darin erschöpfen, dass nur der auf die GKV entfallende Anteil angehoben wird.

Die Forderung nach Stärkung von Koordination und Vernetzung der Prävention insbesondere auf kommunaler Ebene – unter Anknüpfung an bereits etablierte und bewährte Strukturen – wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich geteilt. Hier stellt sich allerdings die Frage, wie mit einem *Bundes*gesetz Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen strukturell noch mehr gestärkt werden können. Der Bundesgesetzgeber verfügt im föderalen Kompetenzgefüge im Wesentlichen nur über die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, um die Prävention inhaltlich und finanziell zu gestalten. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Präventionsgesetz werden zur Stärkung von Zielorientierung und Zusammenarbeit Bundesrahmenempfehlungen der Sozialversicherungsträger auf der Bundesebene und auf Landesebene darauf aufbauende verpflichtende Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen vorgesehen. Die im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen zu den Bundesrahmenempfehlungen und den Landesrahmenverein-

barungen erscheinen als das im bundesstaatlichen Kompetenzgefüge Machbare zur Verbesserung von Koordination und Vernetzung der unterschiedlichen Präventionsakteure.

GKV Spitzenverband

Bundesagentur für Arbeit

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(36)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Herrn
Staatssekretär Lutz Stroppe
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

26.11.2014

Referentenentwurf Präventionsgesetz – Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

der GKV-Spitzenverband und die Bundesagentur für Arbeit begrüßen wesentliche Zielsetzungen des aus Ihrem Hause vorgelegten Entwurfs eines Präventionsgesetzes. Gemeinsam unterstützen wir den Grundgedanken, das Zusammenwirken aller für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zuständigen Träger durch die Verständigung auf gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsmaßstäbe sowie Kooperationsregeln zu stärken, Transparenz über die erbrachten Leistungen zu schaffen und die Versorgung durch Erprobung neuartiger Ansätze zu verbessern.

Zu dem Präventionsgesetzentwurf möchten wir als Leistungsträger im Bereich Gesundheitsförderung bzw. Arbeitsförderung/Grundsicherung für Arbeitsuchende für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen sowie erwerbsfähiger Leistungsberechtigter der Grundsicherung, mit einem gemeinsamen Anliegen an Sie herantreten.

Die gesetzliche Krankenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit haben ein gemeinsames Interesse daran, die Gesundheit arbeitsloser Menschen und ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Dies ist umso bedeutsamer, als Arbeitslosigkeit ein gravierendes Gesundheitsrisiko darstellt. Arbeitslose Menschen leiden vermehrt an psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen, sind länger und häufiger in stationärer Behandlung und erhalten öfter Arzneimittelverordnungen als beispielsweise Beschäftigte. Gesundheitliche Einschränkungen verstärken sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit und sind ein entscheidendes Hemmnis bei der Arbeitssuche und (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Eine Zusammenarbeit von Krankenkassen, Agenturen für Arbeit und gemeinsamen Einrichtungen zur Erreichung der Zielgruppe sowie zur Verknüpfung von Arbeitsförderungs- und Integrationsmaßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen ist sinnvoll und notwendig.

Deshalb haben der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und die Bundesagentur für Arbeit in 2012 eine Empfehlung zur Zusammenarbeit zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit abgeschlossen. Diese sinnvolle Kooperation sollte sich in einem Präventionsgesetz wieder finden und darüber hinaus durch dieses gestärkt werden. Hierzu haben wir folgenden Vorschlag:
Die Bundesagentur für Arbeit alsTrägerin der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Arbeitsförderung sollte im Kontext der nationalen Präventionsstrategie nicht nur „an der Vorbereitung" der bundesweiten Rahmenempfehlungen (§ 20d Abs. 2 Ziffer 1, letzter Satz) und der Landesrahmenvereinbarungen (§ 20f Abs. 2 Sätze 2 und 3) beteiligt werden und diesen Landesrahmenvereinbarungen beitreten können. Zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für Arbeitslose sollte die Bundesagentur im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Abs. 1 mit beratender Stimme beteiligt werden, wie dies bereits u. a. für die Kommunalen Spitzenverbände vorgesehen ist.

Derzeit erproben die GKV und die BA an sechs Standorten unter verschiedenen Rahmenbedingungen die Verknüpfung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Arbeitsförderungs- und Integrationsaktivitäten im Rahmen des Settingansatzes. Die Erkenntnisse aus diesem Projekt können bezogen auf die sozial benachteiligte Zielgruppe der Arbeitslosen/erwerbsfähigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung in die nationale Präventionsstrategie und damit in eine spezifische trägerübergreifende bundesweite Rahmenempfehlung einfließen und in den Landesrahmenvereinbarungen seitens der GKV anteilig aus den vorgesehenen Mitteln für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (hier Kommunen) umgesetzt werden.

Wir bitten Sie, im Sinne der fraglos sozial benachteiligten Zielgruppe, um Berücksichtigung unseres gemeinsamen Vorschlags. Wir sind überzeugt davon, dass die beratende Mitwirkung der BA in der nationalen Präventionskonferenz dazu beiträgt, dass arbeitsmarktbezogene Maßnahmen zunehmend besser mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verknüpft werden und arbeitslose Menschen besser mit Präventionsleistungen erreicht werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Für den GKV-Spitzenverband:

Gernot Kiefer

Für die Bundesagentur für Arbeit:

Heinrich Alt

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(26)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

(Präventionsgesetz – PrävG)

Stand 20.04.2015

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen ... 3
Zielgruppen ... 6
Präventionsziele ... 7
Ärztliche Präventionsempfehlungen ... 9
Finanzierung primärpräventiver Leistungen ... 11
Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ... 13
Betriebliche Gesundheitsförderung ... 16
Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz ... 19
Ärztliche Präventionsempfehlungen ... 22
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen ... 24
Bonusprogramme ... 25
Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte ... 26
Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen ... 27
Streichung.Einrichtung eines Überlauftopfes ... 27
Prävention in Pflegeeinrichtungen ... 29
Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ... 31
Pflegekurse für Angehörige ... 32
Expertenstandards Pflege ... 33

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Vermeidung von Krankheiten durch Prävention und Gesundheitsförderungen ist ein hohes, gesamtgesellschaftliches Ziel. Gesund zu sein, liegt dabei nicht nur im Interesse jedes einzelnen Menschen. Weniger Leistungsausgaben für Krankheit, Rehabilitation und Pflege entlasten zudem die Solidargemeinschaft der Kranken- und Pflegeversicherung. Ferner profitieren die Wirtschaft und auch die anderen Sozialversicherungssysteme von sinkenden Krankheitstagen und längerer Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Die Innungskrankenkassen begrüßen es, dass die Bundesregierung die Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Gesetzesinitiative weiterentwickeln will. Insbesondere die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in den sogenannten Lebenswelten heben die Innungskrankenkassen als unternehmensnahe Krankenversicherer dabei besonders positiv hervor. Auch die Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Dennoch bestehen aus Sicht der Innungskrankenkassen erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit von einzelnen Strukturentscheidungen. Mit dem Gesetzentwurf sollen nur die Kranken- und Pflegekassen in die finanzielle Verantwortung genommen werden. Es wird übersehen, dass die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zwar ein wichtiger, aber nicht der einzige Akteur für die Prävention ist. Und dennoch werden im Gesetzestext nur die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung in die Umsetzung und Finanzierungspflicht genommen. Ähnlich verhält es sich mit der Nationalen Präventionskonferenz: Sämtliche Akteure der Prävention werden zwar in die Erstellung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen und damit in die für die Weiterentwicklung der Prävention notwendigen Vereinbarung von gemeinsamen Zielen, Handlungsfeldern und Zielgruppen einbezogen, doch die finanzielle Verantwortung soll nur den Kranken- und Pflegekassen obliegen. Dies ist aus Sicht der Innungskrankenkassen ein entscheidender Webfehler im Präventionsgesetz.

Für die Innungskrankenkassen stehen im Gesetzentwurf Finanzierungsverantwortung und Entscheidungskompetenz der Kassen nicht in einem angemessenen Verhältnis. Das kommt bei der Sitzverteilung in der Präventionskonferenz ebenso zum Ausdruck wie bei der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Innungskrankenkassen lehnen sowohl die Beauftragung der BZgA, kassenübergreifende Leistungen in Lebenswelten zu entwickeln und zu implementieren, als auch deren Finanzierung mit jährlich 35 Millionen Euro aus Versichertengeldern ab.

Mit der Gründung kassenartenübergreifender, regionaler Koordinierungsstellen im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung soll der Versuch unternommen werden, den Zugang der Betriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Die Innungskrankenkassen bewerten den Regelungsansatz negativ. Ein niedrigschwelliger, unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben sichergestellt.

Mit diesem Gesetz soll auch die Prävention in der Pflege gestärkt werden. Damit wird die immer wichtigere Gruppe der Älteren, Multimorbiden und Pflegebedürftigen in den Blick genommen. Die Innungskrankenkassen haben sich schon seit langem für mehr Prävention in der Pflege ausgesprochen und begrüßen daher dieses Ziel des Gesetzgebers sehr. Allerdings sehen wir kritisch, dass nur Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Einrichtungen, nicht jedoch im ambulanten Bereich profitieren sollen. Daher schlagen wir vor, Prävention auch in der ambulanten Pflege zu fördern.

Finanzierung/Risikostrukturausgleich

Die Bundesregierung beziffert die jährlichen Mehrausgaben des Gesetzesentwurfs für die gesetzliche Krankenversicherung ab 2016 auf ca. 260 Mio. Euro. Entgegen der eigentlich als Gemeinplatz anzusehenden Tatsache, dass Prävention von Erkrankungen ein gesamtgesellschaftliches Interesse sein muss, sind dem vorliegenden Entwurf zufolge aber die dafür notwendigen Mittel in Zukunft allein aus den Zusatzbeiträgen der GKV-Mitglieder zu erbringen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist daher die Finanzierungsbasis der anvisierten Maßnahmen grundsätzlich überarbeitungsbedürftig. Denn neben der Krankenversicherung profitieren Arbeitgeber, sonstige Sozialversicherungsträger und auch der Staat ganz erheblich von einer Verbesserung der Präventionsbemühungen.

Die gesetzliche Initiative zur finanziellen Förderung ist grundsätzlich richtig, wenn sie eine effektive Verbesserung der Präventionsangebote mit sich bringt. Ob die dafür notwendigen Anreizstrukturen unter den gegenwärtigen Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches gegeben sind, darf aber bezweifelt werden. Die rückläufigen Aufwendungen der GKV für Primärprävention seit dessen Einführung im Jahr 2009 sprechen hier eine eindeutige Sprache. Eine ad-hoc-Ausweitung des Finanzierungsvolumens ohne dazugehörige Nachbesserungen bei den Anreizstrukturen greift aus unserer Sicht zu kurz, denn viel hilft bekanntlich nicht immer viel. Gleichzeitig müssten vielmehr systemische Hindernisse zur Wahrnehmung von Präventionsanreizen beseitigt werden, um ein ineffektives Verpuffen der Mehraufwendungen zu vermeiden.

Seit Einführung des Morbi-RSA hat die GKV auf Grund der Bedeutung der Morbidität für die eigene Finanzbasis ein verringertes Interesse daran, potenziell „einträgliche“ Erkrankungen gänzlich zu verhindern. Vielmehr sichert das frühzeitige Erkennen von Krankheiten den Krankenkassen Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich. Folgerichtig steigen die Ausgaben für Früherkennungsleistungen an, weil die frühzeitige Erkennung eine kostengünstige Beherrschung auf niedrigem Krankheitslevel fördert.

Offenkundig herrschen hier im Hinblick auf die Chancen für effektive Primärprävention massive Fehlanreize, so dass zu befürchten ist, dass auch ein Zwang zur Ausgabenerhöhung keine Garantie für effektive Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit sich bringt. Die rasante Zunahme von Volkskrankheiten wird sich dann ungebremst fortsetzen. Die Innungskrankenkassen plädieren daher dafür, die grundlegenden Fehlanreize, die sich aus der aktuellen Gestaltung des Morbi-RSA ergeben, zu beseitigen und die

Präventionsneutralität des Morbi-RSA als gesetzliche Zielvorgabe im § 268 SGB V zu verankern.

Darauf aufbauend ist auch der RSA selbst anzupassen. Die oben dargelegte Entwicklung wurde bereits durch den alten Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes vorhergesehen. Sie ist insbesondere in der übermäßigen Berücksichtigung von der Prävention zugänglichen Volkskrankheiten begründet. Wir plädieren daher nachdrücklich dafür, die Methodik der Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich anzupassen. Ziel muss das Ende der übermäßigen Berücksichtigung der leichten, durch Prävention vermeidbaren und kostengünstigen Volkskrankheiten sein. Zusätzlich kann auch die Möglichkeit diskutiert werden, Krankheitskosten von der Prävention zugänglichen Krankheiten nicht mehr vollständig auszugleichen. Nur durch die Beseitigung der Präventionsdefizite des RSA können wieder Anreize zu größeren Präventionsanstrengungen in der GKV gesetzt werden.

Bei jenen Gesetzesänderungen, die in dieser Stellungnahme unerwähnt bleiben, verweisen wir auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.

Zielgruppen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 2b SGB V: Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Geschlechtsspezifische Besonderheiten sollen bei den Leistungen der Krankenkassen berücksichtigt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei den Leistungen. Ab § 2a SGB V wird eine zielgruppenspezifische Ausrichtung besonderer Personengruppen betont.

Vermisst wird vor diesem Hintergrund der Ausrichtungsschwerpunkt auf sozial bedingte Besonderheiten, der nach Auffassung der Innungskrankenkassen ebenfalls mehr Berücksichtigung finden sollte.

Änderungsvorschlag

§ 2b SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen und *sozial bedingten* Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Entsprechend wird die Überschrift geändert in „Geschlechtsspezifische und sozial bedingte Besonderheiten.“

Präventionsziele

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 1, 2 und 3 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Das Hauptziel der primären Prävention, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken, bleibt bestehen. Neben der primären Prävention findet nun auch die Gesundheitsförderung Eingang in § 20 Absatz 1. Entsprechend werden die Begrifflichkeiten im ersten Absatz per Definition voneinander getrennt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, primärpräventive Leistungen und Leistungen zur Gesundheitsförderung in der Satzung verbindlich vorzusehen.

Der GKV-Spitzenverband definiert für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien, die insbesondere auf die intersektorale Zusammenarbeit ausgerichtet sind, sowie ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten, um die einheitliche Qualität der Leistungen sicherzustellen.

Die zertifizierten Leistungen der Krankenversicherung veröffentlicht der GKV-Spitzenverband neben den festgelegten einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien auf seiner Internetseite. Hierzu sollen die Kassen die erforderlichen Auskünfte und die erforderlichen nicht versichertenbezogenen Daten an den GKV-Spitzenverband übermitteln.

Zur Erfüllung der im Gesetz genannten Aufgaben soll sich der GKV-Spitzenverband an im Gesetz explizit aufgeführten Gesundheitszielen ausrichten. Die Vorlagen hierzu wurden vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ u.a. auch in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in den vergangenen Jahren erarbeitet.

Bewertung

Dem GKV-Spitzenverband kommt bereits heute eine große Verantwortung für die Ausgestaltung der einheitlichen, wettbewerbsneutralen Rahmenbedingungen zu. Die Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der primären Prävention wird als sinnvoll erachtet. Die Aufgabenerweiterung des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung kann mitgetragen werden.

Beruhend auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand fordern die Innungskrankenkassen gemeinsam mit vielen Akteuren schon seit langem die Entwicklung einer übergreifenden, integrierten Präventionsstrategie. Hierfür muss eine gemeinsame

Zielausrichtung und Kooperation aller auf diesem Feld tätigen Akteure erfolgen. Eine Zielorientierung, die sich nur auf die Leistungen im SGB V beschränkt, ist zu kurz gegriffen. Eine ergebnisorientierte Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Finanzierung muss übergreifend und gesamtgesellschaftlich sichergestellt werden und nicht nur für die Kassen verpflichtend sein.

Daher lehnen es die Innungskrankenkassen ab, dass die benannten Ziele alleinig von der GKV umgesetzt und finanziert werden sollen. Es muss vielmehr gewährleistet sein, dass die nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele nicht nur – wie im derzeitigen Entwurf bereits vorgesehen – von den wesentlichen Präventionsakteuren erarbeitet, sondern auch auf allen betroffenen Ebenen umgesetzt und nachhaltig, d.h. nicht nur zu Lasten der Sozialsysteme, finanziert werden.

Die Ziele sind nicht kompatibel zur Überschrift. Sie gehen weit über die Ziele von primärer Prävention und Gesundheitsförderung hinaus. Beispielsweise beschreibt das Ziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ kein primär- sondern tertiäres Präventionsziel.

Auch wenn es grundsätzlich nachvollziehbar und eine Anerkennung der u.a. durch die GKV finanzierten und unterstützten Arbeit von gesundheitsziele.de ist, dass die in diesem Rahmen erarbeiteten Gesundheitsziele Eingang in das Präventionsgesetz finden sollen, muss dabei berücksichtigt werden, dass Stand und Auswahl der Ziele historisch gewachsen sind. Diese Liste kann keinesfalls abschließend sein, wie auch die Ziele selber einer regelmäßigen Überarbeitung bedürfen.

Der Begründung der Norm entsprechend fordert der IKK e.V., dass die Nationale Präventionskonferenz in bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen übergeordnete einheitliche und gemeinsame Ziele festlegt. An dem statischen Verweis auf die bestehenden Gesundheitsziele kann aus Sicht der Innungskrankenkassen nur festgehalten werden, wenn das BMG mit einer Verordnungsermächtigung eine flexible Anpassung der Zielliste auf Basis des Beschlusses der Präventionskonferenz vornehmen kann.

Änderungsvorschlag

Die nationalen Präventionszielsetzungen müssen auch Eingang in jene Gesetze finden, die Rahmenbedingungen für das Handeln anderer Sozialversicherungsträger, des Bundes, der Länder sowie der Gemeinden aber auch für Arbeitgeber, Schulen, Lebensmittelindustrie usw. setzen. Die alleinige Umsetzungsverantwortung der GKV für die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele lehnt der IKK e.V. ab.

Die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes sollten dem § 20 Abs. 2 SGB V entsprechen und auf die häufigsten Krankheiten und Risikofaktoren ausgerichtet sein.

Die Überschrift des § 20 SGB V wird wie folgt geändert: *„Prävention und Gesundheitsförderung“.*

Ärztliche Präventionsempfehlungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 4 und 5 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 5 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung des § 20 Absatz 4 schreibt der Gesetzgeber die übliche Trennung der Leistungen der Primärprävention in individueller Verhaltensprävention und Prävention in Lebenswelten fest. Die Krankenkassen dürfen Präventionsleistungen nur anbieten, wenn diese zertifiziert sind. Die Zertifizierung kann auch von Dritten erbracht werden. Leistungsentscheidungen der Krankenkassen müssen gegebenenfalls betriebsärztliche oder vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen“ im Bereich der individuellen Verhaltensprävention berücksichtigen, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung bei Erwachsenen, Kindern (§§ 25 und 26 SGB V) und Arbeitnehmern durch den Arzt gegeben werden können.

Bewertung

Der Begriff Präventionsempfehlungen wird nicht näher definiert. Es bleibt weitgehend unklar, was eine Präventionsempfehlung umfasst und wo ihre Grenzen sind. Schon heute ist die Berücksichtigung primärpräventiver Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V Teil der ärztlichen Aufgaben. Aus diesem Grund darf sich aus den neuen Regelungen kein erweiterter Vergütungsanspruch ableiten. Wenn mit Hilfe von ärztlichen Präventionsempfehlungen weitere Zielgruppen erreicht werden können, ist diese Regelung grundsätzlich begrüßenswert. Es muss – wie vorgesehen – sichergestellt sein, dass eine ärztliche Präventionsempfehlung keine Bedingung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist.

Eine stärkere Rolle der Ärzte in der Primärprävention muss dringend mit Änderungen der Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen der Ärzte einhergehen. Prävention wird derzeit in der Ausbildung wenig Raum geschenkt. Im Vordergrund steht vielmehr der kurative Ansatz. Es bedarf daher einer angemessenen Berücksichtigung der Prävention in der medizinischen Ausbildung, damit Ärzte der neuen Regelung gerecht werden können.

Gegen betriebsärztliche Präventionsempfehlungen spricht grundsätzlich nichts. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, innerhalb derer der Betriebsarzt auf Wunsch tätig werden kann, vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Diese Untersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Da eine betriebsärztliche Untersuchung nicht in jedem Fall mit der Früherkennungsuntersuchung nach § 25 SGB V vergleichbar ist, wird eine Nennung an dieser Stelle nicht für zwingend notwendig erachtet.

Der Verweis auf § 23 SGB V in § 20 Abs. 5 S. 2 sollte gestrichen werden, da diese Regelung Mitnahmeeffekte zur Folge haben kann.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: Streichung des im § 20 Abs. 5 Satz 2 (wohnortferne Angebote).

Finanzierung primärpräventiver Leistungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 6 SGB V: Primäre Prävention (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

In dem vorliegenden Entwurf wird der Jahresrichtwert im Jahr 2016 für Leistungen der Primärprävention nach den §§ 20, 20a und 20b auf sieben Euro je Versicherten erhöht. Hiervon sollen mindestens zwei Euro je Versicherten für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und zwei Euro je Versicherten in den Lebenswelten (außerbetriebliche Settings) ausgegeben werden. Die jährliche Anpassung über die monatliche Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV bleibt unverändert.

Bewertung

Die vorgeschlagene Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung wird vom IKK e.V. grundsätzlich befürwortet. Die Innungskrankenkassen betrachten die Anhebung der GKV-Ausgaben als einen notwendigen Schritt, der Prävention und Gesundheitsförderung sukzessiv einen ihnen angemessenen Stellenwert – neben den Säulen „Kuration“ und „Rehabilitation“ – zu verschaffen. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden dringenden Handlungsbedarfs infolge der demografischen Entwicklung sowie der Tatsache, dass gerade Investitionen in die Gesundheitsförderung in Betrieben belegbare Erfolge mit sich bringen, gewinnt diese Regelung an Bedeutung. In der Vergangenheit bekamen die Kassen, die freiwillig mehr in diesen Bereichen investiert hatten, als es die Soll-Vorschrift vorgab, Probleme mit der Aufsicht. Dies sollte mit Blick auf die notwendige Verstetigung von Maßnahmen in Zukunft ausgeschlossen werden.

Gleichwohl ist es nicht sachgerecht, nur die GKV-Mitglieder über die Zusatzbeiträge in die finanzielle Pflicht zu nehmen. Um ein gesundheitsbewusstes Verhalten und gesundheitsförderliche Prozesse und Rahmenbedingungen in Lebenswelten und Betrieben nachhaltig zu gestalten, müssen sie auf Dauer angelegt und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe finanziell getragen werden. Selbst wenn die Krankenkassen Projekte mit deutlich mehr Mitteln initiieren, müssen sie von den grundsätzlich zuständigen Trägern weitergeführt werden. Hierbei sind auch Länder und Kommunen, aber auch andere Sozialversicherungsträger stärker und mit konkreten (finanziellen) Vorgaben in die Pflicht zu nehmen.

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, eine zweijährige Übergangsfrist bis zum Erreichen des Höchstbetrages aufzunehmen. Eine sofortige Verdoppelung der finanziellen Verpflichtung schon im Jahr 2016 birgt die Gefahr, dass die Mittel zunächst nach dem

„Gießkannenprinzip“ ohne eingehende Prüfung des tatsächlichen Bedarfs auf Unternehmen und nichtbetrieblichen Settings verteilt werden, um pro forma die erforderlichen Richtwerte zu erreichen.

Dass der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten insgesamt mehr Bedeutung beigemessen wird, ist eine positive Entwicklung. Wichtig ist auch deren Ausrichtung an sinnvollen und nachhaltigen Angeboten für die Maßnahmen sowohl der betrieblichen als auch der außerbetrieblichen Settings. Die Innungskrankenkassen fordern, die Schwerpunktsetzung der Leistungserbringung in Maßnahmen des betrieblichen oder nichtbetrieblichen Settings den Krankenkassen zu übergeben. Eine starre Vorgabe im Bezug auf die Verteilung der Mittel für die betrieblichen Settingmaßnahmen (betriebliche Gesundheitsförderung) und die nichtbetrieblichen Settings nimmt den Krankenkassen die Möglichkeit, dem Bedarf der eigenen Versichertenstruktur entsprechend Mittel zur Verfügung zu stellen.

Änderungsvorschlag

Schaffung einer Übergangsregelung in Form eines Stufenplans zur Anpassung des Jahresrichtwerts in den Settings (betrieblich und Lebenswelten) bis ins Jahr 2018 und Klarstellung im Gesetz, dass eine Überschreitung der Werte möglich ist. Die Kassen sollen selbst entscheiden können, ob sie betriebliche oder nichtbetriebliche Settings fördern.

Die Budgets für Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung sind entsprechend zusammen zu legen und mit vier Euro zu beziffern. Darüber hinaus ist die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sicherzustellen.

Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a SGB V: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20a Absatz 3 Satz 3 SGB V: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Den neuen gesetzlichen Regelungsinhalten wird eine Definition des Begriffes (außerbetriebliche) Lebenswelten voran gestellt. Die Krankenkassen sollen auf Grundlage der Landesrahmenvorgaben zur Präventionsstrategie insbesondere den Aufbau und die Stärkung der gesundheitsförderlichen Strukturen fördern. Weiterhin können die Krankenkassen Leistungen zur Prävention in Lebenswelten anbieten, wenn Bereitschaft der Lebenswelt-Verantwortlichen zur Umsetzung der Eigenleistung besteht.

Bei der Leistungserbringung für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, sollen die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammenarbeiten.

Ab 2016 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom GKV-Spitzenverband beauftragt werden, kassenübergreifende Leistungen in Lebenswelten für gesetzlich Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, zu entwickeln, zu implementieren und wissenschaftlich zu evaluieren. Die BZgA soll dabei die Kassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen und zur Sicherung der Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beitragen. Hierfür sollen die Kassen pauschal mindestens ein Viertel (50 Cent) des Betrages aufbringen, den sie für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten verausgaben sollen. Die Geldmittel sollen entsprechend der Anzahl der gesetzlich Versicherten in den einzelnen Bundesländern verwendet werden.

Näheres zur Beauftragung der BZgA soll in einer Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und BZgA erstmals zum 30. Oktober 2015 festgelegt werden. Sollte die Vereinbarung bis zu dem genannten Termin nicht zustande kommen, erbringt die BZgA Präventionsleistungen nach dem bis dahin erreichten Verhandlungsstand und unter Berücksichtigung der vom GKV-Spitzenverband festgelegten Handlungsfelder und Ziele.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Regelung, dass Krankenkassen die gesundheitsförderlichen Strukturen in Lebenswelten fördern sollen, wenn die Bereitschaft der Lebenswelt-Verantwortlichen zur Erbringungen einer angemessenen Eigenleistung besteht. Nur unter dieser Bedingung werden die Voraussetzungen geschaffen, die initiativhaften Modelle in die dauerhafte Umsetzung zu tragen.

In diesem Zusammenhang wird nochmals betont, dass es aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht ausreicht, wenn sich neben den Lebenswelten (Schule, Kita etc.) nur Krankenkassen finanziell an der Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen beteiligen. Um ein gesundheitsbewusstes Verhalten und gesundheitsförderliche Prozesse in Lebenswelten wie auch Betrieben nachhaltig umzusetzen, müssen sie auf Dauer angelegt und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe finanziell getragen werden. Selbst wenn die Krankenkassen Projekte mit deutlich mehr Mitteln initiieren, müssen sie von den Trägern weitergeführt werden können. Hierbei sind auch Länder und Kommunen, aber auch andere Sozialversicherungszweige stärker in die Pflicht zu nehmen.

Bereits heute steht die BZgA den Kassen als neutrale und übergreifende Institution zur Durchführung von nationalen Kampagnen und anderen übergreifenden Maßnahmen unterstützend zur Seite. Mit der verpflichtenden und pauschalen finanziellen Förderung der BZgA werden den Kassen wesentliche Entscheidungskompetenzen abgenommen. Dies und die Ausweitung des Aufgabengebietes lehnen die Innungskrankenkassen ab. Durch diese Regelung werden Beitragsmittel von mindestens 35 Millionen Euro als dauerhafte Finanzierung einer Fachbehörde umgewidmet, die zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit gehört und dem Grunde nach dem Bundeshaushaltsplan unterliegt. Die überwiegende und dauerhafte finanzielle Ausstattung der BZgA muss weiterhin über den öffentlichen Haushalt sichergestellt sein. Gerade unter Berücksichtigung des Aspektes, dass Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist eine Finanzierung der BZgA allein durch die GKV abzulehnen. Wenn der Gesetzgeber die BZgA stärker in die Umsetzung einsetzen will, muss er die Mittel hierfür aus dem Bundeshaushalt bereitstellen. Eine verpflichtende Beauftragung der BZgA über den GKV-Spitzenverband wird abgelehnt. Es ist zumindest fraglich, ob ein gesetzliches Auftragsverhältnis zwischen GKV-Spitzenverband und der BZgA rechtlich überhaupt möglich ist oder ob nicht das Vergaberecht zur Anwendung kommen müsste.

Darüber hinaus stellt die Beauftragung der BZgA als Geschäftsstelle zur Koordinierung von Prävention, einen Eingriff in das Selbstorganisationsrecht der sozialen Selbstverwaltung dar. Das lehnen die Innungskrankenkassen ab.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: Streichung des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V.

Zu Artikel 2: Streichung des § 20a Absatz 3 SGB V.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 4 und 6

§ 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V: Primäre Prävention

§ 20b Absatz 1 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (= § 20a alt)

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 20b Absatz 1 Satz 2: Betriebliche Gesundheitsförderung (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mindestens zwei Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auszugeben.

Die Beratungsfunktion der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit wird gestärkt, das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und BGF wird betont.

Im Rahmen der BGF erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention dürfen nur erbracht werden, wenn sie von einer Krankenkasse oder von einem für die Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten zuvor zertifiziert worden sind.

Bewertung

Mit der Verpflichtung der Kassen, mindestens zwei Euro je Versicherten für die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verausgaben, erhofft sich der Gesetzgeber u.a. eine größere Erreichbarkeit von kleinen und mittelständischen Unternehmen mit BGF-Leistungen der Krankenkassen. Dies ist aber nicht alleine damit zu erreichen, indem man das Ausgabenvolumen erhöht. Hier müssen die Zieldefinitionen noch einmal entsprechend im § 20 Absatz 3 erweitert werden und die Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständigen Unternehmen besondere Erwähnung finden.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Wie bei den Früherkennungsuntersuchungen im ambulanten Bereich wäre auch hier eine umfassende Qualifizierung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit notwendig. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen Untersuchung und Beratung der Betriebsärzte vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Betriebsärzte werden von den Arbeitgebern eingestellt und unterliegen vorrangig dem Arbeitssicherheitsgesetz. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeits-

sicherheit ist zielführend. Wenn es möglich ist, werden sie schon heute in die BGF-Maßnahmen einbezogen. Es ist allerdings zu beobachten, dass Betriebsärzte, die auf Honorarbasis tätig sind, nur gegen zusätzliche Honorare bei Maßnahmen der BGF teilnehmen. Diese Kosten dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen. Eine verpflichtende Einbeziehung von Betriebsärzten lehnen die Innungskrankenkassen ab. In Betrieben ohne Betriebsärzte sollte es dem Arbeitgeber überlassen bleiben, ob er (auf eigene Kosten) einen externen Betriebsarzt einbeziehen möchte.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Qualitätssicherung der Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Allerdings ist die Formulierung im Gesetzentwurf bezüglich individueller Prävention im Betrieb missverständlich. Mit dieser unklaren gesetzlichen Formulierung – wir unterscheiden im Gesetz sowie Leitfaden Prävention ausschließlich zwischen individueller Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung – besteht die Gefahr einer Vermischung von Maßnahmen der individuellen Prävention mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eine willkürliche Ausschüttung der zur Verfügung stehenden Gelder.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: § 20b Absatz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kosten für den Einsatz der Betriebsärzte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind von den Arbeitgebern zu tragen.“

Zu Artikel 2: Streichung des § 20b Abs. 1 Satz 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 20c SGB V: Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (= § 20b alt)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur BGF nach § 20b erbringen und die Unfallversicherung über die daraus gewonnenen Erkenntnisse informieren.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird die vollständige Handlungspflicht auf die Krankenkassen übertragen. Bereits heute ist es fast unmöglich, eine Abstimmung konkreter Maßnahmen in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erreichen, da die regionalen Ansprechpartner bei den Unfallversicherungsträgern fehlen. Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Information der betriebsverantwortlichen Unfallversicherungen und eine Durchführung von Maßnahmen in der Hauptverantwortung und Entscheidungshoheit des Unternehmens bzw. seiner Leitung verbleiben müssen. Die Unfallversicherung sollte verpflichtet werden, den Hinweisen umgehend nachzugehen.

Änderungsvorschlag

§ 20c Absatz 1 Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Insbesondere unterrichten sie diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die notwendigen Maßnahmen sind vom Arbeitgeber mit der verantwortlichen Unfallversicherung abzustimmen.

Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 8 und 20

§§ 20d-g SGB V: Nationale Präventionsstrategie, nationale Präventionskonferenz, Landesrahmenvereinbarung, Modellvorhaben (neu)

§140f Absatz 2 SGB V: Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Präventionsstrategie

Krankenkassen entwickeln gemeinsam mit Trägern der Rentenversicherung und gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie. Die nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung der präventiven Leistungen in Lebenswelten zuständigen Stellen und Träger und der Erstellung eines regelmäßigen Präventionsberichts. Der Bericht soll insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g enthalten. Das RKI liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen gewährleisten die Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie im Rahmen der Präventionskonferenz.

Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen sind bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einzubeziehen. Sie sollen ihre Erfahrungen in den Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums einbringen. Damit wird auch dem Anspruch aus der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung getragen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen benennen einvernehmlich sachkundige Personen, von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen. Ihre Anzahl ist auf die Anzahl der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter begrenzt.

Präventionskonferenz

Die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d SGB V mit je zwei

Sitzen wahrgenommen. Die private Krankenversicherung erhält einen Sitz, wenn sie sich an Umsetzung der Rahmenempfehlungen mit finanziert. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme, die Spitzenverbände der Arbeitnehmer/Arbeitgeber-Organisationen jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Die Bundesagentur für Arbeit entsendet ebenfalls einen Vertreter mit beratender Stimme.

Die Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten. Es setzt sich aus den Mitgliedern der Präventionskonferenz und der für die Prävention maßgeblichen Organisationen zusammen.

Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz sollen von der BZgA geführt werden.

Landesrahmenvereinbarungen

In der Landesrahmenvereinbarung wird das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d SGB V auf Landesebene beschrieben.

Die Landesverbände der Krankenkassen sollen mit Pflege-, Renten- und Unfallversicherung regionale Rahmenvereinbarungen über ihre Zusammenarbeit schließen.

Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

Modellvorhaben

Die Leistungsträger und ihre Verbände können Modellvorhaben für Prävention in Lebenswelten und Betrieben durchführen. Die Regelhöchstdauer soll fünf Jahre betragen.

Bewertung

Präventionsstrategie

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Einbindung aller Sozialversicherungsträger in die Entwicklung einer gemeinsamen Präventionsstrategie, jedoch sollten sich die Unfall- und Rentenversicherung ebenso an der Finanzierung beteiligen.

Die Einbeziehung des Sachverstandes von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten in der nationalen Präventionskonferenz wird grundsätzlich als sachgerecht angesehen. Allerdings erscheint die Auswahl des Personenkreises vor dem Hintergrund willkürlich, da auch weitere Personengruppen, wie z. B. pflegebedürftige Personen, einen Beitrag im Rahmen der Präventionskonferenz leisten könnten.

Präventionskonferenz

Grundsätzlich befürworten die Innungskrankenkassen einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz mit einem trägerübergreifenden Gremium, wie es mit der nationalen Präventionskonferenz vorgesehen ist. Vor diesem Hintergrund können viele Gremien, die sich bereits mit einer nationalen Präventionsstrategie beschäftigen, zusammengeführt werden, oder werden sogar obsolet.

Weiterhin begrüßen die Innungskrankenkassen die Erstellung eines trägerübergreifenden Präventionsberichtes, da er nunmehr die Aktivitäten der anderen Sozialversicherungsträger transparent macht. Hier geht die GKV mit ihrem jährlich erstellten Präventionsbericht bereits mit gutem Beispiel voran.

Allerdings bewerten die Innungskrankenkassen mit dem Blick auf die Verteilung der Finanzierung, die Verteilung der Stimmrechte zwischen Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung und Pflegekassen als unverhältnismäßig. Die Krankenkassen sollten entsprechend ihrer Rolle als Hauptfinanzier auch ein stärkeres Stimmrecht erhalten.

Die Führung der Geschäfte durch die BZgA wird von den Innungskrankenkassen ebenfalls kritisch gesehen. Eine von der nationalen Präventionskonferenz berufene, schlanke Geschäftsführung wäre zielführender.

Landesrahmenvereinbarungen

Rahmenempfehlungen auf Landesebene sollen zur Operationalisierung beitragen. Dies unterstützen die Innungskrankenkassen, solange das operative Geschehen im Fokus steht und keine zusätzlichen finanziellen Mittel in hierfür neu zu schaffende Strukturen fließen. Bereits bestehende Strategien, Ziele und Strukturen können hierbei geordnet und zusammengeführt werden, um in eine effektive Umsetzung zu gelangen.

Modellvorhaben

Dass die Leistungsträger und ihre Verbände Modellvorhaben für Prävention in Lebenswelten und Betrieben durchführen können, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Änderungsvorschlag

Das Stimmrecht der nationalen Präventionskonferenz ist an die Höhe der finanziell Beteiligten Träger in der Primärprävention und Gesundheitsförderung anzupassen.

Zu § 20e Absatz 1 SGB V: Streichung des letzten Satzes.

Ärztliche Präventionsempfehlungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 25 SGB V: Gesundheitsuntersuchungen

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung oder Früherkennungsuntersuchung kann der Arzt eine Präventionsempfehlung „auf Rezept“ verordnen. Dabei soll der Arzt gezielt auf zertifizierte Angebote der verhaltensbezogenen Prävention hinweisen, z.B. auf Angebote des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), Bewegungsangebote der Sportvereine oder Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen haben alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr beendet haben. Die präventionsorientierte Beratung soll die Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes einschließen.

Die Häufigkeit des Anspruchs auf Gesundheitsuntersuchungen und die untere Altersgrenze von 35 Jahren für den Anspruch der Untersuchungen entfällt, wie auch Aufzählung der Zielkrankheiten. Dementsprechend wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die geltenden Richtlinien anzupassen.

Der G-BA soll zudem Näheres zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten beschließen.

Falls bei der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung deutlich wird, dass Erkenntnislücken bestehen, kann der G-BA Erprobungen durchführen. Dazu wird die Erprobungsregelung in § 137e entsprechend angewandt.

Bewertung

Bezogen auf § 20 SGB V und der damit einhergehenden ärztlichen Erfassung und Bewertung des individuellen Gesundheits-Risikoprofiles ist eine präventiv orientierte Beratung sowie (im Bedarfsfall) eine ärztlichen Bescheinigung zur Präventionsempfehlung zu befürworten. Eine größere Zielgenauigkeit bei den Gesundheitsuntersuchungen, die auch in Empfehlungen zur primärpräventiven Leistungen mündet, ist begrüßenswert, sofern die Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien jeweils dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen und alters- und zielgruppengerecht ausgestaltet sind. Sie unterstützt den bereits eingeschlagenen Weg in Analogie zur ärztlichen Verordnung gemäß § 43 SGB V. Auch hier bleiben die Definition des G-BA sowie die Bewertung der

finanziellen Konsequenzen derzeitig offen. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V zu beachten.

Bereits heute sollten Ärzte im Beratungsteil dieser Untersuchungen auf Präventionsmaßnahmen und die gesundheitsförderliche Eigenverantwortung abzielen. Hinweise auf konkrete Angebote vor Ort sind sicher angebracht. Gezielt lediglich zu Angeboten in Sportvereinen zu informieren, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen aber nicht ausreichend. Es gibt eine Fülle von Angeboten und Leistungserbringern, die jeweils bedarfsbezogen herangezogen bzw. empfohlen werden sollten. Diese finden sich zu einem großen Teil bereits in der Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention wieder oder werden in Kürze eingebracht (Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, usw.).

Finanzierungsfragen sind zu klären. Schon heute ist die Berücksichtigung primärpräventiver Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V Teil der ärztlichen Aufgaben. Aus diesem Grund darf sich aus den neuen Regelungen kein erweiterter Vergütungsanspruch ableiten. Eine Doppelfinanzierung bereits vergüteter Leistungen ist auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Streichung des konkreten Hinweises in § 25 Abs. 1, Satz 3 SGB V auf den Deutschen Olympischen Sportbundes und Verallgemeinerung der Formulierung aus Gründen der Wettbewerbsneutralität gegenüber anderen Anbietern primärpräventiver Maßnahmen.

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 26 SGB V: Kinderuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Beabsichtigte Neuregelung

Das Programm der Früherkennungsuntersuchungen wird bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet. Die Untersuchungen beinhalten auch Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus. Der G-BA bestimmt Näheres zu den Untersuchungen.

Bewertung

Der Ausbau der Früherkennungsuntersuchungen bei Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist aus Sicht der Innungskrankenkassen, vor allem vor dem präventiven Hintergrund, begrüßenswert.

Der G-BA wird hierzu die entsprechenden Richtlinien erweitern. Auch hier haben die Richtlinien den aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen. Offen bleiben die zugehörigen Leistungsbestandteile und der damit verbundenen finanziellen Rahmen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V ist zu beachten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Bonusprogramme

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a SGB V: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden grundsätzlich verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten vorzusehen. Aus der „Kann-Regelung“ wird eine „Soll-Regelung“. In Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ferner Boni sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern möglich sein.

Bewertung

Die Einschränkung der bonusfähigen Maßnahmen auf zertifizierte Leistungen wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich abgelehnt.

Den Versicherten wird ein Bonusprogramm angeboten, mit dem das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten gefördert und belohnt werden soll. Gleichzeitig soll die Eigenverantwortung der Versicherten zur Gesunderhaltung dadurch gestärkt und gesteigert werden.

Die Stärkung des gesundheitsbewussten Verhaltens der Versicherten durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und aktive Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist Zielstellung des Bonusprogramms.

Durch Wegfall der Maßnahmen im Rahmen der privaten Vorsorge (eigenfinanzierte Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen) und im Rahmen der aktiven Lebensweise (Maßnahmen zur Unterstützung einer gesunden Lebensführung, qualitätsgesicherte sportliche Aktivitäten und zur Unterstützung der Entwicklungsförderung) würden die bisherigen Ziele der Bonusprogramme nur teilweise umzusetzen sein. Das ganzheitliche gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten steht damit nicht weiter im Vordergrund.

Änderungsvorschlag

Streichung der Soll-Regelung. Zudem Streichung der Einschränkung, dass als bonifizierbare Leistungen lediglich zertifizierte Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V gelten.

Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 18 und 19

§ 132e SGB V: Versorgung mit Schutzimpfungen

§ 132f SGB V: Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Beabsichtigte Neuregelung

Betriebsärzte sind berechtigt, Schutzimpfungen zulasten der GKV zu leisten.

Die Krankenkassen werden ermächtigt, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit den Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen zu schließen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten die Regelung und die damit verbundene Erhöhung der Impfquote. Offen bleibt die Frage nach der Abrechnung, da es sich bisher im außerbetrieblichen Kontext um eine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung handelt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 20b Absatz 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen Krankenkassen den Unternehmen in gemeinsamen einzurichtenden regionalen Koordinierungsstellen (unter Nutzung von bestehenden Geschäftsstellen der Kassen oder gemeinsamen Servicestellen) Beratung und Unterstützung anbieten. Darüber hinaus sollen örtliche Unternehmensorganisationen (Innungen, Handwerkskammern usw.) an der Beratung beteiligt werden. Näheres zur Aufgabenerfüllung und Finanzierung dieser regionalen Koordinierungsstellen sowie zur Beteiligung der örtlichen Unternehmensorganisationen obliegt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Bundesländern.

Bewertung

Das Instrument der Norm, mit den gemeinsamen Koordinierungsstellen einen unbürokratischen Zugang von Betrieben zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermöglichen, wird von den Innungskrankenkassen als nicht zielführend erachtet. Gerade durch den Aufbau weiterer komplexer Strukturen mit aufwendigem Regelungsbedarf könnte letztlich die Zielsetzung der Norm konterkariert werden.

Ein niedrigschwelliger und unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben sichergestellt. Gleichwohl sind sich die Innungskrankenkassen bewusst, dass der Zugang von KMU zur BGF noch weiter erleichtert werden muss. Daher existieren bereits gemeinsame Projekte von Innungskrankenkassen mit Innungen und Handwerkskammern auf Landesebene. Die mit der Norm verbundene Transparenz- und Koordinierungsaufgabe kann somit auch unter Nutzung dieser bestehenden Strukturen oder unter Beteiligung der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen auf Länderebene weiter ausgebaut werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist nach wie vor ein Feld, in dem die Kassen miteinander im Wettbewerb stehen. Daran sollte festgehalten werden, weil gerade der Wettbewerb den Betrieben hier ermöglicht, als Nachfrager eine für sich maßgeschneiderte Unterstützung zu erhalten. Ein wettbewerbsneutrales Vorgehen ist nicht sinnvoll. Deswegen lehnen wir verpflichtende kassenartenübergreifende Koordinierungsstellen ab.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Einrichtung eines Überlauftopfes

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 20b Absatz 4 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel, die für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen sind, dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Dieser wiederum soll die Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel wieder an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die eine Kooperationsvereinbarungn mit örtlichen Unternehmensorganisationen abgeschlossen haben, verteilen.

Bewertung

Durch diese Regelung wird den Kassen zunächst das nicht verausgabte Geld aus dem Bereich BGF von den Kassen an den GKV-Spitzenverband abgeführt, der es dann wiederum nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zurückverteilt. Mit dieser Methode werden allerdings die Finanzmittel aus den weniger gut strukturierten Bundesländern in jene Länder umgeleitet, die Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben. Diese Umverteilung zugunsten der schon funktionierenden Strukturen wird abgelehnt.

Stattdessen sollten die nicht verausgabten Mittel in den Ländern verbleiben, wo sie von den Kassen gemeinsam in BGF-Projekte investiert werden.

Änderungsvorschlag

Streichung. Absatz 4 sollte stattdessen wie folgt lauten:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1 verwenden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die nicht verwendeten Mittel für gemeinsame Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung.“

Prävention in Pflegeeinrichtungen

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 Abs. 1-3 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Einrichtungen erbringen. Hierfür sollen sie ab dem Jahr 2016 zunächst 0,30 Euro je Versicherten aufbringen. Für die Folgejahre soll die Anpassung gemäß der Veränderung der Bezugsgröße vorgenommen werden.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, bei den Präventionsmaßnahmen zusammen zu arbeiten. Sie sollen die Leistungen zur Prävention kassenübergreifend erbringen und Kooperationsvereinbarungen abschließen. Sollten die Ausgaben der Pflegekassen den Richtwert von 0,30 Euro unterschreiten, müssen die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf jene Kassen-Arbeitsgemeinschaften verteilt, die im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen Präventionsmaßnahmen gemeinsam durchführen. Die Kooperationsvereinbarungen müssen den Aufsichtsbehörden nicht vorgelegt werden.

Bewertung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Gesellschaft, werden präventive Ansätze in der Pflege immer größere Bedeutung gewinnen. Das Vorhaben des Gesetzgebers ist deswegen grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings greift der primärpräventive Ansatz, dass die Menschen gesünder alt werden sollen, mit dieser Regelung nicht, da es sich in voll- und teilstationären Einrichtungen um eine Personengruppe handelt, die bereits aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen einen Pflegebedarf haben. Angebote, die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels oder der Demenz präventiv vorbeugen sollen, müssen früher als vom Gesetzgeber geplant entsprechend des Gesundheitsziels „gesund älter werden“ umgesetzt und in die Breite gebracht werden (vgl. § 20 Absatz 3 Satz 7).

Die soziale Pflegeversicherung agiert als Einheits- und Teilleistungsversicherung. Verträge und Vereinbarungen werden kassenartenübergreifend geschlossen. Bei der Umsetzung von Prävention in Pflegeeinrichtungen bietet sich auch mit Blick auf die Zielgruppe der Pflegebedürftigen ein gemeinsames Handeln der Pflegekassen an. Insofern

ist die Vereinbarung von kassenartenübergreifenden Regelungen für Präventionsleistungen nachvollziehbar.

Die Innungskrankenkassen kritisieren, dass nur Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Einrichtungen, nicht jedoch im ambulanten Bereich profitieren sollen. Eine eigene finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen oder die Eigenleistung des Pflegeheims ist derzeit nicht vorgesehen (Verpflichtung der Settings zu Eigenleistung – s. § 20a Abs. 2). Zudem sollte der Grundsatz ambulant vor stationär gemäß § 43 Abs. 1 SGB XI auch für Präventionsleistungen gelten.

Präventionsleistungen in der ambulanten Pflege können sowohl individuell und über die aktivierende Pflege hinaus durch ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) nach § 71 Absatz 2 SGB XI als auch durch weitere Vertragspartner erbracht werden. Die Pflegeberater der Kassen können im Rahmen der Beratungstätigkeit auf diese Leistungen hinweisen. Die Erweiterung des Pflegekursangebotes im häuslichen Bereich um diese Präventionsleistungen wird entsprechend als sinnvoll erachtet.

Den Ausgabenwert von insgesamt 21 Millionen Euro schätzen die Innungskrankenkassen mit Hinblick auf den aktuellen Umsetzungstand von Prävention in voll- und teilstationären Einrichtungen als sehr hoch ein. Es wird Zeit brauchen, bis sich entsprechende Strukturen gebildet haben und für die Lebenswelt adäquate Maßnahmen gefunden werden, die dauerhaft implementiert werden können.

Wie im § 20 SGB V müssten auch hier einheitliche Handlungsfelder, Kriterien und Zielsetzung dieser besonderen Präventionsleistungen, die ja teilweise eher tertiärpräventiven Charakter haben können, beschrieben werden und Anforderungen sowie ein einheitliches Verfahren für eine Zertifizierung der Leistungsangebote festgelegt werden.

Änderungsvorschlag:

Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention sowohl im ambulanten Bereich wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige erbringen. Hinsichtlich des Jahresrichtwertes sollte eine Übergangsregelung in Form eines Stufenplans bis ins Jahr 2018 geschaffen werden. Darüber hinaus muss auch hier die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sichergestellt werden.

Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

Zu Art. 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 2 und 3

§ 18 SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

§ 18a SGB XI: Berichtspflicht

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsprüfung soll der Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen festgestellt werden.

Der Beratungsbedarf zur Prävention soll in die schriftlichen Empfehlungen der Kassen einfließen und zukünftig „Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen“ heißen.

Bewertung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung gibt bereits schon heute bei der Pflegebegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung ab. Ziel der bestehenden Regelung ist es, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern. Die bestehende Regelung wird um Präventions-Empfehlungen ergänzt. Die Innungskrankenkassen bewerten dies positiv. Die Neuregelung kann als Erweiterung der bestehenden Regelung dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit noch besser zu vermeiden oder zu verzögern.

Pflegebedürftige Personen benötigen seltener primärpräventive Leistungen, da teilweise eine Erkrankung oder Multimorbidität schon vorliegt. Hier handelt es sich häufiger um Beratungsleistungen nach dem sekundär- und tertiärpräventiven Ansatz (Früherkennung einer Demenz, Vermeidung einer Verschlimmerung einer Erkrankung usw.). Meist sind die bisherigen Angebote auf Gruppen ausgerichtet.

Bei der Verschiedenheit der Zielgruppen wären Einzelberatungen, mit Berücksichtigung der konkreten Problemfelder angemessener. Ein Angebotsspektrum wäre im Bereich der Sturzprävention zu sehen. Es sollte auch geklärt werden, inwieweit eine Eigenleistung von Seiten der Betroffenen und der pflegende Angehörige, Betreuungspersonen, usw. möglich wäre.

Der IKK e.V. bewertet kritisch, dass verhältnispräventive Aspekte, die sich auf das Lebensumfeld der zu Pflegenden beziehen, in diesem Kontext nicht aufgegriffen werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Pflegekurse für Angehörige

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

In die Kurse für die pflegenden Angehörigen und ehrenamtliche Pflegepersonen soll nunmehr ein präventiver Ansatz mit aufgenommen werden.

Bewertung

Um körperliche und seelische Belastungen der pflegenden Angehörigen und ehrenamtliche Pflegepersonen, die häufig auch zu Erkrankungen führen, zu vermeiden, wird dieser Ansatz begrüßt.

Die Pflegekurse, die von den Pflegekassen für pflegende Angehörige angeboten werden, sind für die Innungskrankenkassen ein geeigneter Ort für entsprechende Angebote. In den Kursen sollten besonders auch verhältnispräventive Aspekte Berücksichtigung finden.

In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, inwiefern weitere Sozialversicherungsträger sich an den Kosten beteiligen können.

So sind z.B. pflegende Angehörige nicht über die Unfallversicherung abgesichert, während Berufskrankheiten von professionellem Pflegepersonal anerkannt werden (z.B. Haut-, Infektions- und Wirbelsäulenerkrankungen).

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Expertenstandards Pflege

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 113a XI: Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Beabsichtigte Neuregelung

Die Expertenstandards nach § 113a SGB XI zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sollen um präventive Ansätze erweitert werden. Diese sehen vor, Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Reha auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen.

Bewertung

Die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege bilden eine gute Grundlage für die Qualitätssicherung in der Pflege. Eine Erweiterung der Expertenstandards um präventive Aspekte wird als folgerichtig angesehen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

KBV

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17. April 2015

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(24)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Inhaltsverzeichnis

A. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN 2

B. ANMERKUNGEN ZU DEN EINZELNEN VORSCHRIFTEN 2

Artikel 1 (Änderungen des SGB V) 2

Nr. 4 (§ 20) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 2

Nr. 6 und Art. 2 Nr. 3 (§ 20b) – Betriebliche Gesundheitsförderung 4

Nr. 8 (§§ 20d bis g) – Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie 5

Nr. 14 (§ 25) – Gesundheitsuntersuchungen 5

Nr. 15 (§ 26) – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche 7

Nr. 16 (§ 65a) – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 8

Nr. 18 (§ 132e) – Versorgung mit Schutzimpfungen 8

Nr. 19 (§ 132f) – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte 9

Artikel 6 (Änderungen des SGB XI) 9

Nr. 1 (§ 5) – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 9

Nr. 2 (§ 18) – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 10

Nr. 5 (§ 113a) – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege 10

A. Allgemeine Anmerkungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt grundsätzlich alle Anstrengungen, die Fortentwicklung der Leistungen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention und zur Früherkennung von Erkrankungen zu verbessern und hat mit dieser Zielsetzung in den letzten Jahren wiederholt detaillierte eigene Konzepte vorgestellt.

Eine im Regierungsentwurf vorgesehene Integration von Primärprävention in die Früherkennungsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 SGB V, die diesbezüglich erweiterten Möglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Ausgestaltung sowie die lange überfällige Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, können eine Grundlage für eine bundesweite Weiterentwicklung der präventiven Versorgung liefern.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Konkretisierung von primärpräventiven Leistungen als Satzungsleistungen der Krankenkassen kann aus Sicht der KBV jedoch nicht das Ziel eines flächendeckenden Angebots qualitätsorientierter Präventionsmaßnahmen erfüllen. Die Erarbeitung einer nationalen Präventionsstrategie und die dafür vorgesehene Implementierung einer Nationalen Präventionskonferenz ohne die institutionelle Beteiligung der Ärzteschaft, der nach zahlreichen Untersuchungen in den Augen der Bevölkerung in diesem Zusammenhang die größte Kompetenz zugesprochen wird, ist nicht sachgerecht und wird daher von der KBV abgelehnt.

Aus Sicht der KBV sollte stattdessen eine Verpflichtung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung von Leistungen der Primär- und Tertiärprävention durch bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben geschaffen werden. Dabei sollten insbesondere die Aspekte der individuellen Verhaltensprävention in der Primärprävention im Fokus stehen. Die KBV greift daher ihren bereits bekannten Vorschlag noch einmal auf, primäre und tertiäre Prävention zu Pflichtleistungen der Krankenkassen zu machen. Der nunmehr vorliegende Gesetzesentwurf bezieht, im Gegensatz zu den Vorschlägen der KBV, das System der vertragsärztlichen Versorgung in die zukünftige Gestaltung nicht oder nur unzureichend ein.

B. Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften

Zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention nimmt die KBV nachfolgend Stellung und regt folgende Änderungen an:

Artikel 1 (Änderungen des SGB V)

Nr. 4 (§ 20) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Gemäß dem Entwurf sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, in ihrer Satzung Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) soll einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Anforderungen an die Zertifizierung für die Leistungsangebote der Krankenkassen festlegen. Diese Festlegungen sowie eine Übersicht der von den Krankenkassen zertifizierten Leistungen sollen auf den Internetseiten des GKV-SV veröffentlicht werden. Bei der Aufgabenwahrnehmung berücksichtigt der GKV-SV die bisher durch den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“

vereinbarten Ziele. Hiermit soll eine bessere Grundlage für die Auswahl einheitlicher Handlungsfelder für die Krankenkassen geschaffen werden.

KBV

Auch wenn der GKV-SV einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Anforderungen an die Zertifizierung für die Leistungsangebote der Krankenkassen festlegen soll, ist die vorgesehene Regelung insgesamt unzureichend und für die einzelnen Krankenkassen unverbindlich. Eine institutionelle Beteiligung der Ärzteschaft zur Definition der Handlungsfelder und zur Ausgestaltung der Leistungen ist nicht vorgesehen, obwohl Ärzte in den Augen der Bevölkerung die wichtigsten Ansprechpartner in Präventionsfragen sind und der Gesetzentwurf in Zusammenhang mit §§ 25 und 26 SGB V die Vertragsärzte – sofern medizinisch angezeigt – verpflichtet, entsprechende Präventionsempfehlungen auszustellen. Ob sinnvolle präventive Angebote für Versicherte vor Ort und in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, liegt damit allein im Ermessen der Krankenkassen.

Dieses Defizit wird durch entsprechende Festlegungen durch den GKV-SV sowie den grundsätzlich sinnvollen Orientierungsrahmen durch Gesundheitsziele allein nicht behoben: § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V ebenso wie Absatz 2, der den GKV-SV zu entsprechenden allgemeinen Vorgaben verpflichtet, sehen nur Verfahren vor, aus denen sich nicht ergibt, in welchem Umfang eine Krankenkasse zur Einführung von entsprechenden Satzungsleistungen verpflichtet ist. Absatz 6 des § 20 sieht lediglich spezifische Mindestfestlegungen für die Aufwendungen der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a neu) und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b neu) vor. Darüber hinaus hat gemäß Absatz 5 eine Krankenkasse die im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung ärztlich ausgesprochene Präventionsempfehlung bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen. Eine Verpflichtung, im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen ärztlich empfohlene Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention auch vorzuhalten und zu erbringen, fehlt.

Die KBV hat bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen, dass zur Sicherung einheitlicher Standards die Partner der Bundesmantelverträge prioritäre Handlungsfelder und Ziele, Leistungen, Inhalte, Zielgruppen, Zugangswege und Methodik sowie Vorgaben für die Qualifikation für bundesweit durchzuführende Maßnahmen zur Primär- und Tertiärprävention vereinbaren. Auch hierbei können nach Auffassung der KBV unterschiedliche Ausgestaltungen durch die Kassen möglich sein. Aus Sicht der KBV fehlt daher im vorliegenden Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung von Leistungen der Prävention durch bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben. Die Festlegung präventiver Ziele und Maßnahmen allein durch den GKV-SV ohne Beteiligung der Vertragsärzte ist nicht sinnvoll. Schließlich sollen die Vertragsärzte ihren Patienten diese Maßnahmen zuführen und sie dazu motivieren. Außerdem ist die Einbeziehung ärztlicher Kompetenz bei der inhaltlichen Ausgestaltung zwingend erforderlich. Die KBV ist daher als Vertreterin der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu beteiligen.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 20 wird gestrichen und wie folgt ersetzt:

„§ 20
Primär- und Tertiärprävention“

(1) 1Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur primären Prävention (Vorbeugung von Krankheiten), insbesondere der individuellen Verhaltensprävention, sowie auf Leistungen zur Tertiärprävention (unterstützende Leistungen zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen nach eingetretener Erkrankung). 2Diese Leistungen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, insbesondere einen Beitrag zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen und die Fähigkeit zur selbstbestimmten Gesundheitsvorsorge nachhaltig fördern. 3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages in Rahmenvorgaben prioritäre Handlungsfelder und Ziele, Leistungen, Inhalte, Zielgruppen, Zugangswege, Methodik, die Leistungserbringung und Vorgaben für die Qualifikation sowie für bundesweit durchzuführende Maßnahmen der Primär- und Tertiärprävention.

(2) 1Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 vereinbaren das Nähere über die zu erbringenden Leistungen nach Maßgabe der Rahmenvorgaben. 2Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 (Primär- und Tertiärprävention) und nach den §§ 20b und 20c (neu) sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. 3Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 2 für jeden Versicherten mindestens 3 Euro für die Leistungen nach Absatz 1 sowie mindestens 2 Euro für die Leistungen nach § 20a (neu) auf. 4Die Ausgaben nach den Sätzen 2 und 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Nr. 6 und Art. 2 Nr. 3 (§ 20b) – Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Änderung in § 20b (neu) stellt klar, dass zukünftig auch die Betriebsärzte als Berater der Verantwortlichen im Betrieb an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt sein sollen. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können zukünftig nur dann erbracht werden, wenn diese zertifiziert sind. Darüber hinaus sollen Krankenkassen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen den Unternehmen Beratung und Unterstützung bezüglich der Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben sowie zur Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen im Betrieb erbringt, anbieten.

KBV

Die KBV fordert, im Gesetz vorzusehen, dass geeignete Vertragsärzte und -psychotherapeuten in die betriebliche Gesundheitsvorsorge durch vertragliche Vereinbarungen zwischen GKV-SV, KBV bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Arbeitgebern einbezogen werden, da bei verhaltenspräventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz die Expertise von beispielsweise Orthopäden, Sportmedizinern, Psychotherapeuten und suchtmedizinisch qualifizierten Ärzten erforderlich sein kann.

Nr. 8 (§§ 20d bis g) – Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Die Krankenkassen sollen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie entwickeln sowie deren Umsetzung und Weiterentwicklung im Rahmen einer Nationalen Präventionskonferenz gewährleisten. Bei der Festlegung der Präventionsziele sollen auch die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission berücksichtigt werden. Im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz sind neben den o. g. Leistungsträgern auch der Verband der PKV (im Falle einer finanziellen Beteiligung), Vertreter von Bund und Ländern, Kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit und repräsentative Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertreten. Sie wird durch ein Präventionsforum beraten. Dieses findet einmal jährlich statt und setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie den stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz zusammen.

KBV

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie sowie deren Umsetzung und Fortschreibung durch die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz lässt eine maßgebliche Einwirkungsmöglichkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung und die Nutzung seiner Kompetenz für den Präventionsbereich vermissen. Bei der Zusammensetzung der Partner zur Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie sowie in der Nationalen Präventionskonferenz ist die KBV nicht berücksichtigt, lediglich im Rahmen des in der Regel einmal jährlich tagenden Präventionsforums könnte gegebenenfalls eine marginale Mitwirkung in beratender Funktion durch die KBV erfolgen. Jedoch erfolgt im Gesetzentwurf bzw. in der entsprechenden Begründung nicht einmal eine Benennung der maßgeblichen Organisationen für die Gesundheitsförderung und Prävention, die am Präventionsforum beteiligt sein sollen. Die Nichteinbeziehung der Ärzteschaft verwundert umso mehr, als durch den Regierungsentwurf über eine Änderung des § 140f der Patientenvertretung eine Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz mit beratender Stimme eingeräumt wurde.

Änderungsvorschlag der KBV

Sollte der Gesetzgeber an dem Vorschlag zu den Vorschriften nach §§ 20 und 20a bis g festhalten, fordert die KBV ihre gesetzlich vorgesehene Beteiligung bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie sowie Benennung als Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz. Die KVen sind entsprechend auf Landesebene bei der Landesrahmenvereinbarung einzubeziehen. Die KBV schlägt daher entsprechende Ergänzungen in §§ 20 d Abs. 1 und 20e Abs. 1 sowie § 20f Abs. 2.

Benennung der maßgeblichen Organisationen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Begründung.

Nr. 14 (§ 25) – Gesundheitsuntersuchungen

Der Anspruch der Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer Krankheiten wird erweitert und schließt nunmehr auch Untersuchungen mit dem Ziel einer Beseitigung, Vermeidung oder Verminderung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung

sowie eine Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ein. Die Gesundheitsuntersuchungen sehen Präventionsempfehlungen für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung vor. Voraussetzung für die Untersuchungen soll zukünftig auch sein, dass es sich um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen handelt, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Der G-BA regelt innerhalb von zwölf Monaten das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung. Sollte der G-BA bei seinen Beratungen feststellen, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung beschließen.

KBV

Grundsätzlich begrüßt die KBV eine primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen und die damit verbundene Erweiterung im Hinblick auf die Beseitigung, Vermeidung oder Verminderung von Risikofaktoren. Für die ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen entfallen damit auch die bisher geltende, nicht abschließende Aufzählung der Zielerkrankungen sowie die bislang vorgegebene Häufigkeit und Altersgrenze. Dementsprechend wird der Gestaltungsspielraum des G-BA erweitert. Hervorzuheben sind das neue Instrument der Präventionsempfehlung und die ausdrückliche Benennung einer präventionsorientierten Beratung, die beide von der KBV als vertragsärztliche Aufgabe grundsätzlich befürwortet werden. Auch die Überprüfung des Impfstatus wird von der KBV begrüßt, wobei anzumerken ist, dass für die Vertragsärzte die Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA maßgeblich ist, die auf der Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erarbeitet wird.

Inhaltlich erfordert eine ärztliche, individuelle Präventionsempfehlung eine strukturierte Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten, die Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme sowie ein motivierendes Gespräch zur Teilnahme. Unklar bleibt im Gesetzentwurf, wie der Arzt eine Präventionsempfehlung abgeben soll, wenn ihm nicht bekannt ist, ob die Krankenkasse in ihrer Satzungsleistung überhaupt eine entsprechende Präventionsmaßnahme anbietet. Zwar soll der GKV-SV nach § 20 (neu) eine Übersicht erstellen. Eine Auswahl aus dieser (täglich aktualisierten?) Liste ist für den Arzt jedoch mit einem nicht zu vernachlässigenden bürokratischen Aufwand verbunden und löst zudem nicht das Problem, dass vom Arzt für den individuellen Patienten für notwendig erachtete Präventionsmaßnahmen im konkreten Fall von dessen Krankenkasse gegebenenfalls nicht angeboten werden. Damit wird die an sich begrüßenswerte Absicht des Gesetzgebers durch eine wenig praktikable und unzureichende Ausgestaltung konterkariert. In diesem Zusammenhang verweist die KBV zusätzlich nochmals auch auf ihre Kritik an der Ausgestaltung des § 20 (neu), der u.a. die Grundlage für entsprechende Angebote der Krankenkassen darstellt.

Die KBV widerspricht der Aussage im Allgemeinen Teil der Begründung zum Regierungsentwurf auf Seite 33 zur Thematik des sogenannten „Erfüllungsaufwands“ wo ausgeführt wird, dass Ärztinnen und Ärzten kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstünde. Schon die in den §§ 25 Abs. 1 und auch 26 Abs. 1 SGB V geplante Vorschrift, dass Ärzte, den Patienten Präventionsempfehlungen nicht nur mündlich mitteilen, sondern diese in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden, verursacht eine neue Informationspflicht für Ärzte, die einen erhöhten Erfüllungsaufwand auslöst. Die genaue Höhe dieses zusätzlichen Aufwands ist abhängig von der Ausgestaltung der Präventionsempfehlung. Damit hierfür kein neuer Vordruck geschaffen werden muss, sollte der Gesetzentwurf darauf abzielen, dass auch formlose Präventionsempfehlungen von Krankenkassen akzeptiert werden. In diesem Fall könnten die bisherigen Vordrucke für die Präventionsempfehlung genutzt werden bzw. diese formfrei er-

teilt werden. Die Auswahl eines konkreten Leistungsangebots kann dann zwischen Krankenkasse und Versichertem auf der Grundlage der ärztlichen Empfehlung geklärt werden.

Darüber hinaus wird im Allgemeinen Teil der Begründung zum Gesetzentwurf ausgeführt, dass die bezüglich der Gesundheitsuntersuchungen vorgesehenen Änderungen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung ermöglichen würde, da die bestehenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA bereits die Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Risiken und Belastungen sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung enthielten. Diese Ausführungen sind widersprüchlich zu der Darstellung im Besonderen Teil der Begründung zum Gesetzentwurf. Dort wird ausgeführt, dass in § 25 SGB V (neu) eine Klarstellung erfolge, dass die ärztliche Gesundheitsuntersuchung neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen beinhalte und hierzu auch eine systematische – gegebenenfalls mit Hilfe geeigneter Instrumente – Erfassung und Bewertung des individuellen Risikoprofils einschließlich Beratung und – sofern medizinisch angezeigt - Empfehlung gehöre. Ein risikoadaptiertes Präventionsmanagement setzt auch aus Sicht der KBV u. a. eine strukturierte Erfassung und Bewertung des Risikos mit entsprechenden Risikomanagement-Tools wie z. B. ARRIBA oder CARRISMA sowie eine darauf abgestimmte Beratung voraus. Ein standardisierter Einsatz solcher Instrumente in der Arztpraxis kann nur dann erfolgen, wenn die Einbindung in die elektronischen Praxisverwaltungssysteme dies auch handhabbar macht. Der den Ärzten hierdurch entstehende Aufwand ist entsprechend zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag der KBV

Allgemeiner Teil der Begründung, S. 32, 4. Haushaltausgaben ohne Erfüllungsaufwand, c) Gesetzliche Krankenversicherung, zweitletzter Absatz:

Streichung der Ausführungen nach dem Satz *„Die finanziellen Auswirkungen der Fortentwicklung der Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA ab.“* bis *„… sowie eine präventionsorientierte Beratung aus.“*

Nr. 15 (§ 26) – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter soll durchgängig bis zum 18. Lebensjahr erweitert werden. Versicherte Kinder und Jugendliche haben demnach nicht nur Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung gefährden, sondern auch auf die Erfassung gesundheitlicher Risiken einschließlich der Überprüfung des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Der G-BA regelt innerhalb von zwölf Monaten das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

KBV

Die KBV begrüßt die Erweiterung der Altersgrenze bei Kindern und Jugendlichen auf die Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die ausdrückliche Benennung der präventionsorientierten Beratung. Darüber hinaus begrüßt die KBV die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung der psychosozialen Entwicklung bei den Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen. Somit können Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei diesen Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt sowie gegebenenfalls geeignete Maßnahmen (z. B. weiterführende Diagnostik, Beratung der Eltern, gegebenenfalls Therapie) ergriffen werden. Damit können die Lücken bei den Kinder- und Jugenduntersuchungen geschlossen werden. In der

Gesetzesbegründung wird diesbezüglich auf die Manifestation von Krankheiten und Krankheitsrisiken in der Altersgruppe der 6- bis 10-jährigen wie auch während der Pubertät hingewiesen.

Bezüglich der ebenfalls vorgesehenen „Präventionsempfehlung“ verweist die KBV auf ihre Ausführungen zu den §§ 20 und 25 (neu) oben.

Nr. 16 (§ 65a) – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die Krankenkassen sollen zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze Boni als finanzielle Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten in ihren Satzungen vorzusehen.

KBV

Im Zusammenhang mit der Bezugnahme auf die Regelung des § 62 SGB V regt die KBV an dieser Stelle an, in dem Präventionsgesetz nunmehr auch die Regelung zu streichen, dass eine reduzierte Belastungsgrenze durch Zuzahlungen nicht für Versicherte gelten soll, die die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Diese Streichung sollte analog zu der bereits im Zuge des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) diesbezüglich vorgenommenen Streichung für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erfolgen. Die gesetzliche Begründung zur Streichung des Bezugs auf § 25 Abs. 2 (Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) aus dem § 62 Abs. 1 Satz 3 im Zuge des KFRG, nach der auch bevölkerungsmedizinisch sinnvolle und empfehlenswerte Früherkennungsmaßnahmen für gesunde und beschwerdefreie Personen ein Risiko beinhalten (Konsequenzen aus falsch-negativen oder falsch-positiven Testbefunden), gilt gleichermaßen für die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V.

Änderungsvorschlag der KBV

Streichung § 62 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 SGB V

Nr. 18 (§ 132e) – Versorgung mit Schutzimpfungen

Bislang ist bereits geregelt, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände u. a. mit KVen, aber auch mit geeigneten Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d (neu: § 20i) Abs. 1 und 2 abschließen. Dabei müssen die Krankenkassen oder ihre Verbände sicherstellen, dass insbesondere Vertragsärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung vor, dass auch Betriebsärzte geeignete Ärzte im Sinne der Vorschrift sind. Aus Sicht des Gesetzgebers können Betriebsärzte aufgrund ihrer Nähe zu den Beschäftigten in den Betrieben einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Impfquoten leisten. Über diese Klarstellung hinaus soll daher zusätzlich geregelt werden, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände zukünftig auch sicherstellen müssen, dass Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen.

KBV

Aus Sicht der KBV ist die Verbesserung der Durchimpfungsquoten in der Bevölkerung ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Vor diesem Hintergrund kann die KBV die Klarstellung bzw. Neuregelung zur Einbindung von Betriebsärzten in die Versorgung mit Schutzimpfungen nachvollziehen. Hierüber bietet sich unter anderem auch die Möglichkeit, Personen zu erreichen, die die vertragsärztliche Versorgung nicht in Anspruch nehmen („gesunde Erwachsene“). Diese Personengruppe ist gerade auch im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des ‚Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland‘ als nur schwer zu erreichende, aber für den Erfolg wichtige Zielgruppe identifiziert worden.

Nr. 19 (§ 132f) – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Nach der vorgesehenen Neuregelung können Krankenkassen oder ihre Verbände über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V Verträge mit Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften schließen.

KBV

Die KBV lehnt die Regelung ab, nach der aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften von diesen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden können.

Auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V sollen die Vertragsärzte gegebenenfalls geeignete gesundheitswirksame Konzepte auch unter Nutzung der vorgesehenen Präventionsberatungen und -empfehlungen mit ihren Patienten besprechen, im Konsens vereinbaren und kontinuierlich begleiten bzw. nötigenfalls modifizieren. Hierfür ist die Kenntnis der patientenindividuellen, krankheitsbezogenen oder auch biographischen Anamnese, über die die behandelnden Hausärzte verfügen, aus Sicht der KBV essentiell. Eine ausreichende Rückkopplung der im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen erhobenen Gesundheitsuntersuchungsergebnisse an die Hausärzte ist aus Sicht der KBV nicht zu erwarten. Die Gestaltung und das Monitoring gegebenenfalls notwendiger und sinnvoller Maßnahmen sind so nicht möglich.

Zusätzlich besteht das Risiko für unnötige Doppeluntersuchungen, wenn – wie zu erwarten – eine lückenlose Informationskette zwischen Betriebsärzten und Vertragsärzten, die Gesundheitsuntersuchungen durchführen, nicht sichergestellt werden kann.

Artikel 6 (Änderungen des SGB XI)

Nr. 1 (§ 5) – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Die Pflegekassen sollen zukünftig Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, in dem sie unter der Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollen die Pflegekassen für jeden ihrer Versicherten im Jahr 2016 einen Betrag von 0,30 Euro verausgaben.

Die Pflegekassen sollen dafür zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

KBV

Der Ansatz wird von der KBV grundsätzlich begrüßt. Offen bleibt jedoch auch hier, wie die geplanten Präventionsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden sollen und worin sie sich z. B. gegenüber Maßnahmen der aktivierenden Pflege unterscheiden werden. Indem die Regelung allein auf stationäre Pflegeeinrichtungen abzielt, wird das gesellschaftliche Ziel, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, teilweise konterkariert. Konsequent wäre es, auch in der ambulanten Pflege entsprechende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass gerade die gewünschten primärpräventiven Angebote bei pflegebedürftigen Menschen schwer bzw. kaum umgesetzt werden können. Notwendig wäre zudem ein neuer differenzierter Pflegebedürftigkeitsbegriff, denn das gegenwärtige (starre) Modell der drei Pflegestufen ist für eine zielgerichtete Prävention bei Pflegebedürftigen – z. B. in Bezug auf die Erhaltung der Selbstständigkeit - weniger geeignet. Bei Bedarf sollten die Angehörigen der Pflegebedürftigen eingebunden werden (die KBV hat das Thema für den ambulanten Bereich im Rahmen eines Vertragskonzeptes aufgegriffen). Darüber hinaus sollte gegebenenfalls der behandelnde Arzt bei der Entwicklung und Umsetzung der Präventionsmaßnahmen hinzugezogen werden, wobei ein zusätzlicher Aufwand für den Vertragsarzt angemessen zu berücksichtigen ist.

Nr. 2 (§ 18) – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollen Aussagen darüber getroffen werden, ob Beratungsbedarf zu Leistungen der individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

KBV

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Zielstellung verfolgt, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Im Übrigen verweist die KBV auf ihre Kritik zu §§ 20 sowie 20d bis f.

Nr. 5 (§ 113a) – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege

Bei der Umsetzung der Expertenstandards soll das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation einzusetzen, berücksichtigt werden.

KBV

Die Expertenstandards in der Pflege nach § 113a SGB XI (z.B. „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“) werden von der Pflege und Pflegekassen entwickelt. Aus Sicht der KBV sind die Expertenstandards aus folgendem Grund kritisch zu sehen: Die Vorgaben zu den Kompetenzen des Pflegepersonals (z. B. Planung und Koordination zur Erhaltung und Förderung der Mobilität) können dazu führen, dass Leistungen, die nicht in der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden können, in die Vertragsarztpraxis (z. B. Verordnung von Heilmittel) verlagert werden.

Sozialverband Deutschland e.V. Stralauer Straße 63 10179 Berlin

Abteilung Sozialpolitik
Tel.: 030 / 72 62 22 – 199
Fax: 030 / 72 62 22 – 328
Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121
E-Mail:
fabian.mueller-zetzsche@sovd.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(13)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

17. April 2015
MüZe/Pa

STELLUNGNAHME
des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)
BT-Drucksache 18/4282,

b) Antrag der Fraktion DIE LINKE
Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit ausrichten
BT-Drucksache 18/4322,

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

anlässlich der öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. April 2015.

Zu a)

In vorliegendem Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention sollen den Vorgaben des Koalitionsvertrags entsprechend insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und Pflegeinrichtungen gestärkt und dazu die Kooperation und Koordination der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessert werden.

Der Gesetzentwurf enthält im Wesentlichen folgende Regelungen:

- Verpflichtung der Krankenkassen zum Angebot von Leistungen zur primären Prävention (Verminderung von Krankheitsrisiken) und zur Gesundheitsförderung in Form von
    - Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention
    - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
    - Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben
- Entwicklung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien sowie eines Verfahrens zur Zertifizierung von Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung durch den GKV-Spitzenverband,
- Anhebung des Richtwertes, den Krankenkassen pro Versichertem und Jahr für Prävention ausgeben sollen, ab 2016 auf 7 Euro, davon je 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 Euro für Prävention in Lebenswelten,
- Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Prävention in Lebenswelten,
- Einrichtung gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen zur Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung unter Nutzung z.B. der gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX,
- Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie, Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz sowie Durchführung einer jährlichen Fachkonferenz („Präventionsforum“),
- Abschluss von Landesrahmenvereinbarungen zwischen den auf Landesebene zuständigen Akteuren,
- Durchführung besonderer Modellvorhaben zu Qualität und Effizienz präventiver Leistungen,
- Verbesserung der Vorsorgeleistungen für besonders beruflich und familiär Belastete,
- Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen um Präventionsempfehlungen,
- Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen im Kindheits- und Jugendalter,
- Verpflichtung der Krankenkassen zur Auszahlung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten an Versicherte sowie Arbeitgeber und Beschäftigte,
- Gesundheitsuntersuchungen in Betrieben können auch durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte während arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden,
- Verpflichtung der Pflegekassen zu Präventionsleistungen in Pflegeinrichtungen,

- Erweiterung der im Rahmen der Pflegebegutachtung erstellten Rehabilitationsempfehlung zur „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“,
- Verstärkte Überprüfung des Impfstatus von Kindern bei der Aufnahme in Kindertageseinrichtungen.

I. Gesamtbewertung:

Gute Absicht – nicht konsequent umgesetzt

Die Zielstellung des Entwurfes, die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung zu stärken, um dadurch die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, wird vom SoVD ausdrücklich unterstützt. Allerdings sind die vorgesehenen Maßnahmen aus Sicht des SoVD nur bedingt geeignet, diese Ziele zu erreichen. Zwar handelt es sich zum Beispiel bei den deutlich ausgeweiteten Gesundheitsuntersuchungen mit präventivem Charakter, der Stärkung der Rolle der Betriebsärztinnen und –ärzte in Bezug auf Früherkennung und Prävention in den Betrieben, der Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen auf Jugendliche sowie den verbesserten finanziellen Anreizen zur Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen um wichtige Einzelmaßnahmen zur Verminderung von Krankheitsrisiken in der Bevölkerung. Jedoch sind die Maßnahmen in Bezug auf das zentrale Feld der Prävention in Lebenswelten unzureichend.

Prävention zu sehr auf gesetzliche Krankenkassen verengt

Der Gesetzentwurf berücksichtigt nicht ausreichend, dass es sich bei der Förderung der Prävention und gesundheitsbewusstem Verhalten um eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe handelt. Insbesondere im Bereich der Prävention in den verschiedenen Lebenswelten müssen sich weitere Akteure verpflichtend engagieren, zum Beispiel andere Sozialversicherungsträger, Länder, Kommunen aber auch die Private Krankenversicherung und die Beihilfeträger. Prävention und deren Finanzierung sind keine alleinige Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Die Einbeziehung der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der Pflegekassen und weiterer Akteure in die Nationalen Präventionsstrategie und die Nationale Präventionskonferenz ist nicht ausreichend.

Insgesamt sieht der SoVD die Gefahr, dass durch die starke Fokussierung auf die Gesetzlichen Krankenkassen andere für Prävention und Gesundheitsförderung ebenfalls zuständige Akteure, wie Arbeitgeber, Kommunen, Länder, andere Sozialversicherungsträger und Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung aus ihrer Verantwortung entlassen werden. So könnten Leistungsverschiebungen zwischen verschiedenen Akteuren entstehen, ohne dass daraus eine bessere Versorgung der Versicherten resultiert.

Prävention und Gesundheitsförderung dem Wettbewerb ausgesetzt

Grundsätzlich problematisch am Gesetzentwurf ist, dass die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung von den Krankenkassen als Satzungsleistungen, also Mehrleistungen, anzubieten sind. Sie werden damit zum Wettbewerbsinstrument der einzelnen Krankenkassen, was der herausgehobenen Stellung der Prävention nicht gerecht wird. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten in den Regelleistungskatalog mit Rechtsanspruchscharakter der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.

SGB IX wird unzureichend berücksichtigt

Überaus kritisch sieht der SoVD, dass das Präventionsgesetz bislang nur unzureichend an die Regelungen des SGB IX anknüpft. Dabei sind alle Rehabilitationsträger nach § 3 SGB IX ausdrücklich verpflichtet, den Vorrang der Prävention vor Rehabilitation umzusetzen. Prävention ist integraler und grundlegender Bestandteil des Rehabilitations- und Teilhaberechts. Daher darf das SGB IX vom Präventionsgesetz nicht ausgespart werden. Dies gilt besonders, weil sich der Anwendungsbereich des SGB IX nicht auf Menschen mit Behinderungen beschränkt, sondern auch bei drohender Behinderung bereits einschlägig ist.

Das SGB IX verfügt über verfahrenstechnische und institutionelle Instrumente, die für einen umfassenden Präventionsansatz nutzbar sind. So verpflichtet das SGB IX u.a. zu einer kooperativen und koordinierten Leistungserbringung der verschiedenen Rehabilitationsträger. Leistungen sollen „wie aus einer Hand“ erbracht werden. Dieser Ansatz ist angesichts der Vielfalt der Akteure auch im Bereich der Prävention unverzichtbar und muss umgesetzt werden. Umso mehr verwundert es, dass solche Überlegungen im vorliegenden Präventionsgesetz unberücksichtigt bleiben.

II. Zu einzelnen Regelungen:

1. Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten (§ 2b SGB V neu)

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, einen neuen § 2b „Geschlechtsspezifische Besonderheiten“ ins SGB V aufzunehmen. Darin werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, bei ihren Leistungen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

SoVD-Bewertung: Vor dem Hintergrund, dass sich der SoVD für eine verstärkte Berücksichtigung von alters- und lebenslagenspezifischen Gesichtspunkten in der Gesundheitspolitik einsetzt, begrüßt der SoVD die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten ausdrücklich.

2. Höhere Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und der Gesundheitsförderung als Satzungsleistungen verpflichtend anbieten. Die Leistungen können als individuelle Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben erbracht werden. Einheitliche Handlungsfelder und Kriterien dazu sowie ein Zertifizierungsverfahren entsprechender Leistungen soll der GKV-Spitzenverband erarbeiten und dabei die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Ziele sowie den Sachverstand der Menschen mit Behinderung einbeziehen. Zur Finanzierung der Leistungen soll der Richtwert ab 2016 auf 7 Euro pro Versichertem angehoben werden (2015: 3,17 Euro), wovon mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 Euro für Prävention in Lebenswelten aufgewendet werden soll.

SoVD-Bewertung: Der Sozialverband Deutschland (SoVD) vertritt die Position, dass die primäre Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb der Krankenversicherung gleichrangig neben der Versorgung kranker Menschen und der Rehabilitation stehen muss. Aus diesem

Grund ist die vorgesehene Erhöhung der Mittel der Krankenkassen besonders für diese Bereiche notwendig. Da es sich bei der Förderung von Prävention und gesundem Verhalten um eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe handelt, kann deren Finanzierung keine alleinige Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein. Mindestens die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Träger der Beihilfe müssen verpflichtend beteiligt werden.

Des Weiteren hält der SoVD die Verortung der Präventionsleistungen bei den Satzungsleistungen der Krankenkassen für falsch. Sie werden damit zum Wettbewerbsinstrument der einzelnen Krankenkassen, was der herausgehobenen Stellung der Prävention nicht gerecht wird. Es steht grundsätzlich zu befürchten, dass durch die Ausweitung der Satzungsleistungen der einheitliche Leistungskatalog immer stärker ausgehöhlt wird und lediglich ein Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übrig bleibt. Der SoVD fordert, dass wirtschaftliche und notwendige Leistungen grundsätzlich in den Leistungskatalog der GKV eingegliedert werden.

3. Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20a SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (z.B. Wohnen, Lernen, Studieren) für gesetzlich Versicherte erbringen. Voraussetzung ist u.a., dass sich die für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Maßnahmen bereit erklären und mit einer Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene beitragen. Bezogen auf Personen mit gesundheitsbedingten Hemmnissen in Bezug auf die Arbeitsmarkteingliederung sollen die Krankenkassen eng mit der Bundesagentur für Arbeit und den Grundsicherungsbehörden zusammenarbeiten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird durch den GKV-Spitzenverband beauftragt, ab 2016 die Krankenkassen bei ihren Aufgaben zu unterstützen und kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten für gesetzlich Versicherte durchzuführen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben erhält sie pauschal von den Krankenkassen ein Viertel der Mittel, die diese für die Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben.

SoVD-Bewertung: Die Intention des Gesetzgebers, gesundes Verhalten und primäre Prävention besonders in Lebenswelten zu fördern, ist richtig. Der SoVD hat dies in seinen Stellungnahmen stets gefordert. Die vorgesehene Regelung macht aber einen grundsätzlichen Mangel des gesamten Gesetzesvorhabens deutlich. Die Förderung von gesundem Verhalten und Prävention in Lebenswelten ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe und lässt sich nicht zielgenau nur für gesetzlich Versicherte durchführen. Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Beihilfeträger, andere Sozialversicherungsträger sowie Länder und Kommunen haben ebenfalls Verantwortung für die Gesundheit ihrer Versicherten und müssen verpflichtend an der Prävention in Lebenswelten beteiligt werden.

Die vorgesehene Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung von Maßnahmen zur lebensweltbezogenen Prävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sieht der SoVD kritisch. Bislang wird die BZgA hauptsächlich aus Steuermitteln finanziert. Es ist zwar wünschenswert, dass zur Erfüllung präventiver Aufgaben der BZgA mehr Mittel zur Verfügung stehen, die Verwendung von Beitragsmitteln der GKV zu diesem Zwecke hält der SoVD aber für zweckfremd. Gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben sind aus Steuermitteln zu finanzieren. Zumindest wären aber die privaten Krankenversicherungen sowie die Beihilfeträger entsprechend zu beteiligen.

4. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit denen für die betriebliche Gesundheitsförderung hauptsächlich zuständigen Akteuren wie Unfallversicherung, Arbeitgebern und Betriebsärzten zu verbessern. In gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen sollen die Unternehmen beraten und bei der Inanspruchnahme von Leistungen unterstützt werden. Dabei sollen zur Vermeidung von Doppelstrukturen bestehende Strukturen wie Geschäfts- oder Servicestellen der Krankenkassen oder gemeinsame Servicestellen nach §§ 22 und 23 SGB IX genutzt werden.

SoVD-Bewertung: Insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme von psychischen Erkrankungen, die auch arbeitsplatzbedingt sind, ist es richtig, die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken. Für die Lebenswelt „Arbeit“ tragen im Wesentlichen die Arbeitgeber Verantwortung. Zwar ist es sinnvoll, die Zusammenarbeit der Arbeitgeber mit weiteren Akteuren zu verbessern. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die wesentlich zuständigen Akteure ihre Aktivitäten zur Prävention reduzieren.

5. Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie (§ 20d SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie erarbeiten und umsetzen. Die Strategie soll die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Zusammenarbeit der zuständigen Träger und Stellen umfassen. Auch soll alle vier Jahre ein Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) erarbeitet werden. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem BMG, dem BMAS, dem BMEL, dem BMFSFJ, dem BMI sowie den Ländern vereinbart. Vorbereitend beteiligt werden auch die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung sowie die Landesjugendbehörden.

SoVD-Bewertung: Die Entwicklung einheitlicher Empfehlungen zu Qualität und Erbringung von Präventionsleistungen sowie eine regelmäßige Berichterstattung über die Entwicklung werden grundsätzlich begrüßt. Kritisch ist aber die unzureichende Beteiligung wesentlicher weiterer Akteure, wie die Spitzenverbände der Arbeitgeber, der Kommunen, anderer Sozialversicherungsträger und der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Darüber hinaus sollten maßgebliche Verbände der Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie behinderter Menschen beteiligt werden.

6. Bildung einer nationalen Präventionskonferenz (§ 20e SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, zur institutionellen Umsetzung der Präventionsstrategie (s.o.) die Nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgruppe zu bilden. Ihre Aufgaben sind die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie. Mitglieder sind die gesetzlichen Spitzenorganisationen der Krankenkassen, gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung und der Pflegekassen mit je zwei Sitzen. Der PKV-Verband wird mit einem Sitz beteiligt, sofern seine Mitgliedsunternehmen sich an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlung finanziell angemessen beteiligen. Darüber hinaus nehmen Bund und Länder, kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit sowie die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber mit beratender Stimme teil. Auch die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V erhalten ein Mitberatungsrecht.

Zur fachlichen Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz findet einmal im Jahr eine Fachkonferenz (Präventionsforum) statt. Teilnehmen sollen maßgebliche Organisationen und Verbände für Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Mitglieder der Präventionskonferenz. Das Forum wird von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. durchgeführt. Näheres zu Durchführung und Teilnehmendenkreis wird in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

SoVD-Bewertung: Die Einrichtung eines institutionellen Gremiums zur Steuerung der Aktivitäten im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie ist richtig. Der SoVD begrüßt, dass die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V ein Mitberatungsrecht in der Präventionskonferenz erhalten.

7. Abschluss von Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (§ 20f SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und die Ersatzkassen mit weiteren Sozialversicherungsträgern sowie in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen. Darin sollen gemeinsame Ziele definiert und die Zusammenarbeit verbessert werden. An den Vereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung zu beteiligen.

SoVD-Bewertung: Die Entwicklung einheitlicher Ziele und einer strukturierten Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Besonderheiten in den Ländern wird begrüßt. Ausdrücklich begrüßt wird auch die Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit sowie der Grundsicherungsträger bei der Erarbeitung der Vereinbarungen. Auf diese Weise kann der sozial benachteiligte Personenkreis der Langzeitarbeitslosen erfasst werden, der regelmäßig ein gesundheitlich höheres Risiko aufweist. Allerdings sollten auch die maßgeblichen Verbände der Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der behinderten Menschen beteiligt werden.

8. Besserer Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V n.F.)

Nach geltendem Recht können Krankenkassen medizinisch erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen und in ihren Satzungen einen Zuschuss zu den übrigen Kosten vorsehen, die den Versicherten im Zusammenhang mit den Kuren entstehen. Voraussetzung ist allerdings, dass die ärztliche Behandlung am Wohnort sowie die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln erbacht wurde aber nicht ausreicht. Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen (Schichtarbeit, Angehörigenpflege) können solche Leistungen aber oftmals nicht in ihren Tagesablauf einbinden und so oft nicht in Anspruch nehmen. In der Folge werden ihnen beantragte Kuren von den Krankenkassen mit dem Verweis auf ausreichende ambulante Maßnahmen am Wohnort verwehrt.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssitationen die Möglichkeit verbessert wird, unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten in Anspruch zu nehmen.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Es ist durch Studien belegt, dass z.B. Menschen, die Familienangehörige pflegen, ein höheres Riskio haben, selbst zu erkranken. Ihre erhöhten Bedarfe an präventiven Vorsorgeleistungen müs-

sen zukünftig besser gedeckt werden. Dazu kann die vorgesehene direkte Inanspruchnahme ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten beitragen.

9. Erweiterter Anspruch auf Hebammenhilfe (§ 24d SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, den Anspruch auf Hebammenleistungen statt bisher acht zukünftig auf zwölf Wochen nach der Geburt auszuweiten. Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammen vertraglich vereinbarten möglichen Leistungen sollen allerdings unverändert bleiben. Insofern ändert sich an der Leistungshöhe grundsätzlich nichts, Leistungen können aber über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Ausweitung des Anspruchszeitraums auf zwölf Wochen wird vom SoVD begrüßt.

10. Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten um primärpräventive Maßnahmen zu erweitern. Ziel ist es, Präventionsbedarfe und -potenziale insbesondere von besonders präventionsbedürftigen Zielgruppen besser zu erfassen und den Zugang zu passgenauen Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention zu verbessern. Insbesondere soll das Risikoprofil systematisch erfasst werden, eine daran anschließende präventionsorientierte Beratung erfolgen sowie – sofern medizinisch angezeigt – eine ärztliche Bescheinigung („Präventionsempfehlung“) ausgestellt werden. Das Mindestalter von 35 Jahren sowie das Untersuchungsintervall alle zwei Jahre soll entfallen. Näheres zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien.

SoVD-Bewertung: Die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen um präventive Maßnahmen wird ausdrücklich begrüßt. Da solche Gesundheitsuntersuchungen meist im Rahmen regulärer Behandlungsbesuche bei Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, sind sie geeignet, besonders gefährdete Zielgruppen mit hohem Präventionsbedarf zu identifizieren und frühzeitig Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention einzuleiten. Dies trägt auch zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen bei. Vor diesem Hintergrund wird auch der Wegfall von Mindestalter und festem Untersuchungsintervall begrüßt.

11. Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, den Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auszuweiten. Auch sollen im Rahmen der Untersuchungen künftig präventionsorientierte Risiken erfasst, eine daran anschließende Beratung erfolgen sowie ggf. eine entsprechende ärztliche Bescheinigung („Präventionsempfehlung“) für Leistungen der individuellen Verhaltensprävention ausgestellt werden. Näheres zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung regelt der G-BA.

SoVD-Bewertung: Die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche um präventive Maßnahmen sowie die Anhebung der Altersgrenze bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden ausdrücklich begrüßt.

12. Auszahlung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Prävention durch die Versicherten zu stärken, indem finanzielle Anreize verbessert werden. Bereits nach geltendem Recht können die Krankenkassen finanzielle Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten als Satzungsleistung vorsehen. Diese Kann-Regelung wird nun zu einer Soll-Regelung. Gleiches gilt für die bisherige Kann-Regelung bezüglich der Auszahlung von Boni an Arbeitgeber und Beschäftigte, die an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen.

SoVD-Bewertung: Finanzielle Anreize in Form von Boni der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten begünstigen in der Regel Zielgruppen, die ohnehin viel für ihre Gesundheit tun. So entstehen Mitnahmeeffekte ohne Zusatznutzen. Sozial schwächere Gruppen der Bevölkerung mit in der Regel höherem Präventionsbedarf werden über diesen Weg nur selten erreicht. Sehr kritisch bewertet der SoVD die Ausschüttung von Boni an Arbeitgeber. Sicherstellung und Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz sind wesentliche Aufgabe der Arbeitgeber, der Betriebsärzte sowie verschiedener Sozialversicherungsträger, zu denen neben der Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung erst in zweiter Linie die gesetzliche Krankenversicherung gehört. Die Ausschüttung von Mitteln der Krankenkassen als Boni an Arbeitgeber zur Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung hält der SoVD für zweckfremd.

13. Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegekassen zur Stärkung der Prävention in Pflegeeinrichtungen künftig Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Fähigkeiten der bei ihnen versicherten pflegebedürftigen Menschen entwickeln und unterstützen. Sie beteiligen dabei die Pflegebedürftigen sowie die Pflegeeinrichtungen. Sie sollen ab 2016 dazu 0,30 Euro je Versichertem aufwenden.

SoVD-Bewertung: Die Intention des Gesetzgebers, gesundes Verhalten und primäre Prävention in Lebenswelten zu fördern, wird begrüßt. Der SoVD hat dies in seinen Stellungnahmen stets gefordert. Insofern ist auch eine verbesserte Prävention in Pflegeinrichtungen zu begrüßen. Die vorgesehene Regelung macht erneut einen grundlegenden Mangel des gesamten Gesetzesvorhabens deutlich. Die Förderung von gesundem Verhalten und Prävention in Lebenswelten ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe und lässt sich nicht zielgenau nur für gesetzlich Versicherte durchführen. Insofern wären mindestens die Private Pflegepflichtversicherung sowie die Beihilfeträger verpflichtend zu beteiligen.

Positiv bewertet der SoVD die Anpassung der Höhe der Präventionsausgaben der Pflegekassen an die Lohnentwicklung mittels Kopplung an die monatliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Der SoVD setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass die Leistungen des SGB XI jährlich automatisch an die Bruttolohnentwicklung angepasst werden. Dazu bietet sich die Kopplung an die vorgenannte Bezugsgröße an.

14. Stärkung der Prävention bei der Pflegebegutachtung (§§ 18 und 18a SGB XI n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung auch ein eventuell vorhandener Baratungsbedarf der Versicherten hinsichtlich angezeigter Leistungen der Primärprävention im Sinne des § 20 Abs. 5 SGB V erfasst werden soll. Der Beratungsbedarf

soll zusammen mit dem Rehabilitationsbedarf in einer gesonderten „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ festgehalten werden, die den antragstellenden Versicherten von der Krankenkasse inklusive einer Stellungnahme dazu zugesandt werden muss, ob Maßnahmen zur Prävention oder medizinischen Rehabilitation angezeigt sind.

SoVD-Bewertung: Eine präventive Gesundheits- und Pflegepolitik muss grundsätzlich darauf ausgerichtet sein, Selbständigkeit und Kompetenz in allen Lebensphasen soweit und solange wie möglich zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dazu braucht es ein integriertes und trägerübergreifendes Zusammenwirken aller Akteure im Gesundheitswesen. Wohnortnahe Angebote für kompetenzerhaltende Maßnahmen und Krisenintervention sowie aufsuchende Beratung und Betreuung, beispielsweise der präventive Hausbesuch bei älteren Menschen, haben sich bewährt und sind auszubauen. Die vorgesehene Erfassung des Präventionsbedarfs und die Erweiterung der Rehabilitationsempfehlung zur „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ sind vor diesem Hintergrund richtige Maßnahmen.

15. Änderung des Infektionsschutzgesetzes (§ 34 IfSG n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Personensorgeberechtigten vor Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung zum Nachweis einer erfolgten ärztlichen Beratung zum Impfschutz des Kindes zu verpflichten.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Nachweispflicht einer erfolgten ärztlichen Impfberatung vor Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung kann dazu beitragen, die Personensorgeberechtigten für die Wichtigkeit von Impfungen zur Vermeidung übertragbarer Krankheiten auf weitere Kinder in einer Kindertageseinrichtung zu sensibilisieren und wird insofern begrüßt.

Zu b)

Im Antrag „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Vermeidung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ (Drucksache 18/4322) weist die Fraktion DIE LINKE auf den in Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Einkommenssituationen und unterschiedlichen Gesundheitschancen hin. Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention muss aus ihrer Sicht die Verringerung sozial bedingter Unterschiede des Gesundheitszustandes sowie die Schaffung guter Entwicklungsmöglichkeiten und -voraussetzungen für alle Menschen sein. DIE LINKE fordert dazu eine Gesamtstrategie, die u.a. Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention als Aufgabe der gesamten Gesellschaft versteht, gesundheitsförderliche Politik in allen Politikbereichen verankert, den Schwerpunkt der Maßnahmen auf die nichtmedizinische Primärprävention legt, alle Akteursgruppen breit einbezieht und Maßnahmen über einen Fonds finanziert, in den Bund, Länder, Sozialversicherungsträger sowie die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen einzahlen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD stimmt in der Einschätzung mit den Antragstellern überein, dass die Chancen für ein gesundes und langes Leben in Deutschland ungleich verteilt sind und die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit eine der zentralen politischen Herausforderungen ist. Sozial benachteiligte Menschen können mit Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung allein nur bedingt erreicht werden. Im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie müssten vor diesem Hintergrund neben der im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Stärkung der Prävention in Lebenswelten auch Aspekte der Verhältnisprävention stärker berücksichtigt werden. Elemente des Antrags, wie die Vorschläge zur Bündelung der Koordinierungs- und Entscheidungsverantwortung in einem bei

der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) angegliederten Gremium unter Einbeziehung verschiedener Akteursgruppen, die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Gesundheitsförderung über einen von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen finanzierten Fonds, die Evaluation und Qualitätssicherung aller Maßnahmen sowie und die umfassende Barrierefreiheit aller Maßnahmen könnten aus Sicht des SoVD noch in den Gesetzentwurf der Bundesregierung eingearbeitet werden.

Zu c)

Im Antrag „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ (Drucksache 18/4327) weist die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf den Zusammenhang von sozialer Lage und Wohlergehen hin. Sie kritisiert, dass im Gesetzentwurf der Bundesregierung der Schwerpunkt zu sehr auf der medizinischen Prävention statt auf der Gesundheitsförderung liege und Begrifflichkeiten unzutreffend vermengt würden. Sie fordert die Bundesregierung auf, Maßnahmen u.a. zur Förderung der Gesundheit aller, zur Senkung von Gesundheitsbelastungen, zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur besseren Steuerung, Koordination und Umsetzung von Gesundheitsförderung in Bund, Ländern und Kommunen vorzulegen. Zur Finanzierung der Maßnahmen sollten alle Sozialversicherungsträger, die private Kranken- und Pflegeversicherung sowie Bund, Länder und Kommunen herangezogen werden. Das für die Maßnahmen zur Verfügung stehende Finanzvolumen solle aber 2020 um 40 % erhöht werden, was einer Erhöhung des Richtwertes von 7 auf 10 € pro gesetzlich Versichertem entspräche. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung solle zu einem Nationalen Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung ausgebaut werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD stimmt in der Einschätzung mit den Antragstellern überein, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung Gesundheitsförderung nicht ausreichend breit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht und organisiert. Aus Sicht des SoVD ist es wünschenswert, dass der Gesetzentwurf verschiedene im Antrag vorgeschlagene Aspekte, wie die stärkere Beteiligung benachteiligter Gruppen, die bessere Steuerung, Koordination und Umsetzung von Gesundheitsförderung oder die Heranziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Bund, Ländern und Kommunen zur Finanzierung der Maßnahmen stärker berücksichtigt. Hinsichtlich einzelner Forderungen, etwa der weiteren Reduzierung von Gesundheitsbelastungen, der Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung oder auch der verbesserten Forschung zeigt sich, dass ein gesamtgesellschaftliches Konzept zur Gesundheitsförderung nicht allein im Rahmen von Gesetzesänderungen im SGB V und SGB XI umgesetzt werden kann.

III. Schlussbemerkungen:

Der vorgelegte Gesetzentwurf kann trotz vieler guter Einzelmaßnahmen nur bedingt überzeugen. Dies liegt einerseits an der Medizinlastigkeit der Ansätze, die sich in der zentralen Rolle der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Ärztinnen und Ärzte zeigt. Andererseits ist der Versuch untauglich, Prävention in Lebenswelten im Hinblick auf gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte zu fördern und die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die Beihilfeträger kaum zu beteiligen. Der SoVD fordert, das einheitliche Leistungsspektrum der Krankenversicherung neben der kurativen Medizin

auf die Bereiche Prävention und Rehabilitation auszuweiten. Die bislang im Vordergrund stehende individuelle Verhaltensprävention muss um eine Verhältnisprävention ergänzt werden. Dies macht einen trägerübergreifenden Ansatz notwendig, an dem neben den Krankenkassen viele weitere Akteure, z.B. Kommunen und nicht zuletzt die Betroffenengruppen, beteiligt werden müssen. Bei der Überarbeitung des Gesetzentwurfs sollten auch verschiedene Punkte stärker berücksichtigt werden, die in den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gefordert werden, insbesondere zur grundsätzlich breiteren Ausrichtung der Maßnahmen, zur Einbeziehung aller Interessengruppen sowie verbreiterten und verbesserten Finanzierung der Maßnahmen.

Abschließend weist der SoVD darauf hin, dass die begrüßenswerten Leistungsverbesserungen angesichts der Finanzsystematik der Krankenversicherung zu steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und damit zu einseitigen Mehrbelastungen für die Versicherten führen werden. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD erneut eine sofortige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Berlin, 17. April 2015

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

vdek
Die Ersatzkassen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(7)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
15.04.2015

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 11. März 2015

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 22. April 2015

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 3

1. Vorbemerkung 4

2. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf 6

- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20 Absatz 3 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) 6
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20 Absatz 6 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) 7
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 20a Absatz 3 und 4 – neu – (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten) in Verbindung mit Artikel 2 Nr. 2 § 20a Absatz 3 (Vergütung der BZgA) 8
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 20e – neu – (Nationale Präventionskonferenz) 9
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 14 § 25 (Gesundheitsuntersuchungen) 10
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 15 § 26 (Kinderuntersuchung) 12
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 § 65a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 13
- Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 20 Absatz 5 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) 14
- Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation) 15

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DOSB	Deutschen Olympischen Sportbund
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
PKV	Private Krankenversicherung
SPV	Soziale Pflegeversicherung

1. Vorbemerkung

Prävention und Gesundheitsförderung genießen eine hohe Akzeptanz und sind neben Kuration und Rehabilitation eine wichtige Säule in der gesundheitlichen Versorgung. Die GKV hat sich in diesem Feld in den vergangenen 20 Jahren zum dominierenden Akteur entwickelt: Im Jahr 2013 gab sie 267 Millionen Euro für Präventionsmaßnahmen aus und erreichte damit mehr als fünf Millionen Menschen. Der Gesetzgeber scheiterte bisher daran, dieser Entwicklung die geeigneten politischen Rahmenbedingungen folgen zu lassen. Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention nimmt sich nun dieser Aufgabe an. Die Grundhaltung dieses Entwurfes ist an vielen Stellen zu begrüßen.

Insbesondere gilt dies für das Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in nichtbetriebliche Lebenswelten („Settings") zu tragen. Die Ersatzkassen begrüßen, dass sich dies im vorliegenden Entwurf widerspiegelt und er zudem explizit das Setting Pflegeheim einbezieht. Für die parlamentarischen Beratungen sehen die Ersatzkassen die folgenden Schwerpunkte:

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung ernstnehmen

Es reicht nicht, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Man muss sie auch so ausgestalten. Das Präventionsgesetz bezieht zwar sämtliche Sozialversicherungsträger bei der Präventionsstrategie und der dazugehörigen Präventionskonferenz ein. Finanziell beteiligt bzw. finanzielle Mehrausgaben tragen wird zukünftig aber nur die GKV und die SPV. Der PKV wird ihr Engagement weiter freigestellt, obwohl ihre Versicherten ebenso von den Präventionsmaßnahmen profitieren werden. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde die Eintrittsschwelle für die PKV, um an der Präventionskonferenz teilzunehmen, sogar von vier auf zwei Euro je Versichertem halbiert.

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung misst sich aber nicht nur in der Teilnahme an Konferenzen und Runden Tischen, sondern auch in konkreten Ausgaben. Hier stehen nicht nur die GKV und die SPV, sondern auch PKV, Bund, Länder, Kommunen und die weiteren Sozialversicherungsträger in der Pflicht. Sehr deutlich wird: Dem Gesetzesentwurf fehlt der interministerielle Rückhalt. Das Präventionsgesetz regelt die Bereiche, die in die Zuständigkeit des BMG fallen. Andere relevante Bereiche – Verbraucherschutz, Arbeit, Wirtschaft, Ernährung, Jugend oder Familie – werden, wenn überhaupt, nur auf freiwilliger Basis eingebunden. Hier zeigt sich, dass das Präventionsgesetz eben nicht gesamtgesellschaftlich ausgestaltet ist und damit viel Potenzial verschenkt wird.

Rolle der BZgA überdenken

Der Gesetzgeber sollte auch die Rolle der BZgA überdenken. Gleich mehrere Aspekte sind hier problematisch. Erstens: Obwohl die GKV sonst den strengen Vorgaben des Vergaberechtes unterliegt, wird hier ein Vertragspartner gesetzlich vorgeschrieben. Zweitens handelt es sich bei diesem Vertragspartner um eine nachgeordnete Behörde des BMG. Hier bleibt fraglich, wie sichergestellt werden soll, dass es zu keiner Mischfinanzierung zwischen Beitragszahler- und Steuergeldern kommt. Denn GKV-Aktivitäten und

BZgA-Auftrag sind in der Praxis nicht immer trennscharf auseinanderzuhalten. Drittens sind die geplanten 35 Millionen Euro, die die BZgA jährlich erhalten soll, für reine Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten völlig überdimensioniert.

Ärztliche Bescheinigungen für Präventionsmaßnahmen kritisch überprüfen
Grundsätzlich sind Ärzte schon heute verpflichtet, Patienten zu beraten, wie sie sich gesund verhalten können und ihnen weiterführende (Präventions-) Maßnahmen zu empfehlen. Dass nun eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung geschaffen werden soll, ist daher unnötig. Die Erfahrung zeigt zudem, dass jeder ärztlichen Bescheinigung der Ruf nach zusätzlicher Vergütung folgt; also nicht sichergestellt werden kann, dass die Empfehlung wirklich kostenneutral erfolgen kann. Auch Fehlsteuerungen sind nicht ausgeschlossen. Die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung sollte daher gestrichen werden.

Ausgaben für Prävention schrittweise erhöhen
Die Ersatzkassen sind bereit, ihr präventionsbezogenes Engagement weiter auszubauen. Die vom Gesetzgeber geplante Anhebung ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Steigerung, die qualitätsgesichert nur schwer zu leisten ist. Dafür fehlt es sowohl an Strukturen als auch an Partnern. Die Ersatzkassen schlagen daher vor, eine Übergangsregelung vor, so dass nicht-verausgabte Mittel erst ab dem Jahr 2017 ins Folgejahr zu übernehmen sind.

Zertifizierung rechtssicher ausgestalten
Das Präventionsgesetz stellt die Zertifizierung von Präventionskursen auf eine rechtssichere Grundlage. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. In der Praxis bilden viele Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, um die Zertifizierung zu beauftragen. Um diese bewährte Praxis abzusichern, empfehlen die Ersatzkassen eine entsprechende Klarstellung. Gleiches gilt für die Rechtsnatur der Zertifizierung. Die empfohlene Klarstellung ist insbesondere deshalb dringlich geboten, weil die bewährte Praxis in jüngerer Zeit in zahlreichen Gerichtsverfahren rechtlich angegriffen wird und der Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung die dort aufgeworfenen Fragen nicht vollständig beantwortet.

2. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 20 Absatz 3 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:
Der GKV-SV ist verpflichtet, bei der Entwicklung von Handlungsfeldern und Kriterien die Gesundheitsziele vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de zu berücksichtigen. Ebenfalls berücksichtigen muss der GKV-SV die durch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele.

Bewertung:
Die Orientierung an Gesundheitszielen kann in einem föderalen System helfen, die Gesundheitspolitik und Prävention auszurichten. Die GKV verfügt daher bereits über konsentierte Präventionsziele. Diese basieren auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen, sind messbar und werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt.

Die Berücksichtigung der Festlegungen von gesundheitsziele.de und der GDA in diesem Zusammenhang ist sinnvoll und entspricht der Praxis. Die Gesundheitsziele von gesundheitsziele.de können aber nicht eins zu eins übernommen werden. Denn der Zielekanon von gesundheitsziele.de reicht zum einen über die Primärprävention deutlich hinaus. Zum anderen sind die Gesundheitsziele von gesundheitsziele.de an epidemiologische Notwendigkeiten mit einem Public-Health Ansatz ausgerichtet. Der vdek schlägt daher vor, nur die Ziele für die GKV verbindlich zu machen, die der Primärprävention dienen und somit von den Kassen übernommen werden sollten.

Des Weiteren ist die bloße Übernahme der aktuell geltenden Ziele von gesundheitsziele.de nicht zielführend. Die Ziele ändern sich und werden in stetem Austausch zwischen den Trägern von gesundheitsziele.de angepasst. Sinnvoller wäre hier, eine Formulierung zu wählen, die diese Dynamik anerkennt.

Änderungsvorschlag:
§ 20 Absatz 3 wird gestrichen. Er wird ersetzt durch:
„*Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die Ziele und Teilziele, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom [einsetzen: Datum der Veröffentlichung und Seitenangabe im Bundesanzeiger] festgelegt sind, sofern sie der Primärprävention dienen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.*“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 20 Absatz 6 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:
Ab dem 1. Januar 2016 gilt für Krankenkassen der Richtwert von sieben Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. In diesem Beitrag vorgesehen ist ein Mindestwert von jeweils zwei Euro für Leistungen in den nicht-betrieblichen Lebenswelten und für die BGF. Diese Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgrößen (§ 18 Absatz 1 SGB IV) anzupassen.

Bewertung:
Die Ersatzkassen sind bereit, ihr präventionsbezogenes Engagement weiter qualitätsgesichert auszubauen. Die Anhebung dieses Wertes auf sieben Euro im Jahr 2016 ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Steigerung, die kurzfristig von der GKV qualitätsgesichert nur schwer zu leisten ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Erhöhung des Richtwertes für die GKV nur dann gesellschaftspolitisch vertretbar ist, wenn auch die anderen relevanten Akteure in der Prävention dazu verpflichtet werden, ihren Beitrag zu leisten. Eine Quotierung engt die Spielräume der Krankenkassen als Hauptakteur der Prävention ein. Dies kann kontraproduktiv sein. Die Ersatzkassen plädieren grundsätzlich für Gestaltungsfreiheit, auch in finanzieller Hinsicht.

Insbesondere in der Setting-Prävention kann eine Ausgabensteigerung nur unter Berücksichtigung langsam wachsender Strukturen vollzogen werden. Schon heute fehlen der GKV vor allem bei der Prävention in den nichtbetrieblichen Settings teilweise Strukturen und Partner, um Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen. Geld allein wird dieses Problem nicht richten, gerade im ersten Jahr der Neuregelung, der „Aufbauphase“, nicht. Dies sollte im Gesetzesentwurf berücksichtigt werden, indem erst ab dem Jahr 2017 hier nichtverausgabte Mittel ins Folgejahr übernommen werden.

Änderungsvorschlag:
In § 20 Absatz 6 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „*Ab dem Jahr 2017 werden nichtverausgabte Mittel nach Satz 2 ins Folgejahr übernommen.*“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5
§ 20a Absatz 3 und 4 – neu – (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten)
in Verbindung mit
Artikel 2
Nr. 2
§ 20a Absatz 3 (Vergütung der BZgA)

Beabsichtigte Neuregelung:
Der GKV-SV beauftragt die BZgA ab dem Jahr 2016 mit der Unterstützung der Krankenkassen bei der Prävention in den nicht-betrieblichen Lebenswelten der gesetzlich Versicherten, insbesondere Kitas, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen sowie Lebenswelten älterer Menschen. Schwerpunkt soll die Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und die wissenschaftliche Evaluation sein. Die pauschale Vergütung durch den GKV-SV entspricht mindestens einem Viertel der Leistungen, die die Krankenkassen für Prävention in den nicht-betrieblichen Lebenswelten aufbringen müssen (= 0,50 Euro).

Bewertung:
Die Ersatzkassen lehnen die verpflichtende Abgabe von Beitragszahlergeld an eine nachgeordnete Behörde des BMG ab. Kernaufgaben und -kompetenz der BZgA liegen in der Gestaltung und Durchführung von Aufklärungskampagnen sowie in der Erarbeitung von Informations- und Aufklärungsmaterial und in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Personen. Die Setting-Prävention erfordert aber andere Kompetenzen sowie eine personalintensive Begleitung konkreter Projekte vor Ort, d. h. in Schulen, Kindergärten, usw. Daran ändert auch nichts, dass die BZgA nun – im Vergleich zum Referentenentwurf – nicht mehr mit der Durchführung, sondern der Entwicklung beauftragt wird. Bei beiden Tätigkeiten ist nicht ersichtlich, wie die BZgA diese Aufgabe besser als die Krankenkassen lösen kann.

Statt dem vorgesehenen Heranziehen externer Partner sollte die Erfahrung und Kompetenz der Kassen genutzt und deren Handlungsspielraum erhalten werden. Die Finanzierung bevölkerungsbezogener Informationsmaterialien und Aufklärungskampagnen hat zudem aus Steuermitteln zu erfolgen. Es ist auch fraglich, ob die GKV die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG mit der Durchführung bestimmter Maßnahmen tatsächlich beauftragen kann. Faktisch handelt die BZgA ausschließlich auf Erlass des BMG. Hier bestehen auch rechtliche Bedenken. Während in anderen Bereichen strenge vergaberechtliche Vorgaben für Kassen gelten, soll hier in Höhe eines zweistelligen Millionenbetrages die GKV Leistungen eines gesetzlich bestimmten Anbieters „einkaufen“. Grundsätzlich droht auch ein Verschiebebahnhof, nämlich dann, wenn Standardaufgaben der BZgA künftig über GKV-Mittel finanziert werden.

Statt auf die BZgA für die Entwicklung von übergreifenden Settingprojekten zurückzugreifen, sollte auf bereits bestehende und bewährte Kompetenz-

strukturen aufgebaut werden. Dazu gehören die Koordinationsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit (ehemals regionale Knoten), die über die Erfahrung, das Wissen und die personellen Möglichkeiten verfügen, kassenübergreifende Projektkoordinationen zu übernehmen. Diese werden von den Krankenkassen bereits seit Jahren finanziert und haben sich kontinuierlich weiterentwickelt.

Änderungsvorschlag:
Streichung von § 20a Absatz 3 und 4 (neu).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 20e – neu – (Nationale Präventionskonferenz)

Beabsichtigte Neuregelung:
Die Präventionsstrategie wird durch eine Nationale Präventionskonferenz entwickelt und fortgeschrieben. Sie besteht als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 (GKV, GRV, GUV, SPV) mit je zwei Sitzen. Sofern sich die PKV und Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, finanziell angemessen an Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen beteiligen, erhält der PKV-Verband ebenfalls einen Sitz. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Kommunale Spitzenverbände, die repräsentativen Spitzenorganisationen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern nehmen mit jeweils einem beratenden Vertreter teil. Arbeitsweise und Beschlussverfahren der Konferenz werden in einer Geschäftsordnung geregelt, die einstimmig angenommen werden muss. Die Geschäfte der Konferenz führt die BZgA.

Zudem berät ein Präventionsforum die Nationale Präventionskonferenz, in der Regel einmal jährlich. Es setzt sich zusammen aus Vertretern der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Präventionskonferenz. Die Konferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Forums und erstattet ihr die Kosten. Die Geschäftsordnung der Konferenz regelt die Durchführung des Forums.

Bewertung:
An dieser Stelle des Entwurfes wird die große ordnungspolitische Schwäche des Präventionsgesetzes deutlich: Zwar werden – und das ist zu begrüßen – alle Akteure an einen Tisch gebracht, damit Prävention und Gesundheitsförderung künftig stärker kooperativ erfolgen und besser koordiniert werden kann. Obwohl dieser Auftrag aber als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird, müssen zukünftig nur die GKV und SPV ihre Mittel für Prävention erhöhen und das deutlich. Die weiteren Sozialversicherungsträger, die nicht in der Zuständigkeit des BMG liegen, werden finanziell nicht an Prä-

vention beteiligt. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die gleiche Sitz- und Stimmverteilung in der Konferenz abzulehnen. Es ist nicht zu akzeptieren, dass andere Versicherungen über die Verwendung von GKV-Geldern mitbestimmen. Es sei denn, die GKV wird explizit mit einem Veto-Recht ausgestattet.

Ordnungspolitisch ähnlich fragwürdig bleibt die freiwillige Einbindung der PKV, die sich zwar an Präventionsmaßnahmen beteiligen kann, aber nicht muss. Privat Versicherte werden von der Prävention in den Lebenswelten profitieren, insofern wäre es nur folgerichtig gewesen, die PKV auch verpflichtend zu beteiligen. Hier wäre es an dem Gesetzgeber gewesen, eine ressortübergreifende Lösung zu finden, die über die Kompetenzen des BMG hinausgeht.

Die BZgA als Geschäftsstelle der Konferenz zu bestimmen, ist ein Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Es ist nicht ersichtlich, warum die GKV ausgerechnet eine nachgeordnete Behörde des BMG beauftragen sollte. Wenn das BMG die BZgA aus Gründen der Expertise beteiligen will, wäre hier das Präventionsforum der richtige Ort.

Die Konferenz durch ein Forum begleiten zu lassen ist sinnvoll. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. ist für die Durchführung geeignet.

Änderungsvorschlag:
In § 20e Absatz 1 wird der Satz „*Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*“ gestrichen und ersetzt durch „*Wer die Geschäfte der Präventionskonferenz führt, bestimmen die stimmberechtigten Mitglieder der Konferenz*“.

In § 20e Absatz 2 wird nach dem Wort „*zusammen*“ der Satz „*sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*“ eingefügt.

In § 20e Absatz 1 wird nach Satz 7 folgender Satz 8 eingefügt: „*Dabei ist ein Veto-Recht für die Vertreter der Spitzenorganisation der Krankenkassen vorzusehen.“*

Die Sätze 8 und 9 werden zu den Sätzen 9 und 10.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14
§ 25 (Gesundheitsuntersuchungen)

Beabsichtigte Neuregelung:
Die Neufassung ermöglicht die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung zur individuellen Verhaltensprävention (Präventionsempfehlung) in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Anlass können der Check-up 35 oder jede

kurative Behandlung sein. Diese ist von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zu berücksichtigen. Explizit werden die von Deutschem Olympischen Sportbund und Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen genannt.

Die bisher festgeschriebene Häufigkeit des Anspruchs auf Gesundheitsuntersuchungen alle zwei Jahre entfällt. Ebenfalls entfallen die untere Altersgrenze von 35 Jahren und die Aufzählung von Zielkrankheiten.

Der G-BA muss die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anpassen. Er erhält eine Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, um in seinen Richtlinien das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen zu regeln. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Bewertung:
Die Idee hinter Vorsorgeuntersuchungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Bisher haben Versicherte diese allerdings eher zurückhaltend in Anspruch genommen. Ob eine Ausweitung des Check-up 35 dieses Inanspruchnahmeverhalten ändert, muss abgewartet werden.

An dieser Stelle weisen die Ersatzkassen auf die in ihren Augen problematische Malusregelung des § 62 Absatz 1 Satz 3 hin. Nach dieser Regelung beträgt die Belastungsgrenze für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 diese Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben, zwei statt einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bisher konnte jedoch kein Beleg erbracht werden kann, dass die Teilnahme an einer solchen Gesundheitsuntersuchung das Eintreten oder das Verschlimmern einer Krankheit positiv beeinflusst. Die Malusregelung sollte daher gestrichen werden.

Sehr kritisch sieht der vdek die Präventionsempfehlungen in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Grundsätzlich soll ein Arzt schon heute seine Patienten hinsichtlich der Gesunderhaltung beraten und darüber hinausgehende Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (auch Präventionsmaßnahmen) aussprechen. Eine wie durch den Gesetzesentwurf vorgesehene formale Präventionsempfehlung ist also unnötig. Darüber hinaus zeigt die Erfahrung genauso wie die Äußerungen von Vertretern der Ärzteschaft nach Veröffentlichung des Referentenentwurfes, dass jedem Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung der Ruf nach Vergütung folgt. Niedergelassene Ärzte nun für eine Leistung extra zu vergüten, die bereits Leistungsbestandteil ist, kann nicht im Sinne des Gesetzgebers liegen. Des Weiteren wird durch die zusätzliche Vergütung ein Anreiz gesetzt, Präventionsempfehlungen ohne konkreten Anlass auszusprechen.

Ebenfalls könnten die Empfehlungen genutzt werden, um Versicherte vorzugsweise in die arzteigenen Angebote zu steuern. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung festlegen, wie viele primärpräventive Leistungen im Kalenderjahr bezuschusst werden. Die ärztliche Bescheinigung höhlt diese sinnvolle, Mitnahmeeffekte ausschließende Regelung in der Sat-

zung aus, da eine ärztliche Präventionsempfehlung grundsätzlich berücksichtigt werden soll.

Explizit nennt der Gesetzesentwurf Sportangebote, die durch den DOSB und die BÄK zertifiziert wurden, als mögliches Ergebnis einer Präventionsempfehlung. Viele dieser Angebote erfüllen die Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention und werden von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert und von den Krankenkassen bezuschusst. Hier besteht die Gefahr, dass Doppelstrukturen entstehen, die an den Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dienstleistern vorbeilaufen. Deswegen wird empfohlen, diesen Verweis zu streichen oder nur auf gemäß § 20 Absatz 5 qualitätsgesicherte Angebote hinzuweisen.

Da der Gesetzgeber weder die oben beschriebenen Fehlsteuerungen ausschließen kann, noch, dass die Ärzteschaft eine Vergütung der Präventionsempfehlungen einfordert, sollte die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung gestrichen werden.

Änderungsvorschlag:
In § 25 Absatz 1 i. d. n. F. wird der Satz „*Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt.*“ gestrichen.

In § 25 Absatz 1 i. d. n. F. wird der Halbsatz „*und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.*“ gestrichen

Auf den Änderungsvorschlag zu Nr. 15 § 26 SGB V wird verwiesen.

Ergänzender Änderungsvorschlag zur Malusregelung:
§ 62 Absatz 1 Sätze 3 bis 5 werden gestrichen. Die Sätze 6 und 7 werden die Sätze 3 und 4.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 15
§ 26 (Kinderuntersuchung)

Beabsichtigte Neuregelung:
Das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter wird durchgängig bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet. Klargestellt wird, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankheiten beziehen, die die psychosoziale Entwicklung gefährden. Der untersuchende Arzt muss die Eltern über vordringliche Gesundheitsrisiken informieren und in Kernbotschaften darauf hinweisen, wie die Gesundheit des Kindes gefördert werden kann. Soweit medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung analog zu den Untersuchungen bei Erwachsenen ausgestellt werden können. Die Verhal-

tensprävention kann sich nicht nur an die Kinder und Jugendliche richten, sondern auch an die Eltern bzw. Sorgeberechtigten mit dem Ziel, deren Gesundheitskompetenz zu steigern.

Der G-BA bestimmt in seinen Richtlinien das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen und den Inhalt der Präventionsempfehlungen. Die Altersgrenze (Vollendung des 6. Lebensjahres) bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bleibt unverändert bestehen.

Bewertung:
Auch hier gilt (vgl. Bewertung zu Nr. 14 § 25 SGB V), dass die Ärzte bereits heute einer Verpflichtung zur allgemeinen Gesundheitsberatung unterliegen und der Arzt schon heute eine Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (auch Präventionsmaßnahmen) aussprechen kann. Die vorgesehene Präventionsempfehlung ist also auch an dieser Stelle unnötig.

Die Ersatzkassen bieten auf freiwilliger Basis vielfach zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter an. Gegen die altersmäßige Ausweitung bestehen daher grundsätzlich keine Bedenken. Zu bedenken ist, dass hier eine schwierige Evidenzlage bei vielen Frühkennungsuntersuchungen vorliegt. Daher sollte stets eine Prüfung durch den G-BA mit einer Bewertung des Nutzens erfolgen.

Änderungsvorschlag:
In § 26 Absatz 1 i. d. n. F. wird gestrichen: *„Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erstellt.“*

Auf den Änderungsvorschlag zu Nr. 14 § 25 SGB V wird verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16
§ 65a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Sachverhalt:
Bisher können Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten erhalten. Diese Kann-Regelung wird in eine Soll-Regelung überführt. Jede Kasse muss in ihrer Satzung Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen. Die Bonusprogramme gelten ausschließlich für zertifizierte Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention.

Auch der Bonus bei der BGF durch Arbeitgeber, den Krankenkassen an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte zahlen können, wird von einer Kann- in eine Soll-Regelung überführt.

Bewertung:
Die Überführung der Kann-Regelung des § 65a SGB V in eine Soll-Regelung wird abgelehnt. Den Kassen sollte selbst überlassen sein, mit welchen Mitteln sie das Erreichen von Präventionszielen belohnen.

Änderungsvorschlag:
§ 65a Absatz 1 und 2 SGB V (alt) werden nicht geändert.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1
§ 20 Absatz 5 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:
Leistungen zur Verhaltensprävention dürfen nur erbracht werden, wenn diese durch Krankenkassen nach dem vom GKV-SV zu entwickelnden Verfahren oder durch einen von den Krankenkassen beauftragten Dritten zertifiziert wurden.

Bewertung:
Seit dem 1. Januar 2014 gibt es eine bundesweite Prüfstelle, die im Auftrag der beteiligten Krankenkassen und Krankenkassenverbände Präventionskurse hinsichtlich ihrer Förderfähigkeit zentral prüft.

Diese Zertifizierung soll nun auf eine rechtliche Grundlage gestellt werden, was ausdrücklich zu begrüßen ist. Allerdings wurde die Zulässigkeit der bisherigen und bewährten Praxis der gemeinsamen Beauftragung eines Dritten durch mehrere Krankenkassen in der Vergangenheit durch das BVA hinterfragt, da § 197b SGB V offen lässt, ob die Aufgabenerledigung durch Dritte nicht nur durch eine einzelne Krankenkasse, sondern auch durch mehrere Krankenkassen als Arbeitsgemeinschaft im Sinne von § 94 Abs. 1 SGB X gemeinschaftlich veranlasst werden darf. Zur Beantwortung dieser Frage und zur Absicherung der bewährten Praxis empfehlen die Ersatzkassen eine klarstellende Ergänzung der Regelung (siehe Änderungsvorschlag § 20 Absatz 5 Satz 2 – neu –).

Offen ist des Weiteren die Rechtsnatur der Zertifizierung. In anhängigen Gerichtsverfahren wird diese Frage thematisiert und vertreten, dass die Entscheidung über die Zertifizierung gegenüber dem Anbieter der Leistung die Merkmale eines Verwaltungsaktes im Sinne von § 31 SGB X erfüllt. Die Ersatzkassen empfehlen, auch diese Frage im Interesse der Rechtssicherheit zu beantworten. Der Annahme eines Verwaltungsaktes steht nicht entgegen, dass die Entscheidung gegebenenfalls auch durch einen beauftragten Dritten getroffen wird, da dies nach § 89 Absatz 1 SGB X zulässig ist und § 20 Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich regelt, dass die Entscheidung des Dritten im Namen des Auftraggebers erfolgt. Bei einer Qualifizierung als Verwaltungsakt empfehlen die Ersatzkassen, im Interesse sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherten an einer beschleunigten Entscheidung die Durch-

führung eines Vorverfahrens für entbehrlich zu erklären und eine entsprechende Ergänzung der Vorschrift vorzunehmen. Mit der vorgeschlagenen Ergänzung (§ 20 Absatz 5 Satz 3 –neu –) erfolgt zugleich eine Klarstellung, dass es sich bei der Entscheidung über die Zertifizierung um einen Verwaltungsakt handelt.

Änderungsvorschlag:
In § 20 Absatz 5 werden nach Satz 1 – neu – die folgenden (neuen) Sätze eingefügt: „*Die Beauftragung eines Dritten kann durch mehrere Krankenkassen gemeinschaftlich erfolgen. Ein Vorverfahren gegen die Entscheidung über die Zertifizierung findet nicht statt.*"

Für die Zertifizierung von BGF-Maßnahmen in Artikel 2 Nr. 3 § 20b Absatz 1 – neu – gilt analog:
§ 20 b Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst: *„§ 20 Absatz 5 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.*"

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1
§ 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung:
Pflegekassen sollen zukünftig für in der SPV Versicherte Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Im Jahr 2016 sollen die Aufwendungen 0,30 Euro umfassen. Der Wert ist in den Folgejahren entsprechend der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen.

Die Pflegekassen sollen die Leistungen zur Prävention kassenübergreifend erbringen und Kooperationsvereinbarungen abschließen. Erreicht eine Pflegekasse den Betrag von 0,30 Euro nicht, überträgt sie die nicht ausgegebenen Mittel an den GKV-SV, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung der Leistungen geschlossen haben. Die Kooperationsvereinbarungen müssen den Aufsichtsbehörden nicht vorgelegt werden.

Bewertung:
Die Prävention in Pflegeeinrichtungen ist zurzeit noch stark ausbaufähig. Der Vorschlag wird daher begrüßt. Dennoch sollte bedacht werden, dass der Ausgabenwert gerade im Hinblick darauf, dass zurzeit noch eher wenig Prävention in diesen Lebenswelten stattfindet, sehr hoch ist. Es wird Zeit brauchen, bis entsprechende Partner und Strukturen gefunden werden können.

Die Prävention in Pflegeheimen ist allerdings nicht nur für gesetzlich Versicherte ausbaufähig, sondern auch für privat Versicherte. Auch in der Lebenswelt Pflegeheim wird jedoch nicht – und sollte auch nicht – in der konkreten Alltagssituation zwischen privat und gesetzlich Versichertem unter-

schieden werden. Auch hier sollte daher die PKV finanziell verpflichtend in gleicher Höhe einbezogen werden.

Die soziale Pflegeversicherung ist dem Grunde nach eine Einheitsversicherung. Verträge und Vereinbarungen werden kassenartenübergreifend geschlossen. Und in der Setting-Prävention bietet sich auch mit Blick auf die Zielgruppe ein gemeinsames Handeln der Pflegekassen an. Insofern ist die Vereinbarung von kassenartenübergreifenden Regelungen für Präventionsleistungen nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag:
Nach § 5 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt: „*Die Absätze 1 und 2 gelten für Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend*."

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

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(40)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)
Drucksache 18/4282

21. April 2015

- Der PKV-Verband bejaht den Präventionsgedanken. Er finanziert jedes Jahr freiwillig Leistungen der Primärprävention in Höhe von 13,5 Mio. Euro.
- Der PKV-Verband begrüßt, dass den PKV-Unternehmen eine Beteiligung an den vorgesehenen Regelungen grundsätzlich als freiwillige Option eingeräumt wird.
- Eine Beteiligung im vorgesehenen gesetzlichen Rahmen wäre nicht unproblematisch: Im Falle einer freiwilligen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz würde – nicht zuletzt durch die Mehrheitsverhältnisse in dem Gremium – Dritten ein Bestimmungsrecht über die inhaltliche Ausrichtung und die Ausgaben für Präventionsaktivitäten der PKV zugewiesen.

Inhalt

I. Allgemeine Anmerkungen

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

a. § 20e SGB V – Nationale Präventionskonferenz
b. § 25 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen
c. § 26 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
d. § 34 Abs. 10a IfSG – Nachweis des Impfstatus

Postfach 511040 50946 Köln | Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln | Telefon (0221) 99 87 – 0 | Telefax (0221) 99 87 – 39 50 | E-Mail info@pkv.de | Internet www.pkv.de

I. Allgemeine Anmerkungen

Die Private Krankenversicherung bejaht den Präventionsgedanken. Sind Präventionsmaßnahmen erfolgreich, kann eine größere Zeit des Lebens in Gesundheit und mit einer verbesserten Lebensqualität verbracht werden. Davon profitieren Versicherte wie Gesundheitskostenträger, aber auch Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durch weniger Fehlzeiten, Rehabilitationskosten oder Erwerbsminderungsrenten.

Primärprävention dient der Vermeidung von Erkrankungen. Sie wendet sich an Gesunde, Risikogruppen, Personen ohne Krankheitssymptome. So handelt es sich bei Primärprävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Primärprävention beinhaltet z.B. Kampagnen zur Aufklärung über Gesundheitsgefahren, Maßnahmen zum Erlernen eines gesunden Lebensstils bzw. zur Motivation erwachsener Menschen, ihr Verhalten und ggf. Verhaltenskontexte zu ändern.

Die Finanzierung von Maßnahmen der Primärprävention liegt grundsätzlich nicht in der Verantwortung der Krankenversicherung. Einerseits muss ein aus Beiträgen finanziertes Versicherungssystem den Grundgedanken des Äquivalenzprinzips wahren. Andererseits geht hier Gesundheitspolitik in allgemeine Gesellschaftspolitik über: Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Daher ist die Finanzierung von Primärprävention weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch von der Privaten Krankenversicherung, sondern primär als gesamtgesellschaftliche Aufgabe über das Steuersystem zu leisten.

Vor diesem Hintergrund sind die im SGB V angelegten Verpflichtungen der GKV zu Maßnahmen der Primärprävention schon heute ein systematischer Fremdkörper. Es handelt sich um versicherungsfremde Leistungen. Sie befördern im Kern eine Entwicklung, bei der staatlichen Akteuren die Möglichkeit gegeben wird, sich mit Verweis auf die Aufgabe der Sozialversicherung aus der Finanzierungsverantwortung nach und nach zurückzuziehen.

Der vorliegende Gesetzentwurf verstärkt diese problematischen Tendenzen einerseits durch die Erhöhung der Finanzierungsrichtwerte für die gesetzlichen Krankenkassen generell, andererseits durch die Einführung einer pauschalen Vergütung, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Bundesbehörde vom GKV-Spitzenverband für die Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erhält.

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes ist es, alle Sozialversicherungsträger beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen einzubeziehen. Ausdrücklich stellt der Entwurf fest, dass eine mögliche Einbeziehung der PKV auf freiwilliger Basis erfolgt. Der PKV-Verband begrüßt dies, da eine erzwungene Finanzierung von gesetzlich definierten Präventionsleistungen ein Eingriff in geschlossene Verträge und damit rechtlich nicht zulässig wäre. Eine Zwangsbeteiligung der PKV-Unternehmen würde zudem eine unzulässige Sonderabgabe darstellen, die gegen die Finanzverfassung des Bundes verstieße und zugleich die betroffe-

nen Unternehmen in ihrer Berufsfreiheit und dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz verletzen würde (vgl. zur Argumentation u.a. Prof. Gregor Thüsing, *Prävention und Gesundheitsförderung im bundesstaatlichen Kompetenzgefüge,* Gutachten im Auftrag des BMG, 2013).

In Anerkennung der weit verbreiteten gesellschaftspolitischen Erwartung, der zufolge Krankenversicherungen Maßnahmen der Primärprävention unterstützen sollten, und im Rahmen des aufsichtsrechtlich Erlaubten engagiert sich die PKV bereits seit mehreren Jahren freiwillig auf bedeutenden Feldern der Primärprävention. Der PKV-Verband wendet pro Jahr **13,5 Mio. Euro** freiwillig für Leistungen der Primärprävention auf:

- Mit **3,2 Millionen Euro im Jahr** finanziert die PKV die Präventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegen HIV/AIDS „Mach‘s mit – Gib AIDS keine Chance“. Davon werden auch Mittel für die Finanzierung der Online-Beratung der Deutschen Aidshilfe und für spezielle Weiterbildungsangebote für Ärzte aufgewandt.

  Die anonyme Online-Beratung ist ein wichtiger Bestandteil, um die Zielgruppen zu erreichen. Dazu kommt eine anonyme persönliche Telefon- und Onlineberatung durch die BZgA an sieben Tagen pro Woche.

  Ärzten wird dank der Mittel der PKV eine Weiterbildung ermöglicht, um eigene Vorurteile abzubauen und die Kommunikation mit den Patienten zu verbessern. „Let’s talk about sex“ heißt das Programm, das bspw. als Workshop auf Ärztetagen und Kongressen angeboten wird. Darüber hinaus gibt es die Inhalte inzwischen auch als Lehrmodul für Studierende.

  Seit 2005 hat die PKV insgesamt 34,7 Mio. Euro für diese Kampagne aufgewandt.

- Mit **weiteren 300.000 Euro jährlich** fördert die PKV die Deutsche AIDS-Stiftung.

  100.000 Euro aus dieser Summe werden dabei projektbezogen für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt – beispielsweise in Berlin bei Bürgerkriegsveteranen aus Tschetschenien oder in der zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber in Zirndorf. Damit können sie in ihrer Muttersprache erreicht werden.

  Seit 1987 hat die PKV für die Deutsche AIDS-Stiftung 2,3 Mio. Euro aufgewandt.

- Mit **7 Millionen Euro im Jahr** finanziert die PKV die Präventionskampagne der BZgA gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen „Alkohol? Kenn Dein Limit“.

  Besonderes Element dieser Kampagne ist der Einsatz von rund 40 Kampagnenbotschaftern, so genannten „Peers“. Ihre Aufgabe ist die direkte Ansprache von Kindern und Jugendlichen deutschlandweit in Innenstädten oder auf Konzerten.

Für Schulen bietet die BZgA zwei moderne Mitmach-Aktionen an: die JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und der „KlarSicht-MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“. Schüler können dabei beispielsweise spielerisch erfahren, wie ein zu hoher Alkoholpegel ihre Sinne verändert. Fast 20.000 Jugendliche werden mit beiden Aktionen jedes Jahr erreicht. Aufgrund der großen Nachfrage der Schulen nach interaktiven Maßnahmen gibt es einen „KlarSicht-Koffer“, der es Lehrkräften ermöglicht, nach einer Schulung selbst interaktive Prävention durchzuführen.

Seit 2009 hat die PKV für diese Kampagne 65 Mio. Euro aufgewandt.

- Mit **drei Millionen Euro im Jahr** finanziert die PKV das Präventionsprogramm der BZgA für ein gesundes Altern („Älter werden in Balance“). Es richtet sich an älter werdende und alte Menschen und motiviert diese zu einem aktiveren Lebensstil. Dadurch kann auch Pflegebedürftigkeit verhindert oder aufgeschoben werden.

  Zu den Informationsangeboten gehören z.B. auch Online-Bewegungsübungen für Ältere sowie Bewegungsprogramme für den Alltag und für Hochbetagte in stationären Einrichtungen. Letztere werden speziell für das Programm entwickelt und wissenschaftlich begleitet. Zudem dienen ein kommunaler Bundeswettbewerb und ein Fotowettbewerb als Brückenschlag in die Lebenswelten der Zielgruppe.

  Diese Kampagne existiert seit dem Jahr 2014. Für die Jahre 2014 und 2015 hat die PKV für die Kampagne 5 Mio. Euro aufgewandt.

Für Leistungen der Primärprävention haben die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung seit 2005 eine Gesamtsumme von über **105 Mio. Euro** für Primärprävention zur Verfügung gestellt.

Zentral für das Engagement der Privaten Krankenversicherung ist die gezielte Fokussierung konzeptionell klar definierter und Erfolg versprechender Kampagnen und Projekte, die hinsichtlich des Nutzens, der Effizienz und der Bedeutsamkeit überzeugen. Deshalb werden alle geförderten Kampagnen standardmäßig durch Evaluierungsmaßnahmen begleitet.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

a. § 20e SGB V – Nationale Präventionskonferenz

Vorgeschlagene Regelung

Unter der Bedingung einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 2 Nr. 1 SGB V erhält der PKV-Verband einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz. Die Höhe der hierfür jährlich zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB V für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der PKV Vollversicherten.

Bewertung

Die PKV begrüßt, wie einleitend dargelegt, dass sie nicht verpflichtend in die vorgeschlagenen Regelungen einbezogen wird. Gleichwohl wirft die vorgeschlagene Regelung Probleme auf. Die Teilnahme der PKV an der Nationalen Präventionskonferenz ist damit verbunden, dass sie finanzielle Mittel in einer definierten Mindesthöhe aufbringt. Gemäß dem Gesetzentwurf („Weitere Kosten“) entstehen der Gesamtheit der Unternehmen der PKV jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 18 Mio. Euro für den Bereich Private Krankenversicherung und rund 2,7 Mio. Euro für den Bereich Private Pflegeversicherung. Es ist wenig nachvollziehbar, dass eine vorgeblich freiwillige Beteiligung der PKV-Unternehmen mit definierten aufzubringenden Finanzvolumina hinterlegt wird.

Problematisch bei einer freiwilligen Mitwirkung in der Nationalen Präventionskonferenz wäre vor allem der geringe Einfluss, den die PKV den gesetzlichen Regelungen zufolge hätte. Im Falle einer freiwilligen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz würde – nicht zuletzt durch die Mehrheitsverhältnisse in dem Gremium – Dritten ein Bestimmungsrecht über die inhaltliche Ausrichtung und die Ausgaben für Präventionsaktivitäten der PKV zugewiesen. Damit wäre das Autonomiegebot der PKV gefährdet.

b. § 25 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen

Vorgeschlagene Regelung

Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit, wird zu einer verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgerichteten primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt. Die gesetzlich festgeschriebene Altersgrenze und die Intervalle für die ärztliche Gesundheitsuntersuchung werden aufgehoben.

Bewertung
Privatversicherte haben gem. § 1 Abs. 2 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Als in diesem Sinne gesetzlich eingeführt gelten sie, wenn und soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Dazu gehören auch die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. Daher sollte an der entsprechenden Richtlinie des G-BA eine Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vorgesehen werden.

c. § 26 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Vorgeschlagene Regelung
Kinder und Jugendliche haben künftig bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung zur individuellen Verhaltensprävention.

Bewertung
Die Private Krankenversicherung erstattet regelhaft die Kosten für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Daher sollte an der entsprechenden Richtlinie des G-BA eine Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vorgesehen werden.

Die Ausweitung der Untersuchungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche ist medizinisch sinnvoll. So kann sichergestellt werden, dass auch nach dem Vorschulalter ein lückenloses Angebot für Kinder und Jugendliche besteht.

Im Gegensatz dazu bleiben die Früherkennungsmaßnahmen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auf das vollendete 6. Lebensjahr beschränkt. Medizinisch sinnvoll wäre eine Erweiterung bis zum 10. Lebensjahr, da viele Zähne des Milchzahngebisses erst zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr gewechselt werden und die selbständige Zahnpflege nicht schon mit sechs Jahren als etabliert gelten kann.

d. § 34 Abs. 10a IfSG – Nachweis des Impfstatus

Vorgeschlagene Regelung
Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung muss ein Nachweis erbracht werden, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Das Landesrecht soll das Nähere bestimmen, welchen Inhalt der Nachweis haben muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss.

Werden auch Informationen zum Impfstatus erhoben, kann das Gesundheitsamt anordnen, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält.

Bewertung

Der Ansatz ist sinnvoll zur Verbesserung der Durchimpfungsraten bei Kindern. Ziel muss es sein, dass von der Ständigen Impfkommission empfohlene Schutzimpfungen wahrgenommen werden, um eine hohe Impfquote zu erzielen. Zu Steigerung der Durchimpfungsrate sollte geprüft werden, wie eine bundesweit einheitliche Regelung sichergestellt werden kann: Ein Auseinanderfallen von Anforderungen zwischen den Bundesländern sollte vermieden werden.

Geprüft werden sollte auch, wie die Beratung und Erfassung des Impfstatus nicht nur für Kindertageseinrichtungen, sondern auch für Grundschulen geregelt werden kann. Auch vor Schuleintritt sollte auf notwendige Impfungen zur Schließung von Impflücken hingewiesen werden. Die Hinterlegung des Impfstatus kann dazu dienen, im Falle eines Ausbruchs (wie derzeit von Masern) die Kinder ohne Impfschutz von dem Besuch der Einrichtungen auszuschließen. Die datenschutzrechtlichen Belange müssen dabei berücksichtigt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(3)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
13.04.2015

VDBW
Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.
Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner

13.04.2015

Stellungnahme des VDBW zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

Einleitung:

Als Betriebsärzte begrüßen wir ausdrücklich die Intentionen des Präventionsgesetzes und sehen in vielen Teilen Übereinstimmungen. Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Betrieb ist uns seit langem ein wichtiges Anliegen und deswegen tragen wir gerne zu der Weiterentwicklung bei. Darüber hinaus haben wir einen spezifischen Zugang zu einer Zielgruppe von über 40 Millionen Menschen im Berufsleben. Und wir erreichen insbesondere Menschen aus den unteren sozialen Schichten, die dem Thema Prävention noch nicht genügend aufgeschlossen sind.

Zu einzelnen Punkten nehmen wir nachfolgend Stellung:

§ 20 Absatz 3 Gesundheitsziele:

Wir begrüßen nachdrücklich die Festlegung von Gesundheitszielen. Wir schlagen als Ergänzung vor, dass nach der Definition dieser Gesundheitsziele durch Festlegung von Maßnahmen, Erarbeitung von Meilensteinen, sowohl das Ergebnis als auch den Prozess zu evaluieren. Damit wollen wir einen Beitrag zum zielgerichteten Einsatz von Mitteln beitragen. Eine erste Evaluation sollte nach unserer Einschätzung nach 3 Jahren erfolgen und durch unabhängige wissenschaftliche Institute durchgeführt werden.

Gesundheitsziele definieren, Maßnahmen und Meilensteine festlegen. Ergebnis als auch Prozess wissenschaftlich evaluieren.

§ 20e Präventionskonferenz

Die Beratung der nationalen Präventionskonferenz durch kompetente Partner aus Wissenschaft und Praxis ist für uns eine wichtige Voraussetzung für eine Optimierung der Strategie.

Neben den bereits genannten Beratern, bieten wir unsere Unterstützung als Berater in der Präventionskonferenz an. Wir sind sicher, dass wir damit einen originären Beitrag leisten können, um gerade für Menschen mit Migrationshintergrund und den unteren sozialen Schichten zu einer qualitativen Weiterentwicklung beitragen können.

Beratung der Nationalen Präventionskonferenz durch Vertreter von Wissenschaft und Praxis und uns als Betriebsärzten (VDBW).

§ 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Wir begrüßen ausdrücklich diesen Ansatz, würden ihn gerne in folgender Weise formulieren: ,,Die Krankenkassen oder ihre Verbände ~~können~~ **schließen** in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung “Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“

Mit der Verpflichtung zum Abschluss solcher Verträge wird gewährleistet, dass gerade diejenigen Schichten, die bisher nicht von der Prävention erfasst wurden, wie Menschen mit Migrationshintergrund im Arbeitsleben und beruflich geringer Qualifikation in ein präventives Handeln mit einbezogen werden.

Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit:

Nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ist die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit ein wichtiges Ziel der Arbeitsmedizin, als auch eine zentrale gesellschaftspolitische Aufgabe.

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und der zunehmenden Tendenz, dass Menschen auch oberhalb des 60. Lebensjahres in Beschäftigungen verbleiben, halten wir eine regelmäßige betriebsärztliche Beratung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitsnehmern im Alter von 35, 45, 55 und 60 Jahren für zwingend notwendig.

Durch solche Interventionen kann dazu beigetragen werden, dass die Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig gesichert wird.

Betriebsärztliche Beratung zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit
Mit dem Konzept betriebsärztlicher Beratung in den Altersstufen 35, 45, 55 und 60 schlagen wir eine innovative Struktur vor, um frühzeitig Risiken begegnen zu können.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(39)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

verbraucherzentrale
Bundesverband

20. April 2015

Startschuss für eine nationale Präventionsstrategie

Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz unter Einbezug aller Akteure ist notwendig

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)

Drucksache 18/4282

Antrag Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

Drucksache 18/4327

Antrag Fraktion Die Linke: Gesundheitsförderung konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

Drucksache 18/4322

Impressum

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

1. Inhalte des Gesetzes

Das Gesetzgebungsverfahren greift aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention folgende Themen und Zielsetzungen auf:

a) Koordination verschiedener Maßnahmen und Träger von Gesundheitsförderung/Prävention im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie

- Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz mit beratendem Forum auf Bundesebene
- Vereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Institutionen auf Landesebene

b) Erhöhung des GKV-Fördervolumens von 2 Euro auf 7 Euro pro Versichertem:

- davon verpflichtend 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung
- 2 Euro für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (mindestens 50 Cent pro Versicherten soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von den Krankenkassen für kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erhalten)

c) Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen

- Anhebung der Altersgrenze auf das vollendete 18. Lebensjahr
- Einschluss primärpräventiver Elemente in die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Auftrag an Gemeinsamen Bundesausschuss)
- Erweiterung krankheitsorientierter Beratung auf soziale und verhaltensbedingte Risiken

d) Qualitätssicherung/ Bonusregelung für Versicherte

- Festlegung und Veröffentlichung einheitlicher Verfahren der Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation von e) Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung
- Einrichtung gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen durch die Krankenkassen
- Förderung von Netzwerken mit örtlichen Unternehmen aus nicht verausgabten Mitteln
- Option zur Auszahlung von Erfolgsboni an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte

Der Verbraucherzentrale Bundesverband befürwortet die vorgeschlagenen Neuregelungen zu einer besseren Gesundheitsförderung und Prävention. Allerdings kann eine Verortung im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nur der Anfang einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie sein. Diese müsste zusätzlich umfassende Anreizstrukturen und regulatorische Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebens umfassen. Zudem müssen messbare Ziele definiert werden, für die eine Evaluation möglich ist. Insgesamt muss das Gesetz der Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung in der Gesellschaft mehr Gewicht geben.

Verbraucher- und Patientenorganisationen sollten bei der Präventionskonferenz unmittelbar einbezogen werden, denn ohne die Beteiligung der Nutzer wird es keine adäquate Nutzerorientierung geben.

Eine Etablierung von Doppelstrukturen durch mangelnde Einbeziehung relevanter Ressorts und Institutionen ist unbedingt zu vermeiden.

2. Allgemeine Einschätzung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass die Bundesregierung eine Initiative zur gesetzlichen Regelung der Prävention ergriffen hat, auch wenn Vorgaben im Sozialgesetzbuch nicht ausreichen, um das Thema in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung angemessen zu erfassen.

Positiv hervorzuheben ist, dass soziale und verhaltensbedingte Risiken einen höheren Stellenwert bekommen, als dies bei früheren Anläufen zur gesetzlichen Regelung von Prävention der Fall war. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten haben keineswegs ausschließlich förderliche Wirkung. Hohe falsch-positive Befunde bei der Krebsfrüherkennung zum Beispiel stellen eine große psychische Belastung und ein Risiko für Über- und Fehlbehandlung für die Betroffenen dar. Die Annahme, Qualität sei hier leicht zu sichern, Geld ließe sich durch Prävention schnell einsparen, muss durch eine realistischere Einschätzung ersetzt werden.

Es ist zu begrüßen, dass im aktuellen Gesetzentwurf gegenüber dem Gesetzentwurf aus der 13. Legislaturperiode mehr Ressourcen für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten vorgesehen werden. Mindestens 1,50 Euro soll jede Krankenkasse für jeden Versicherten ausgeben, 0,50 Euro pro Versicherten sollen kassenübergreifend verausgabt werden (Auftrag an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband gibt aus der Beratungsperspektive zu Bedenken, dass ein geeigneter Zugang zu sozial Schwachen, Kindern und Migranten gesucht werden muss, da diese Gruppen mit reinen Aufklärungsangeboten wie sie charakteristisch für die BZgA sind, nicht erreicht werden.

Hier sollte aus bereits vorliegenden Erfahrungen dringend Nutzen gezogen werden. Die Verbesserung von Patientenaufklärung und -bildung ist aber nicht nur bei schwer erreichbaren Gruppen, sondern allgemein ein Erfordernis mit großer Priorität.

Die Gesundheitskompetenz (health literacy) gesetzlich Versicherter wurde in Deutschland 2014 erstmals repräsentativ untersucht, um die Fähigkeit zu messen, „relevante Informationen zu finden, zu verstehen und adäquat in Handeln umzusetzen."[1] Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürgern aus acht europäischen Ländern schnitten GKV-Versicherte in Deutschland unterdurchschnittlich ab: Lediglich 33,4 Prozent verfügen über eine ausreichende, nur sieben Prozent über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Die USA haben bereits 2010 einen Aktionsplan zur Steigerung der Health Literacy gestartet, China 2014. Hier im Zuge des Präventionsgesetzes vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, erachtet der Verbraucherzentrale Bundesverband nicht nur als notwendig, sondern als überfällig.

Der aktuelle Gesetzentwurf stärkt die Bedeutung von Ärzten, die Empfehlungen für bestimmte Präventionsangebote gegenüber den Krankenkassen aussprechen sollen, und verpflichtet Krankenkassen bei erfolgreicher Teilnahme ihrer Versicherten zur Ausschüttung von Bonuszahlungen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Möglichkeit ärztlicher Präventionsempfehlungen, auch wenn bezweifelt werden muss, ob Ärzte im gegenwärtigen System die Rolle der Gesundheitsberater mit finanziellen Konsequenzen für die Versicherten angemessen ausfüllen können.

Bei Gesundheitsförderung und Prävention kommt es entscheidend darauf an, die Motivation der Menschen zu stärken. Soziale Anreize, etwa durch die gezielte Ansprache und Förderung der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit sowie einem Austausch über Gesundheit mit anderen, sollten deshalb gegenüber finanziellen Anreizen in Gestalt von Bonusregelungen eindeutig präferiert werden. Zu Bonusregelungen gibt es bislang außerdem wenig bis keine wissenschaftliche Evidenz. Da erfreulicherweise ein zunehmendes Bewusstsein zu verzeichnen ist, dass ökonomische Fehlanreize eine gravierende Ursache für Qualitätsmängel z.B. auf Seiten von Leistungserbringern darstellen[2], muss auch auf Patientenseite bei Boni mit reinen Mitnahmeeffekten und bei Krankenkassen mit Marketingmaßnahmen anstelle von wirkungsvollen Initiativen gerechnet werden. Sehr problematisch ist es zudem, wenn Bonuszahlungen verknüpft werden mit Einsichtnahme und Überwachung persönlicher Daten. Subunternehmen von Krankenkassen

---

[1] Erste bundesweit repräsentative Umfrage unter GKV-Versicherten vom AOK Bundesverband und Wido: http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html

[2] Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften www.akademien-schweiz.ch/en/dms/pub/communication0904d.pdf

haben sich in der Vergangenheit nicht als zuverlässige Datentreuhänder im Interesse der Patienten bzw. Versicherten erwiesen.

2.1 Strategische Neuausrichtung

Bereits dreimal sind Gesetzesinitiativen zur Prävention im parlamentarischen Verfahren nicht rechtzeitig vor dem Ende der Legislaturperiode abgeschlossen worden. Der gegenwertige Entwurf hat große Chancen, nicht an dieser Hürde zu scheitern. Allerdings fehlt auch der amtierenden Bundesregierung eine Strategie, die klare Zielvorgaben definiert und die verschiedenen Handlungsebenen in Bund, Ländern und Gemeinden koordiniert. Beim nationalen Krebsplan hat sich der vorgelagerte Strategieprozess als hilfreich erwiesen, durch die Einbindung von Wissenschaftlern und engagierten Institutionen zusätzliche Legitimation für notwendige Veränderungen zu generieren und die Pfade eingefahrener Interessenwahrnehmung zu überwinden.

Die Präventionsstrategie soll nach dem Gesetzentwurf nun von den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Unfall-, Rentenversicherung und den Pflegekassen im Rahmen einer nationalen Präventionskonferenz entwickelt werden. Sie umfasst Rahmenempfehlungen und einen Präventionsbericht, der nur alle vier Jahre verpflichtend erstellt werden muss. Die gegenwärtigen Berichte des GKV-Spitzenverbandes werden jährlich veröffentlicht und sind für alle Interessierten zugänglich.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt, wenn sie für ihre Versicherten in gleicher Höhe wie die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Rahmenempfehlungen zahlen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert, dass keine verpflichtende Regelung für die private Krankenversicherung vorgesehen wurde.

Der Bundesrat hatte am 22. März 2013 eine Entschließung verabschiedet, die folgende inhaltliche und strukturelle Vorgaben für ein Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetz formulierte:

- Alltagsnahe Gestaltung und Intensivierung von langfristig angelegten Prozessen der Gesundheitsförderung und primärer Prävention insbesondere in den Lebenswelten Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Senioreneinrichtung;
- Förderung von Gesundheitskompetenzen von Menschen und Organisationen;
- Verbesserung der Steuerung und Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern und weiteren Einrichtungen;

- Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

In seiner damaligen Stellungnahme kritisierte der Bundesrat bereits, dass lediglich Regelungen vorgeschlagen wurden, die auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert waren und damit zu stark auf individuelle Verhaltensänderungen und Früherkennungsuntersuchungen fokussierten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert am gegenwärtigen Gesetzentwurf, dass keine Bündelung finanzieller Ressourcen aus verschiedenen Verantwortungsbereichen erfolgt und hält einen nationalen Strategieprozess für notwendig, um die beteiligten Handlungsebenen und ihre jeweiligen Aufgaben sinnvoll zu strukturieren und die notwendigen Rahmenregelungen in den verschiedenen Politikfeldern vorzubereiten.

Bei Prävention und Gesundheitsförderung kann es nicht darum gehen, mit Beitragsmitteln der Krankenversicherten eine vierte Säule im Bereich der Gesundheitsversorgung einzurichten oder auszubauen. Das Potential gesunder Lebenswelten und -führung muss vielmehr genutzt werden, um das bestehende Anreizsystem der Gesundheitsversorgung nachhaltig umzugestalten. Eine sehr große Rolle spielt dabei, dass der Teufelskreis von Arbeitslosigkeit, Armut und Krankheit sowohl auf der individuellen als auch auf der regionalen Ebene durchbrochen wird. Die Defizite des vorgelegten Gesetzentwurfes in diesem Bereich betonen die Anträge von BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der Fraktion Die Linke daher zu Recht.

Die jetzt vorgesehen Präventionskonferenz genügt dem Anspruch gesamtgesellschaftlicher Verantwortung definitiv nicht, zumal nicht einmal die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung und die Verbände nach § 118 SGB XI unmittelbar einbezogen werden sollen.

Beteiligung wird nur beratend über ein Präventionsforum (§20e 2 Absatz) realisiert, das in der Regel einmal jährlich stattfinden und von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. organisiert werden soll. Der Verbraucherzentrale Bundesverband bedauert, dass hier kein innovativer Weg beschritten worden ist, der eine breite gesamtgesellschaftliche Diskussion anregt.

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit dem vorgelegten Gesetzentwurf unter anderem verpflichtet, die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Präventionsziele in Satzungsleistungen umzusetzen. Versicherte haben auch bei einer Empfehlung des Arztes keinen durchsetzbaren Anspruch auf diese Leistungen. Ein weiterer Effekt dieser Regelung ist, dass die Gewährung von entsprechenden Angeboten weiterhin im Feld des Kassenwettbewerbs und Marketings liegt und sich damit weiterhin tendenziell auf

solche Versicherte konzentrieren wird, die zur erwünschten Klientel der Kasse gehört. Sozial Schwache und Menschen mit Migrationshintergrund werden von einer solchen Regelung nicht profitieren.

Früherkennung und verhaltenspräventive Angebote setzen für viele relevante Anliegen zu spät und nicht ursächlich an: Sie beseitigen beispielsweise keine arbeitsbedingten psychischen oder stressbedingten Belastungen. Der Schwerpunkt Verhaltensprävention genügt folglich nicht dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand, dass Verhaltens- ohne Verhältnisprävention praktisch wirkungslos für die individuelle Gesundheit bleibt und birgt die Gefahr, dass Verantwortung nicht da wahrgenommen wird, wo sie tatsächlich liegt.

Bei der Primärprävention steht neben der Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes zusätzlich die Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit im Vordergrund. Dennoch trägt der Gesetzesentwurf bei der Mittelverteilung nicht der Tatsache Rechnung, dass die besonders betroffenen vulnerablen Zielgruppen nicht durch Aufklärungsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erreicht werden können. Für psychisch kranke Menschen, Suchtbetroffene, Langzeitarbeitslose, prekär Beschäftigte, chronisch kranke oder behinderte Menschen, Migranten oder Bürger mit niedrigem Bildungsstand müssen geeignete Angebote an konkrete Lebenskontexte anknüpfen.

Rein medizinisch ausgerichtete Maßnahmen greifen oft nur dann, wenn Ärzte mit anderen lokalen Akteuren zusammenarbeiten. Insbesondere bei der Behandlung psychisch kranker Menschen ist diese Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und gemeindenahen psycho-sozialen Angeboten aber seit vielen Jahren fast überall ein nicht eingelöstes Versprechen. An dieser Situation ändert der vorgelegte Gesetzentwurf nichts.

2.3 Partizipation statt Bonifizierung

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen im Gegensatz zu der bisherigen Kann-Regelung Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten als Satzungsleistung anbieten. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch ist die Ausgestaltung der Bonusprogramme durch die einzelnen Krankenkassen bislang äußerst heterogen und aus Sicht der Versicherten wenig transparent. Abhängig von ihrer Umsetzung kann die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorgabe an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Übersicht im Internet über die verschiedenen Angebote der Krankenkassen zu erstellen, die Transparenz für Verbraucher erleichtern.

Die Auflagen der Kassen an ihre Versicherten sind allerdings häufig hoch, da in der Regel die Gewährung eines finanziellen Bonus durch die Kasse an mehrere Bedingungen geknüpft ist. Deshalb reicht die Wahrnehmung einzelner Ernährungskurse oder einer Früherkennungsmaßnahme oft nicht aus, um den vielfach stark beworbenen Bonus zu erhalten. Aus Sicht von

vulnerablen Gruppen ist es zudem äußerst problematisch, dass die anfallenden Kosten für Kurse o.ä. unter Umständen ganz oder teilweise vom Versicherten selbst getragen werden müssen und erst nach der Absolvierung ein finanzieller Bonus gewährt wird. Nicht in jedem Fall sind durch die Erstattung der Kasse an den Versicherten alle Kosten des Versicherten abgedeckt, so dass die derzeitigen Angebote keinesfalls für alle Versichertengruppen eine Option darstellen. Nachweislich sinnvolle und evidenzbasierte Maßnahmen und Leistungen sollten jedoch allen Versicherten zugutekommen. Prävention und Gesundheitsförderung dürfen in diesen Fällen nicht allein dem Kassenwettbewerb und somit dem Agieren der einzelnen Kassen überlassen bleiben. Vielfach stellen die aktuell angebotenen Bonusmodelle auch eher ein Kundenbindungsmodell dar. Teilweise verlieren Versicherte dadurch bei einem Wechsel ihrer Krankenkasse sogar den zugesagten Bonus, da diese nicht mit den Wechselfristen korrelieren.

Die nun vorgegebene vorrangige Ausrichtung des Bonus an der Zielerreichung der Maßnahme ist grundsätzlich nachvollziehbar. Bei der Festlegung der Kriterien für die Feststellung des Erfolgs einer Maßnahme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss die Versichertenperspektive in den Blick genommen werden und die Auszahlung von Boni nicht an immer striktere (quantitative) Kriterien geknüpft werden. Abzulehnen ist es, Bonuszahlungen mit der Einsichtnahme und der Überwachung persönlicher (medizinischen) Daten zu verknüpfen.

Ein wichtiges Kriterium für die Qualität eines Angebotes ist vielmehr, ob potentielle Adressaten/Nutzer bei der Erarbeitung einbezogen worden sind. Dies steigert erfahrungsgemäß sowohl die Qualität des Angebotes wie auch die Akzeptanz.

2.4 Prävention Pflege

Nach Artikel 5 des Gesetzentwurfs wird das SGB XI geändert, indem in § 5 SGB XI – neu – vorgesehen wird, dass auch die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären, zugelassenen Pflegeeinrichtungen für ihre Versicherten erbringen sollen. Für die Lebenswelt der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird im Hinblick auf die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (§§ 20, 20a SGB V) ergänzend eine eigenständige Anspruchsgrundlage geschaffen. Dies wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, wenn auch nach Auffassung des vzbv die Sollbestimmung im neuen § 5 SGB XI in eine verpflichtende Regelung überführt werden sollte.

Der Gesetzesentwurf soll die immer größer werdende Gruppe älterer und hilfebedürftiger Menschen deutlich stärker in den Blick nehmen als derzeit vorgesehen. Den Pflegekassen fehlte bislang jede Motivation, sich aktiv an Präventionsmaßnahmen im Lebensumfeld älterer Menschen zu beteiligen, wenn auch bereits jetzt nach § 5 SGB XI eine Verpflichtung der Pflegekassen

besteht, auf die Leistungsträger für präventive Maßnahmen in diesem Sinne hinzuwirken. Wirksame Präventionsmaßnahmen und gezielte Gesundheitsförderung sind in hohem Maße notwendig, damit im Alter ein Mehr an Lebenszeit auch als Gewinn an Lebensqualität erlebt werden kann. Allerdings besteht die Leistungsverpflichtung von Pflegekassen nur für Menschen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen versorgt werden. Das greift zu kurz. Diese Beschränkung könnte durch eine Erweiterung in § 5 Abs.1 S.1 SGB XI – neu – aufgehoben werden, indem auch auf Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen in der eigenen Häuslichkeit Bezug genommen wird. Zur Stärkung der Position der Pflegebedürftigen sollten im Übrigen auch die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen bei der Entwicklung von Vorschlägen der Pflegekassen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten einbezogen werden.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität im Alter müsste für jeden älteren Menschen, der (noch) keiner Pflegestufe unterliegt, ein individuelles Konzept zur Gesundheitsförderung in seinem Quartier entwickelt und umgesetzt werden. Es bestehen bereits Berechnungen zur deutlichen Entlastung der Pflegekassen, wenn der durchschnittliche Eintritt der Menschen in Pflegestufe eins um wenige Monate hinausgezögert werden könnte. Prävention steht insoweit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Entwicklung altersgerechter Quartiere.

Es bleibt abzuwarten, ob die im Gesetzentwurf nach § 5 SGB XI (neu) beschriebene Aufgabe der Zusammenarbeit der Pflegekassen und der Erbringung kassenübergreifender Leistungen sowie der gesetzlich festgelegten Verpflichtung der Pflegekassen, sich an der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen, zu wesentlichen Fortschritten z.B. in den oben angeführten Feldern führen werden.

Unter Berücksichtigung der im Gesetzentwurf vorgegebenen Intentionen und Zielen stellen die weiteren Änderungen des SGB XI, insbesondere in den §§ 18 und 113a, notwendige Ergänzungen zur Umsetzung des Grundsatzes Prävention vor Pflege dar. Der vzbv erwartet an dieser Stelle, dass durch die angekündigte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) bei der Erhebung von Pflegebedürftigkeit auch im Hinblick auf die Feststellungen der Gutachter zu Präventionsbedarfen und den entsprechenden Beratungsbedarfen eine Umsetzung des gesetzgeberischen Willens zum Tragen kommt. Die nach dem NBA vorgesehenen umfänglichen Maßnahmen zur Erhebung von Rehabilitationsbedarfen im Begutachtungsgeschehen müssen in vergleichbarer Weise bei der Ermittlung von Präventionsbedarfen zur Anwendung gelangen. Insoweit ist darauf zu achten, dass die Erhebungsinstrumente im NBA und die Fortbildung der Gutachter hinsichtlich der Präventionsbedarfe an die hier vorliegende

gesetzliche Intention angepasst werden. Insgesamt würde dadurch der ambulante Bereich in wünschenswerter Weise weiter gestärkt werden.

Angesichts der insoweit auf die Pflegekassen zukommenden Aufgaben bestehen Zweifel, ob der Betrag von 0,30 Euro je Versicherten inklusive der jeweiligen jährlichen Anpassungen, den die Pflegekasse dafür bereitstellen muss, ausreichend sein wird, um die gesetzlichen Ziele zu erreichen. Trotz der erheblichen weiteren Aufgaben und zusätzlichen Ausgaben, die in dieser Legislatur auf die Pflegeversicherung zukommen werden, könnte an dieser Stelle dem Vorschlag des Bundesrats zur Anhebung dieser Pauschale auf einen Betrag von 0,70 Euro gefolgt werden.

Es bleibt aber auch hier abzuwarten, ob den nach § 18 SGB XI (neu) festgestellten Beratungsbedarfen für präventive Leistungen durch die Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI angemessen und hinreichend begegnet wird.

2.5 Prävention Ernährung

Der Gesetzentwurf definiert in Artikel 1, Absatz 3 sieben Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Hierbei wird eine ausgewogene Ernährung bislang lediglich als Notwendigkeit zum Erreichen des Ziels „gesund aufwachsen“ genannt. Eine ausgewogene Ernährung ist jedoch Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil und muss somit zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Präventionsstrategie sein.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert deshalb, dass „gesunde und ausgewogene Ernährung“ als eigenständiges achtes Gesundheitsziel definiert wird und im Rahmen des Gesetzes eine angemessene Verankerung erhält. Bedauerlicherweise sind alle Änderungsvorschläge des Bundesrates zum Thema Gesunde Ernährung von der Bundesregierung abschlägig beschieden worden.

Die Forderungen der WHO, einer unausgewogenen Ernährung und den daraus resultierenden Krankheitsbildern mit angemessenen regulatorischen Maßnahmen und Anreizgestaltung zu begegnen, werden vom Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich unterstützt.[3] In einer gesundheitsfördernden Gesellschaft muss die „gesunde Option“ zur „einfachen Option“ im Alltag jedes Einzelnen werden.

---

[3] Margaret Chan, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstrich in ihrer Rede bei der 8. „Global Conference on Health Promotion“ in Heslinki, Finland am 10. Juni 2013 http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/ nachdrücklich die Verantwortung der Politik: „It is not just Big Tobacco anymore. Public health must also contend with Big food, Big soda, and Big alcohol. All of these industries fear regulation, and protect themselves by using the same tactics (…) Let me remind you. Not one single country has managed to turn around its obesity epidemic in all age groups. This is not a failure of individual will-power. This is a failure of political will to take on big business.

Im Rahmen des Antrags von CDU/CSU und SPD vom 13.01.2015 wurden von den Regierungsfraktionen begrüßenswerte Vorschläge gemacht[4]. Diese gilt es nun im Rahmen einer umfassenden Präventionsstrategie im Bereich Ernährung umzusetzen. Vor allem Industrie und Handel als Hersteller und Inverkehrbringer von teils stark verarbeiteten Lebensmitteln mit gesundheitlich bedenklichen Nährstoffgehalten müssen einen klar definierten Beitrag zur Problembewältigung leisten. Eine Verpflichtung seitens der Industrie zu Rezepturänderungen für einen geringeren Gehalt an kritischen Nährstoffen wie Zucker, Fett und Salz ist notwendig.

Immer mehr verarbeitete Lebensmittel enthalten versteckte Zucker- und Fettanteile. Zuletzt zeigte 2013 ein Marktcheck der Verbraucherzentralen, wie oft Zucker in stark verarbeiteten Lebensmitteln enthalten ist, in denen er von Verbrauchern nicht vermutet wird[5]. Bislang ist die für Verbraucher leicht verständliche Nährwertkennzeichnung in Ampelfarben jedoch am Widerstand der Lebensmittelhersteller und des Handels gescheitert. De facto lässt sich gesund von ungesund im Lebensmittelhandel nur mit großem persönlichen Aufwand der Kunden unterscheiden. Das Präventionsgesetz unternimmt keine ausreichenden Schritte, um Verbrauchern die Auswahl ausgewogener Lebensmittel zu erleichtern.

Darüber hinaus fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung in allen Bundesländern.

2.6 Verbindliche Ziele, Koordination und Kooperation

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in Deutschland inzwischen ein gut etabliertes Praxisfeld, weil die Notwendigkeit für ein konstruktives Zusammenwirken von Krankenkassen, Unfallversicherern, innerbetrieblichem Arbeitsschutz, Arbeitgebern und -nehmern erkannt worden ist.

Im Jahr 2012 zahlten die Krankenkassen für Prävention durchschnittlich rund 3,41 Euro pro Versichertem, 238 Millionen Euro insgesamt. 2011 waren es 3,80 und 50 Cent weniger als im Jahr zuvor. Gleichzeitig wurde die betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt. 2011 wurden 6800 Betriebe erreicht, fünf Prozent mehr als im Vorjahr, 2012 8155.[6] Die vorgesehene

---

[4] Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, „Gesunde Ernährung stärken – Lebensmittel wertschätzen“, Bundesdrucksache 18/3726; http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/037/1803726.pdf

[5] Versteckte Süßmacher – Bundesweite Markterhebung der Verbraucherzentralen: http://www.vzhh.de/ernaehrung/312766/Versteckte_S%c3%bc%c3%9fmacher_Langfassung.pdf

[6] GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2013_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf und www.gkv-pitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2012_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

Neuregelung führt 2016 zu einer Verdoppelung der gegenwärtigen Ausgaben und verhindert damit, dass betriebliche Gesundheitsförderung auf Kosten von individueller Förderung ausgebaut wird.

Krankenkassen, wie die AOK, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung stark engagieren, haben gute Erfahrungen mit individueller Beratung der Unternehmen und auf die jeweiligen Bedarfe zugeschnittenen Angeboten gemacht. Abhängig bleibt der Erfolg solcher Angebote aber immer davon, dass Betriebe ihrerseits die Bereitschaft aufbringen, in bessere Arbeitsbedingungen zu investieren und den Verlust an effektiv genutzter Arbeitszeit als notwendige Bedingung für weniger krankheitsbedingten Ausfall sowie bessere Kreativität und Motivation ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen.

Auf dem Hintergrund der hier bereits sehr guten praktischen Resultate wäre es bedauerlich, wenn Krankenkassen in der Rolle der reinen Zahler verharren. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt daher, dass nicht verausgabte Mittel von einzelne Kassen für koordinierende Arbeit in Netzwerken und Koordinierungsstellen eingesetzt werden können.

Eine verbindliche Festlegung auf bereits erarbeitete Ziele wie das Projekt gesundheitsziele.de ist sinnvoll, soweit hier bereits Konsensprozesse relevanter Akteure mit wissenschaftlicher Fundierung vorliegen. Allerdings müssen andere Projekte ebenfalls einbezogen werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden und bereits gewonnene Erkenntnisse effizient zu nutzen. Zu nennen sind hier insbesondere der Nationale Aktionsplan IN FORM, die Deutsche Arbeitsschutzstrategie und der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Ein gutes Beispiel sind zudem die Vernetzungsstellen Schulverpflegung der Bundesländer, die im Rahmen einer Präventionsstrategie zu Kompetenzzentren für Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule ausgebaut werden könnten.

Von essentieller Bedeutung ist es zudem, nicht allein auf Projektförderung und Modellvorhaben zu setzen, sondern eine Verstetigung erfolgreicher Projekte bereits bei der Konzeptionierung einer umfassenden Präventionsstrategie mitzudenken und Ressourcen hierfür zu sichern.

Die Vorteile der Einrichtung einer unverbindlichen ständigen Präventionskonferenz erschließen sich vor dem Hintergrund der sehr beschränkten Ausrichtung auf Präventionsleistungen durch Krankenkassen nicht. Die Einrichtung eines solchen Gremiums macht nur dann Sinn, wenn verschiedene Handlungsstränge im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Strategie zusammengefasst werden sollen und tatsächlich beobachtbare Synergien zu erwarten sind. Ohne einen solchen umfassenden Ansatz besteht die Gefahr von Parallelstrukturen und konkurrierender Expertise ohne Vernetzung.

2.7 Evaluation, Qualitätssicherung, Versorgungsforschung

Zentraler Punkt des Gesetzesentwurfs ist die Steigerung der in Prävention fließenden Mittel, die im Wesentlichen anderen Verwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entzogen werden. Diese Umwidmung erfordert einen besonders sorgsamen Umgang mit den Ressourcen. Im vorgelegten Gesetzentwurf wird dem Gesichtspunkt einer angemessenen Nutzen-Schaden-Abwägung, der Ergebnisüber-prüfung und der Gewinnung von Evidenz für deutschlandweite Umsetzungen durch unabhängige wissenschaftliche Institutionen nicht genügend Aufmerksamkeit zuteil.

Da Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei gesunden Menschen zum Einsatz kommen, reichen Zertifizierungen und Qualitätssicherung nicht aus, um mögliche Schäden oder Vergeudung von Ressourcen auszuschließen. Hier könnte sich wiederum die Tendenz zur Nutzung für Marketingmaßnahmen der Krankenkassen als hinderlich erweisen. Deshalb sollte vorgesehen werden, dass zentrale Kriterien für die Evaluation entwickelt und angewendet werden sollen, um die gesundheitsbezogenen Ergebnisse der Maßnahmen, für die knappe Mittel eingesetzt werden, verpflichtend und vergleichbar zu erheben. Wenn dann noch zumindest eine Veröffentlichungspflicht bezüglich dieser Evaluationsergebnisse besteht, ist zumindest die Chance gegeben, dass rein marketingorientierte, aber ansonsten wirkungslose Programme erkannt und ausgeschlossen, umgekehrt besonders wirksame Ansätze als best practice identifiziert und breiter angewendet werden. Gesamtgesellschaftlich ist nur so eine notwendige optimale Ressourcenverwendung möglich.

Insbesondere bei Screeningmaßnahmen gilt, dass wenige Menschen einen Nutzen, die meisten keinen Vorteil und einige sogar einen Schaden in Gestalt falsch-positiver Ergebnisse oder sog. Nocebo-Effekte davontragen. Ein wesentlicher Standard ist hier die Bereitstellung evidenzbasierter Informationen für die Versicherten, damit diese im Hinblick auf die in Frage kommenden Maßnahmen eine selbstbestimmte Entscheidung treffen können. Erfahrungsgemäß lehnen viele Menschen solche Untersuchungen ab, wenn sie ein objektives Bild, absolute, nicht prozentuale Zahlenangaben für die Abwägung von Nutzen und Schaden erhalten. Da der Gesetzentwurf dezidiert auf die Zielsetzung der Verhaltensprävention, die Verbesserung von Wissen und Befähigung des Einzelnen im Hinblick auf seine Gesundheit abzielt, kann die Aufklärungserfordernis für konkrete Angebote nicht auf Qualitätszertifikate reduziert werden bzw. sich eine selbstbestimmte Auswahl nicht sinnvoll daran orientieren.

Verschiedene Vorsorge-, Früherkennungs- oder Präventionsmaßnahmen, die in Deutschland heute zur Anwendung kommen, genügen nicht den Kriterien der WHO oder anderen international anerkannten medizinischen Standards. Im Referenten-entwurf werden keine eigenen Kriterien aufgestellt, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aber verpflichtet (§ 20 Abs. 2),

unabhängigen insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen Sachverstand bei der Festlegung von Kriterien und Handlungsfeldern einzubeziehen. Ergänzend wäre eine explizite Einbeziehung der Nutzerperspektive durch Mitwirkungsprozesse ausgesprochen sinnvoll.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert zusammenfassend, den Themen gesunde Ernährung, wissenschaftliche Evaluation von Präventionsmaßnahmen, unabhängige Nutzen-Schaden-Abwägung und angemessene Einbeziehung der Versicherten- bzw. Patienteninteressen im Präventionsgesetz deutlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(35)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 22. April 2015

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)
BT-Drucksache 18/4282,

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

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

Berlin, 22. April 2015

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Bereits in der letzten und vorletzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurden von den jeweiligen Bundesregierungen Gesetzentwürfe für ein Präventionsgesetz eingebracht, die zu einer nationalen Präventionsstrategie führen, Kooperation stärken und Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebenswelten insgesamt verbessern sollten. Der aktuell vorliegende Gesetzentwurf knüpft an seine Vorgänger an. Mit ihm sollen die strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger (private Kranken- und Pflegeversicherung nur auf freiwilliger Basis) unterstützt werden. Er soll zur Verbesserung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure bei der Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten führen. Im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie sollen auch Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe und stationären Pflegeeinrichtungen einbezogen werden. Betriebliche Gesundheitsförderung soll eng mit dem Arbeitsschutz verknüpft werden. Des weiteren geht es um die Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, der präventionsorientierten Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie um die Förderung des Impfwesens.

ver.di hält ein Präventionsgesetz für dringend erforderlich. Insbesondere im Bereich der Verhältnisprävention sieht die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ein wichtiges Handlungsfeld für alle Lebenswelten. Daher werden die Ziele des Gesetzentwurfs begrüßt.

In den konkreten Inhalten liefert der Gesetzentwurf allerdings nur wenig Verbesserungen im Vergleich zu dem in der vorangegangenen Legislaturperiode 2013 vom Bundesrat abgelehnten Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention (BT-Drs. 17/13080). 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, insbesondere hinsichtlich der Verteilung der Lasten bei der Finanzierung, der zusätzlichen Aufgaben der Betriebsärztinnen und -ärzte, der Prävention bei Arbeitslosen und der Regelungen für den öffentlichen Dienst sowie der Prävention und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit gegenüber.

Finanzierung in Schieflage

Für die Krankenkassen führt der Gesetzentwurf zu jährlichen Mehrausgaben von rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Diese Mehrausgaben steigen in den Folgejahren gemäß der Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Zahl der Versicherten. Mit rund 35 Millionen Euro sollen die Versicherten die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten unterstützen. Die BZgA ist eine nachgeordnete Behörde des Bundes. Die Finanzierung durch die gesetzlich Versicherten führt zu einer Zweckentfremdung von Beitragsgeldern und ist gleichzeitig eine massive Subventionierung der BZgA. Für ver.di ist dies nicht nur aus ordnungspolitischer Sicht völlig inakzeptabel.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass Bund, Länder und Kommunen sich der Finanzierung weiterer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entziehen können. Damit werden die Versicherten zum Ausfallbürgen der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben.

ver.di weist darauf hin, dass nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes die gesetzlichen Krankenkassen – und damit die Beitragszahler – Präventionsleistungen bereits mit rund 5 Milliarden Euro finanzieren. ver.di fordert das BMG auf, die Arbeit seiner Fachbehörde durch Steuermittel zu finanzieren und dafür keine Beiträge der Versicherten zu verwenden, denn die Leistungen der BzGA kommen der gesamten Bevölkerung zugute.

Bund, Länder und Kommunen sind in die Finanzierung einzubeziehen. Es reicht nicht, mit dem Entwurf ein Bekenntnis zu Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe abzugeben und dann die zusätzliche Finanzierung allein den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenkassen zu überlassen. Viele Instrumente der Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich auf kommunale bzw. Länderkompetenzen, beispielsweise im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie müssen auch dort verbleiben und über Steuern finanziert werden.

ver.di will Steuerung und Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben Gesundheitsförderung und Prävention aus einer Hand. Dazu gehört, dass Bund, Länder und Kommunen weiter in Verantwortung bleiben und diese auch wahrnehmen.

Die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Um die Wirksamkeit dieses Instruments zu gewährleisten sollten allerdings alle erforderlichen Akteure beteiligt werden. Daher kann es nicht in das Ermessen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gestellt werden, sich finanziell zu beteiligen oder auch nicht und damit an der Nationalen Präventionskonferenz teilzunehmen oder auch nicht. Weder die Höhe des Einkommens noch der Beschäftigungsstatus der Versicherten können ein Kriterium darstellen, ob eine verpflichtende oder eine freiwillige Teilnahme an der Nationalen Präventionskonferenz besteht.

Ebenso weist ver.di darauf hin, dass mit dem Präventionsgesetz wiederholt die einseitige Belastung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Nachdem das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Versicherten verändert hat, werden gesellschaftlich notwendige Leistungen in immer stärkerem Maße den gesetzlich Versicherten aufgebürdet. Die paritätisch, zu gleichen Teilen von den Mitgliedern einerseits und von den Arbeitgebern, bzw. Rentenversicherungsträgern andererseits getragenen Beiträge, reichen zur Finanzierung des Gesundheitssystems nicht aus. Die Folge sind immer höhere Zusatzbeiträge der Versicherten, die zu erheblichen und einseitigen Mehrbelastungen führen. Die paritätische Finanzierung der GKV, die durch die Zu- und Aufzahlungen der Versicherten ohnehin bereits in Schieflage geraten ist, wird weiter ausgehöhlt. Da die Zusatzbeiträge das einziges Ventil sind, um Kostensteigerungen zu finanzieren oder Mindereinnahmen auszugleichen, ist eine dynamische Steigerung der Kostenlast für die Versicherten absehbar. Mittelfristige Entwicklungen zeigen, dass bis 2020 auf der Versichertenseite mit einem Anstieg des Beitragssatzes nach vorsichtiger Schätzung um vier bis fünf Prozentpunkte zu rechnen ist.

ver.di hat bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass das GKV-FQWG mit seiner Abkehr vom Grundgedanken des Solidaritätsprinzips: „Jedem das, was er benötigt und jeder, was er

leisten kann“, eher einen Hemmschuh für die Zukunftsentwicklungen des Gesundheitswesens und damit auch der Weiterentwicklung der Prävention darstellt.

Daher appelliert ver.di nochmals eindringlich schnellstmöglichen die Gesetzesarbeiten zur Einführung einer Bürgerversicherung zu beginnen, um die Finanzierung der zukünftig erheblich steigenden Präventions- und Versorgungsbedarfe einschließlich erforderlicher Innovationen und Strukturveränderungen zu sichern und somit die verlässliche Versorgung aller auf hohem Niveau zu garantieren.

Aufgaben der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Die vorgesehene Regelung in Nr. 19 (§ 132f SGB V) in Verbindung mit Nr. 14 (§ 25 SGB V), dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzten zusätzliche Aufgaben in erheblichem Umfang zugewiesen werden, sieht ver.di kritisch. Für den Betrieb und den Aufgabenbereich der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte gelten besondere Rahmenbedingungen. Es bestehen verbindliche Vorgaben und Verantwortlichkeiten. Die Arbeitgeber, nicht die Krankenkassen oder Betriebsärztinnen und Betriebsärzte selbst, 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. Aus einer aktuellen Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geht hervor, dass in den Betrieben bereits derzeit 4,7 Millionen Betreuungsstunden durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte fehlen.

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.

Die zusätzlichen Aufgaben für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, die Beschäftigten auch zu allgemeiner Verhaltensprävention zu beraten sind auch vor dem Hintergrund des sich zuspitzenden Mangels an Arbeitsmediziner/-innen zu sehen. 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. die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt hat. ver.di sieht es daher als erforderlich an, auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Aufgabenausweitung zu verzichten.

Beschäftigte im Öffentlichen Dienst / Beamtinnen und Beamte

Prävention im öffentlichen Dienst ist sowohl für Beamtinnen und Beamte als auch für die anderen Beschäftigten im öffentlichen Dienst unzureichend geregelt. Öffentliche Arbeitgeber und Dienstherrn sind nicht bei den zu beteiligenden Unternehmensverbänden genannt. Sie haben auch keine Auskunftspflicht für den Präventionsbericht bei den nicht gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten.

ver.di fordert eine ausreichende Regelung für die betriebliche Gesundheitsförderung von nicht gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten aufzunehmen und den Öffentlichen Arbeitgebern gleiche Pflichten bei der Prävention und Gesundheitsförderung aufzuerlegen. Da die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Unternehmen, der privaten Pflege-Pflichtversicherung gemäß Artikel 1 (§ 20e SGB V - Nationale Präventionskonferenz) nur freiwillig zur Bereitstellung entsprechender Mittel für Prävention herangezogen werden sollen, erfolgt auch von dieser Seite keine Verpflichtung zur Beteiligung an der nationalen Präventionsstrategie. Beamtinnen und Beamte werden somit auch über ihre private Kranken- und Pflegeversicherung nicht in die nationale Präventionsstrategie einbezogen. Es müssen auf jeden Fall gesetzliche Regelungen getroffen werden, dass die Dienstherren entsprechend des Beihilfebemessungssatzes die Kosten für Präventionsmaßnahmen tragen.

Gesundheitsförderung bei Menschen ohne Arbeit

Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen benötigen in besonderem Maße für sie passende Präventionsangebote. Der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechtere gesundheitliche Zustand der Personengruppe der Arbeitslosen ist empirisch belegt. Jedoch profitiert diese Gruppe weniger als die Beschäftigten von Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen. ver.di fordert daher passgenaue Angebote, um bei arbeitslosen Menschen der Verschlechterung des Gesundheitszustands vorzubeugen. Dies dient auch der Arbeitsmarktintegration. Ohne geeignete Präventionsmaßnahmen werden Kostenbelastungen in die Zukunft verschoben oder indirekt auf andere Kostenträger abgewälzt. ver.di fordert daher, dass die zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem GKV-Spitzenverband abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Gesundheitsprävention von Arbeitslosen mit Leben gefüllt wird. Die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung müssen hier deutlich ausgebaut werden.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit

Durch die Förderung und Erhaltung von Gesundheit, Ressourcen, Vitalität und Unabhängigkeit kann die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen gestärkt und verlängert werden. Der Hilfebedarf bleibt häufig geringer, die Lebensqualität steigt. Deshalb sind frühzeitige Maßnahmen unerlässlich. Bisher sind die Ziele, die mit § 28 Abs. 4 SGB XI verfolgt werden, nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt. ver.di erachtet es als dringend erforderlich, dass Präventionsmaßnahmen nicht davon abhängig sind, ob die Pflege ambulant oder stationär

durchgeführt wird. Es ist sinnvoll, dass die Maßnahmen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung oder von der Pflegestufe stattfinden.

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen leisten. Dieser Grundsatz des § 20 SGB V muss für pflegebedürftige Menschen sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen gelten. Deshalb fordert ver.di die Finanzierung der durch die Krankenkassen anerkannten Leistungen gemäß § 20 SGB V im Wege des Sachleistungsprinzips auf Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeheimen auszuweiten. Diese Leistungen können neben den Leistungen der Pflegeversicherung durch die Pflegeeinrichtungen aus einer Hand erbracht werden.

Grundvoraussetzung für diese Leistungen durch die Pflegeeinrichtung ist ausreichend qualifiziertes Personal. Um den mit dem Gesetzentwurf verfolgten Präventionsgedanken im Berufsalltag Pflegender mit Leben zu füllen, bedarf es der notwendigen Rahmenbedingungen. Ausgangspunkt muss der individuelle Hilfebedarf des Pflegebedürftigen sein. Welche Präventionsmaßnahmen erforderlich sind, muss ausgehend von der Indikation zur Pflege beurteilt werden. Der Umfang des Präventionsangebotes ist somit aus der Situation der Person, dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit und dem Lebensumfeld abzuleiten. In die Auswahl der Präventionsangebote sind alle am pflegerischen und therapeutischen Prozess beteiligten Berufe einzubeziehen. Bei der Personalbedarfsbemessung müssen präventive Maßnahmen entsprechend berücksichtigt werden. ver.di setzt sich auch daher für eine bundeseinheitliche Personalbemessung in der Altenpflege ein.

Eine erfolgreiche Aktivierung pflegebedürftiger Menschen in der stationären Versorgung, die zu einer niedrigeren Pflegestufe (in Zukunft zu einem geringeren Bedarfsgrad der Pflege) führt, darf nicht mit einer abrupten Kürzung der Geldleistungen für die Pflegeeinrichtung einhergehen. Keine Einrichtung wird effektive Prävention durchführen, wenn sie dadurch die Kürzung von Geldleistungen in Kauf nehmen muss. Zudem besteht die Gefahr, dass mit der Absenkung der Vergütung Präventions- oder Rehabilitationsleistungen nicht mehr durchgeführt werden können und der Grad der Selbständigkeit sich beim Pflegebedürftigen wieder verschlechtert. Oftmals wird daher vorgeschlagen, den Leistungserbringern zu ermöglichen gegenüber dem Kostenträger für einen begrenzten Zeitraum, beispielsweise 6 Monate, den höheren Pflegesatz geltend zu machen. ver.di plädiert für eine andere Lösung, die sich direkt auf die Weiterführung erforderlicher Präventions- und Rehabilitationsleistungen auswirkt. Sowohl Einrichtungen in der häuslichen, als auch in der teilstationären und stationären Pflege sollen im Wege des Sachleistungsprinzips der Krankenversicherung – also im Rahmen des SGB V - diese Leistungen erbringen dürfen, wenn die personellen und sächlichen Voraussetzungen vorhanden sind. Eine entsprechende Regelung ist in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Zum gesamten Gesetzentwurf und insbesondere zu den Regelungen im Einzelnen verweist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

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

Mit dem Antrag wird ein Gesetz zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention gefordert. Ausgehend von einer integrierten und koordinierten Gesamtstrategie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit soll die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verbessert werden. Die Maßnahmen sollen an bundeseinheitlichen Gesundheitszielen ausgerichtet werden und mindestens zwei Drittel der Ausgaben in lebensweltbezogene Projekte und Programme fließen. Lebenswelt-, Empowerment-, Salutogenese- und Ressourcenansätze sollen im Fokus der Forschung stehen

Eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene - an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden – soll bundeseinheitliche und verbindliche Gesundheitsziele festlegen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsforschung geben sowie Qualitätsberichte zusammenführen.

Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention bis hin zur Qualitätssicherung sollen auf vorhandenen Strukturen auf Landesebene und kommunaler Ebene weiterentwickelt werden.

Bei der Finanzierung sollen sich Bund und Länder ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an einem Fonds beteiligen. Zum Start sollen aus dem Bundeshaushalt in den nächsten vier Jahren jeweils 1 Mrd. Euro eingezahlt werden. Davon sollen 75 Prozent von der kommunalen Ebene abgerufen werden. Den Kommunen dürfen keine zusätzlichen Kosten auferlegt werden.

Der Antrag hat viele richtige Ansätze und reicht weit über den Bereich des Gesundheitswesens hinaus. Zentrales Thema bei der Prävention und Gesundheitsförderung ist in allen Lebenswelten die Überwindung sozialer Ungleichheiten. Die Wirksamkeit von Programmen muss sich daran messen lassen, wie mit ihnen flächendeckend die gesamte Bevölkerung erreicht wird. In der Frage der Finanzierung ist es erforderlich, dass alle Akteure aus dem staatlichen, wie aus dem Sozialversicherungsbereich und dem privaten Sektor zusammen die erforderlichen Aufgaben schultern. ver.di sieht in diesen Ansatz eine geeignete Grundlage für eine künftige umfassende Präventionsstrategie. Es zeigt sich aber auch, dass die Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen unter der aktuell gegebenen Trennung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung auch im Bereich der Prävention eine Hürde für jegliche Innovationen darstellt.

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

Mit dem Antrag wird das Ziel verfolgt, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um die Gesundheit aller zu fördern, und einen Beitrag zum Abbau der sozialbedingten ungleichen Gesundheitschancen zu leisten. Dabei wird Gesundheitsförderung als Entwicklungsprozess verstanden, der in alle Alltagswelten wirkt. Den Antragstellern geht es dabei um die stärkere Beteiligung bisher sozial benachteiligter Menschen sowie Frauen und Männer in unterschiedlichen Lebensphasen. Gesundheitsbelastungen (z. B. Stress, Lärm oder Unfallgefahren) sollen gesenkt und gesundheitsfördernde Ressourcen (z. B. soziale Netzwerke, Bildung, Ernährung und Bewegung) gestärkt werden. In den Blick genommen werden soll auch die betriebliche Gesundheitsförderung besonders in kleinen und mittleren Betrieben. Nationale Gesundheitsförderungsziele sollen gemeinsam von Bund, Ländern und den Sozialversicherungen entwickelt werden. Angesprochen werden ebenfalls die Steuerung, Aufbau auf schon bewährten Strukturen und eine partizipative Mittelvergabe.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll zu einem nationalen Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung ausgebaut und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Kommunen kontinuierlich zur Planung und Bewertung von Instrumenten und Maßnahmen nutzbar gemacht werden. Forschung in den Alltagswelten soll zu einer ständigen Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen beitragen.

Die Finanzierung von Gesundheitsförderung soll auf einer breiten Basis unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen sowie von Bund, Ländern und Kommunen erfolgen. Das Finanzvolumen soll über die geplante Erhöhung hinaus bis 2020 um weitere 40 Prozent wachsen. Für die gesetzliche Krankenversicherung wird im Antrag ein Anstieg von 7 auf 10 Euro pro Versicherten und Jahr genannt, der ausschließlich zu Gunsten der Gesundheitsförderung in den Alltagswelten erfolgen soll – und in dauerhafte Strukturen fließt.

Die im Antrag genannten Ansätze stellen neben einem gesetzlichen Rahmen zur Gesundheitsförderung vor allem auf die Beteiligung unterschiedlichster Gruppen ab. Auch ver.di sieht darin einen Schlüssel, die Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu erhöhen. Dabei darf es jedoch nicht nur um Verhaltensänderungen, sondern auch um die Änderung der Verhältnisse gehen. ver.di begrüßt den Hinweis auf eine deutliche Aufstockung der Finanzierung. Die im Antrag genannte Erhöhung des Fördervolumens bei der gesetzlichen Krankenversicherung wird allerdings aufgrund des Einfrierens des Arbeitgeberbeitrags einen Anstieg der Zusatzbeiträge für die Versicherten bewirken. Diese Schieflage gilt es durch Wiederherstellung einer paritätischen Finanzierung zu verhindern.