

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur BMG Anhörung
am 26.11.2014**

**des Referentenentwurfs eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsförderung und
der Prävention (Präventionsgesetz Prävg)**



AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten
Versorgung, Medizin, Markt und Produkte,
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

INHALTSVERZEICHNIS

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Referentenentwurf	- 7 -
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 7 -
Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung	- 7 -
Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten	- 8 -
Nr. 3 § 11 Leistungsarten	- 9 -
Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	- 10 -
Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	- 11 -
Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	- 13 -
Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	- 14 -
Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	- 15 -
Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	- 17 -
Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	- 18 -
Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung	- 19 -
Nr. 6 § 20b Abs. 3 und 4 Betriebliche Gesundheitsförderung	- 20 -
Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie	- 21 -
Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz	- 23 -
Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz	- 24 -
Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	- 25 -
Nr. 8 § 20g Modellvorhaben	- 26 -
Nr. 10 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen	- 27 -
Nr. 12 § 25 Gesundheitsuntersuchungen	- 29 -
Nr. 13 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	- 30 -
Nr. 14 § 65a Abs. 1 SGBV Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ..	- 31 -
Nr. 14 § 65a Abs. 2 SGBV Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ..	- 34 -
Nr. 16 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung	- 36 -
Nr. 17 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte	- 38 -

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 39 -
Nr. 1 § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	- 39 -
Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	- 41 -
Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht	- 42 -
Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegerpersonen.....	- 43 -
Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	- 44 -

I. Vorbemerkung

Der nunmehr vierte Anlauf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention enthält aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wichtige Schritte auf dem Weg, Prävention als wesentliche Säule zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auszubauen. Der AOK-Bundesverband begrüßt, dass mit dem Gesetz Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft des langen Lebens gestärkt und zum Ziel gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen gemacht werden soll. Dazu gehört die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ebenso wie die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und deren engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz. Mit der Nationalen Präventionsstrategie sollen auf Bundesebene Rahmenempfehlungen konsentiert werden, die den Handlungsrahmen für Rahmenvereinbarungen auf Landesebene bilden. Den Schwerpunkt für die Gestaltung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Regionen zu verankern und so den Partnern vor Ort den Gestaltungsspielraum zu geben, wird vom AOK-Bundesverband begrüßt. Das gilt auch für die Klarstellung, dass die Verantwortlichen in den Lebenswelten eine angemessene Eigenleistung zu erbringen haben.

Die GKV fördert bereits mit mehr als fünf Milliarden Euro jährlich Leistungen zur Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen des "Leitfadens Prävention" haben die Krankenkassen bereits gemeinsame Ziele und bundesweit einheitliche Vorgaben für die Qualität der Leistungen in den Settings sowie der individuellen Prävention vereinbart. Die AOK hat daraus ihre Setting-Maßnahmen in den Betrieben, Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen abgeleitet und in der Praxis seit Jahren erfolgreich und nachhaltig umgesetzt. Die AOK unterstreicht damit ihr Engagement in den Lebenswelten und Betrieben. Insgesamt geht die AOK mit ihrem finanziellen Engagement bereits heute weit über das bisher gesetzlich angestrebte Maß hinaus.

Eines der Kernanliegen des Gesetzentwurfs ist eine bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen, die durch die Nationale Präventionsstrategie auf Bundesebene und Rahmenvereinbarungen auf Landesebene erreicht werden soll. Dieses Ziel einer besseren Kooperation aller Beteiligten ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zu begrüßen und knüpft an bereits erfolgreiche Beispiele in der bisherigen Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im AOK-System an. Der derzeitige Gesetzentwurf beinhaltet allerdings trotz des Bekenntnisses zu Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe das Risiko, dass allein die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in die Verantwortung genommen wird und den größten Anteil zu finanzieren hat. Dies ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes kritisch zu bewerten. Grundsätzlich falsch ist auch, verpflichtende Geldleistungen vorzugeben ohne auf vorhandene Strukturen und Maßnahmen aufzusetzen. Vor allem die Länder haben Leistungen zu verantworten, die einen wesentlichen Beitrag leisten, um die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu gestalten. Daher müssen sie sich aktiv in eine Nationale Präventionsstrategie einbringen. Weiterhin muss für die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sowie die Private Krankenversicherung ein konkreter Präventionsauftrag mit der dazugehörigen Finanzverantwortung gesetzlich verankert werden. Nur wer zahlt soll auch mitreden können.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes gibt es folgenden Verbesserungsbedarf im weiteren Gesetzgebungsverfahren:

Länder müssen sich zu ihrer Verantwortung bekennen - Vor allem braucht es eine aktive Einbindung und klare Übernahme von Leistungsverantwortung der Länder in der Nationalen Präventionsstrategie. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass mit der Ausgestaltung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen Signalwirkung auf die Gestaltung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene entfaltet werden kann. Sicherzustellen ist, dass die Landesrahmenvereinbarungen den Spielraum regionaler Akteure nicht einschränken. Länder und Kommunen haben im Rahmen der Daseinsvorsorge die Grundlagen für ein gesundes Leben zu gestalten.

Mitwirkungsrechte klar regeln – Mit der Initiierung der Nationalen Präventionsstrategie über die GKV muss sichergestellt sein, dass nur die Akteure ein Stimmrecht erhalten, die sich inhaltlich und finanziell zu ihrer Verantwortung bekennen (analog zur PKV). Auch die jeweilige Mitsprache der Ministerien, des Bundes, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände sowie der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmer muss klarer geregelt werden, um ein transparentes und schlankes Verfahren im Interesse der zügigen Verabschiedung der Nationalen Präventionsstrategie zu erhalten.

Konkurrenzangebote in den Lebenswelten vermeiden - Die BZgA als Bundesbehörde mit Aufgaben der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für gesetzlich Krankenversicherte zu beauftragen, stellt zum einen eine Konkurrenzsituation zu den Regelungen der §§ 20d – 20f SGB V dar. Zum anderen muss angezweifelt werden, ob es qualitätsbasiert und wirtschaftlich ist, eine Organisation zu beauftragen, die weder Kenntnis von den regionalen Bedingungen noch Zugriff auf die Verantwortungsträger der regionalen Strukturen hat. Stattdessen kann die BZgA bei Bedarf im Rahmen der Landesrahmenvereinbarungen zur Unterstützung hinzugezogen werden, analog zu den Aktivitäten im Rahmen des Kooperationsverbundes gesundheitlicher Chancengleichheit.

Qualität und Nutzen der Prävention und Gesundheitsförderung konsequent durch alle Regelungen stärken – Es ist falsch, Prävention und Gesundheitsförderung an verpflichtende Geldleistungen zu binden. Vielmehr müssen Qualität und Nachhaltigkeit Maßstab guter Prävention sein. Es muss sichergestellt sein, dass Geld sinnvoll investiert wird. Die Verdoppelung der Ausgaben für Settingmaßnahmen innerhalb eines Jahres ist unrealistisch, da die Maßnahmen an die Beteiligung der dort verantwortlichen Akteure gebunden sind. Eine stufenweise Anpassung über drei Jahre ist sachgerechter.

Im Interesse gesundheitlicher Chancengleichheit sollten nicht verausgabte Mittel nicht über den GKV-SV an aktive Kooperationen oder Projekte verteilt, sondern über die Verbände der Kassen gesteuert werden. Ziel muss sein, gemeinsam mit den Regionen/Einrichtungen/Unternehmensverbänden, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, Lösungen zu entwickeln, um an das Niveau guter Praxis anzuknüpfen.

Statt der starren Zuordnung der Richtwerte in den Settings sollten die regionalen Partner vor Ort spezifische Akzente in der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings setzen können. Dort, wo z.B. viele Arbeitnehmer in kleinen und mittleren Unternehmen tätig sind, müsste es andere Schwerpunktsetzungen geben können.

Um Prävention zielgenau und qualitätsgesichert zu erbringen, muss Präventionsforschung mit Bundesmitteln ausgebaut werden. Dazu ist es notwendig, das Bundesministerium für Bildung und Forschung ebenfalls in die Nationale Präventionsstrategie einzubinden.

Um die Erkenntnisse aus der Präventionsforschung, den Präventionsberichten sowie die Ergebnisse der Evaluation für die Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu nutzen, sollte das Präventionsforum durch anlassbezogene Fachforen ersetzt werden, die von der Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz organisiert werden.

Arztpraxis ist kein Ort primärer Prävention - Gesundheitsuntersuchungen in Arztpraxen sollten nur ein ergänzendes Angebote zu gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen in den Settings darstellen. Menschen mit hohen Gesundheitsrisiken können in den Lebenswelten niedrigschwellig besser erreicht werden. Grundsätzlich sollten gesunde Menschen nicht zum Arzt geschickt werden. Daher müssen strenge Maßstäbe angelegt werden, welche Gesundheitsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 einen nachgewiesenen medizinischen und bevölkerungsbezogenen Nutzen haben.

Bonusangebote im Ermessensspielraum der Kassen belassen – Der AOK-Bundesverband lehnt verpflichtende Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ab. Hier muss es den Krankenkassen überlassen bleiben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie besonders unterstützen wollen und in welcher Form die Zielgruppen am besten angesprochen werden können. Grundsatz muss bleiben, dass gesundheitsfördernde Aktivitäten Vorrang haben, die leicht in den Alltag integrieren werden können (Breitensport), um eine gesellschaftliche Fehlsteuerung über ein zu stark gelenktes Gesundheitsverhaltens zu vermeiden.

Weiterhin wird es als nicht zielführend angesehen, die Boni alle drei Jahre über die Einsparungen zu bewerten. Im Vordergrund müssen die bewirkten Verhaltensänderungen stehen. Sie führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität.

II. Referentenentwurf

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzt wird die Aufgabe der GKV, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.

B Stellungnahme

Die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ist ein sinnvoller Ansatz. Die AOK beteiligt sich bereits an internationalen Health Literacy-Projekten und integriert zunehmend Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung in ihren Beratungs- und Serviceangeboten. Eigenkompetenz und Eigenverantwortung müssen erlernt werden und dies fällt gut gebildeten Kindern und Erwachsenen leichter. Im Rahmen des SGB V greift der Ansatz aber zu kurz. Hier wäre eine ressortübergreifende Lösung unter Beteiligung der Bildungsträger notwendig, um von einer Stärkung der Qualifikation im Sinne der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse im organisierten Ausbildungs- und Arbeitsprozess zu einer Stärkung der Lebenskompetenz zu kommen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen müssen geschlechterspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

B Stellungnahme

Gemäß § 2 Abs. 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. In § 12 Abs. 1 SGB V wird weiterhin ausgeführt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten sind vor dem Hintergrund dieser Leistungsgrundsätze bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung zu berücksichtigen. Die Neuregelung ist dementsprechend als Klarstellung der Gesetzesbegründung aufzufassen, ohne dass hiermit eine Ausweitung des Leistungskataloges intendiert wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 11 Leistungsarten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung ergänzt die Aufzählung der Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung um die „Vermeidung von Krankheiten“.

B Stellungnahme

Folgeänderung zur Intention des Gesetzes

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige „Soll-Regelung“ wird als Pflichtaufgabe formuliert, so dass Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung in ihrer Satzung vorzusehen haben. Sie sollen auf Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 basieren. Weiterhin sollen die Leistungen dazu beitragen, sozial bedingte sowie geschlechterspezifische Ungleichheit zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die Stärkung der primären Prävention und Gesundheitsförderung sind bei der AOK bereits seit Jahren gelebte Praxis. In den Satzungen sind sowohl Leistungen zur Verhütung und Verschlimmerung von Krankheitsrisiken als auch zur Angleichung der Gesundheitschancen aufgenommen.

Da in Absatz (2) und (4) die Leistungen nach Absatz (1) auch für die BGF gelten, fehlt die explizite Benennung der Verbesserung betrieblicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention).

C Änderungsvorschlag

Nach (Gesundheitsförderung) ist einzufügen: von “Verbesserung betrieblicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention)” ...

Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Unter Einbindung von Sachverstand legt der GKV-SV einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Bedarf, Zielgruppen, Zugang, Inhalt, Methodik, Qualität und Evaluation der Zielerreichung für die Leistungen nach Absatz 1 fest. Die einheitliche Qualität der Leistungen für die individuelle Verhaltensprävention und die BGF soll der GKV-SV über Anforderungen und ein einheitliches Verfahren zur Zertifizierung bestimmen. Diese Leistungen sowie o. g. Rahmenanforderungen werden auf der Internetseite des GKV-SV veröffentlicht. Weiterhin erteilen die Kassen dem GKV-SV die erforderlichen Informationen hierfür sowie zur Erstellung des Präventionsberichtes nach § 20 d, Abs. 2, Nr. 2 SGB V.

B Stellungnahme

Die Regelung sieht eine weitere Stärkung der beratenden Kommission beim GKV-SV vor. Der bereits jetzt schon gemeinsam mit dem GKV-SV und den Verbänden der Krankenkassen erarbeitete „Leitfaden Prävention“ ist eine gute Grundlage, um die Leistungen der GKV zur Prävention und Gesundheitsförderung bedarfsgerecht, evidenzbasiert und qualitätsgesichert zu erbringen.

Für den Bereich der BGF birgt das die Gefahr, dass potenziell vom Grundsatz der maßgeschneiderten Angebote zu Verhaltens- und Verhältnisprävention abgesehen werden müsste und vermehrt Standard-Maßnahmen in der BGF vorgehalten werden. Für die BGF macht eine solche Zertifizierung keinen Sinn. Hier werden gemeinsam mit den Arbeitgebern passgenaue Lösungen für die unterschiedlichen Branchen sowie betriebsindividuelle Maßnahmen entwickelt. Daher können für die BGF-Leistungen auch keine Listen geführt werden. Wichtig ist, dass die Qualitätskriterien für die BGF sichergestellt werden.

Aus der beabsichtigten Neuregelung ist der Wille des Gesetzgebers zur Evaluation und Messung der Zielerreichung von Präventionsvorhaben der Krankenkassen ersichtlich.

Die beabsichtigte Neuregelung gibt vor, dass die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte für die Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele erteilen. Der Spitzenverband Bund soll unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Abs. 1 festlegen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Zielen. Derzeit fehlt es grundsätzlich allerdings an einem gesetzlich geregelten Mandat zum Erheben und Speichern sowie zum Übermitteln der Sozialdaten im Rahmen von Evaluationen. Im SGB ist nur das Erheben und Speichern der Sozialdaten für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9) sowie das Übermitteln der Daten nur für Planungs- und Forschungsvorhaben geregelt (§ 75 SGB X).

Daher ist eine entsprechende Klarstellung und generelle Rechtsgrundlage für Evaluationen erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Der Bezug zu Absatz 4 Nummer 3 ist zu streichen.

Der § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SGB V ist nach dem Halbsatz „ die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ um den Terminus„ und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele einschließlich durchzuführender Evaluation“ zu ergänzen.

Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV hat bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 die bisher von „gesundheitsziele.de“ verabschiedeten sieben Gesundheitsziele einschließlich der im Bundesanzeiger veröffentlichten Ziele und Teilziele zu berücksichtigen. Für die BGF sind die im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a, Abs. 1, Nr. 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Die im „Leitfaden Prävention“ von der GKV entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele orientieren sich bereits an den Nationalen Gesundheitszielen. Sie stellen, wie vom Gesetzgeber intendiert, eine Orientierung für die GKV dar. Die GKV konzentriert sich bei der Auswahl ihrer Schwerpunkte auf der Grundlage der epidemiologisch wesentlichen Krankheiten und ihrer nachgewiesenen Risikofaktoren. Eine Festschreibung der Ziele ist aber wenig dynamisch und gilt bis zur nächsten Gesetzesüberarbeitung.

Allerdings reicht es nicht aus, dass allein die GKV ihrer Verantwortung nachkommt. Der Kooperationsverbund hat die vorliegenden Ziele gemeinsam konsentiert. Daher muss auch den anderen Trägern von Prävention und Gesundheitsförderung, allen voran den Ländern und Kommunen, eine verbindliche Verantwortung übertragen werden, um ihren Auftrag zur Teilhabesicherung und sozialen Chancengleichheit, der einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit hat, zu erfüllen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die im ersten Absatz beschriebenen Leistungen werden für die individuelle Prävention (Absatz 5) in Lebenswelten der gesetzlich Krankenversicherten sowie in Betrieben erbracht.

B Stellungnahme

Die bisherige Systematik der Unterteilung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention wird geändert. Leistungen in der BGF und Lebenswelten beziehen sich ausschließlich auf (1) und enthalten im Moment nur die Verhaltensprävention (gesundheitliches Handeln der Versicherten), nicht aber die Verhältnisprävention in allen Settingansätzen (betrieblich und nichtbetrieblich).

C Änderungsvorschlag

Siehe Absatz 1

Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Kassen oder von ihr beauftragte Dritte dürfen Leistungen der individuellen Verhaltensprävention nur erbringen, wenn diese zertifiziert sind. Zu berücksichtigen sind ärztliche Präventionsempfehlungen im Rahmen der Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten §§ 25 und 26 SGB V. Besondere berufliche und familiäre Umstände ermöglichen eine wohnortferne Leistungserbringung auf der Basis des § 23 (2), Satz 2.

B Stellungnahme

Die GKV hat bereits im „Leitfaden Prävention“ festgelegt, dass die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention einheitlichen Regeln der Zertifizierung unterliegen müssen und nur solche Leistungen von den Krankenkassen angeboten werden dürfen.

Präventionsempfehlungen gehören grundsätzlich zum Therapiespektrum, wenn der Patient damit die Gesundheit stärken bzw. den Verlauf der Krankheit beeinflussen kann. Schon heute haben die Ärzte die Möglichkeit, auf Präventionsangebote der Krankenkassen zu verweisen. Eine entsprechende Gebührensatznummer ist im EBM vorgesehen. Die ärztliche Präventionsempfehlung ist in diesem Kontext zu verorten. Berücksichtigt werden muss zudem, dass die Evidenzlage für primärpräventive Maßnahmen in der Arztpraxis sehr dünn ist. In der Ausbildung und den Weiterbildungskatalogen der Ärzteschaft spielt die Primärprävention ebenfalls eine nur marginalisierte Rolle. Gezielte Fortbildungen zur Primärprävention sind somit zu prüfen.

Es ist bereits gängige Praxis, dass Ärzte Vorsorgeleistungen verordnen und dabei die besonderen Belange ihrer Patienten im Blick haben. Der Ansatz verbessert vor allem nicht die Situation besonders belasteter Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Situation, diese Angebote nicht nutzen können.

C Änderungsvorschlag

Streichung des letzten Satzes.

Nr. 4 § 20 Abs. 6 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Ausgabenrichtwert 2015 soll für die Präventionsleistungen nach § 20a bis § 20c nach der bisherigen Systematik angepasst werden. Ab 2016 sollen 7 €/Versicherten investiert werden, wobei jeweils mindestens 2 € in die Lebenswelten und die BGF fließen sollen. In den Folgejahren wird der Betrag auf der Basis der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße angepasst.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist es richtig, auch die finanzielle Seite der Prävention zu stärken, wenn die Leistungen evidenzbasiert sind. Geld darf nicht Maßstab guter Prävention werden, sondern, was kommt bei den Menschen an, welche Wirkung ist eingetreten und ist diese nachhaltig. Vor allem die AOK hat in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, dass sie Maßnahmen auf den Weg gebracht hat, die eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung belegen und dafür 4,61 €/Versicherten investiert.

Wenn die Investitionen an qualitätsgeprüfte und nachhaltige Maßnahmen zu binden sind, ist eine Verdoppelung des Richtwertes von 2015 auf 2016 nicht zu erreichen. Betrachtet man die Evidenzlage in der Prävention besteht vielmehr die Gefahr, ineffiziente Maßnahmen zu fördern. Daher sollte der Gesetzgeber eine Übergangsfrist festlegen. Das bedeutet aus Sicht der AOK zudem, dass Präventionsforschung – bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Da die Nationale Präventionsstrategie erstmalig zum 31.12.2015 vereinbart wird und damit in 2016 an der Umsetzung gearbeitet werden kann, sollte eine dreistufige Anpassung für die Settingmaßnahmen gesetzlich verankert werden.

C Änderungsvorschlag

Der Richtwert für die Maßnahmen in Lebenswelten und der BGF wird in drei Stufen angepasst. Zum 01.01.2016 sind ein Euro je Versicherten und für die zwei Folgejahre eine Steigerung um 0,50 Euro anzusetzen.

Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 der Neuregelung wird der Begriff der Lebenswelten definiert. Es wird festgelegt, dass die dort angesiedelten Präventionsleistungen der Krankenkassen unbeschadet der Aufgaben anderer sowie auf Basis von Rahmenvereinbarungen gemäß §20f Absatz 1 zu erbringen sind. Darüber hinaus werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, mit den Leistungen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten zu fördern.

Absatz 2 gibt vor, dass das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten die Bereitschaft der für die Lebenswelt verantwortlichen Akteure voraussetzt, die von den Kassen entwickelten Vorschläge zur Gesundheitsförderung umzusetzen und sich mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung nach §20f zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die AOK engagiert sich bereits seit Jahren erfolgreich im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Gleichzeitig betont sie – und mit ihr die übrigen gesetzlichen Krankenkassen – seit jeher, dass dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und daher das gemeinschaftliche Engagement aller relevanten Akteure erfordert.

Das wird in der Begründung zum Referentenentwurf betont, in dem klargestellt wird, dass die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich alle verantwortlichen Akteure angemessen beteiligen. Darüber hinaus soll u. a. dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Weiterhin heißt es im allgemeinen Teil der Begründung, dass eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt nicht stattfindet.

Die AOK begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass die Krankenkassen in Lebenswelten nur Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen erbringen können, wenn die dortigen Akteure sich mit einem entsprechenden Eigenanteil beteiligen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 der Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für gesetzlich Krankenversicherte beauftragt. Hierfür erhält die BZgA eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrags entspricht, den die Krankenkassen für Präventionsleistungen in Lebenswelten mindestens aufbringen sollen (0,50 €/Versicherten).

In Absatz 4 wird festgelegt, dass die BZgA und der GKV-Spitzenverband hierfür bis zum 30.10.2015 eine Vereinbarung hinsichtlich der Erbringung und Vergütung der Leistungen, zu deren Inhalt, Umfang und Qualität sowie zu Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu regeln haben. Kommt eine Vereinbarung bis dahin nicht zu Stande, erbringt die BZgA die Leistungen auf Basis des bisherigen Verhandlungsstandes unter Berücksichtigung der festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12.

B Stellungnahme

Die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung muss auf der Basis der regionalen Bedarfslagen erfolgen. Daher ist die Beauftragung einer zentralen Bundesbehörde hier wenig zielführend. Mit der Regelung der §§ 20d – 20f wird eine Vorgehensweise zur Umsetzung einer Präventionsstrategie gewählt, die dem Anliegen des Präventionsauftrages Rechnung trägt. Hier werden die Verantwortungen klar geregelt und es bedarf keiner Institution, die keinerlei Durchgriffsrechte auf die Initiierung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten und der Organisation von Netzwerken in den Ländern und Kommunen hat, um die Arbeit der Krankenkassen in den Lebenswelten zu unterstützen.

Dafür ausschließlich die Beitragszahler zur Mittelaufbringung zu verpflichten, geht an der Begründung des Gesetzgebers zu den Absätzen 1 und 2 vorbei, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

In der Konsequenz müsste eine Regelung getroffen werden, die alle Steuerzahler in die Pflicht nimmt. Damit entfielen auch die „Hilfskonstruktion“ zur unverbindlichen Einbindung der PKV, die ordnungspolitisch nicht dem § 20 SGB V zuzuordnen ist. Inakzeptabel ist, dass mit der pauschalen Zuerkennung von Finanzmitteln die BZgA letztlich über die Gelder von Versicherten und Arbeitgebern entscheidet. Es muss zudem dafür Sorge getragen werden, dass keine Gelder für versicherungsfremde Leistungen verausgabt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Absätze 3 und 4

Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Satz 1: Die Betriebsärzte werden explizit benannt bei der Beteiligung an der Erhebung der gesundheitlichen Situation und der Erarbeitung bzw. Unterstützung der Umsetzung von Maßnahmen.

B Stellungnahme

Das ist übliche Praxis.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 20b Abs. 3 und 4 Betriebliche Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Absätze stellen eine Ergänzung dar. Gemäß Absatz 1 müssen die Krankenkassen zukünftig Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratungen und Unterstützung anbieten. In Absatz 2 wird festgelegt, dass alle von den Krankenkassen nicht verausgabten Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung (gemäß § 20 Absatz 6 Satz 2) dem GKV-SV zur Verfügung gestellt werden. Dieser wird verpflichtet, die Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

B Stellungnahme

Der Aufbau auf bestehenden Strukturen ist grundsätzlich positiv. Unsicherheiten bestehen jedoch in der Finanzierung dieser regionalen Stellen, da sie zum einen in einem Kooperationsvertrag ausgehandelt werden sollen, zum anderen jedoch auch über einen durch den GKV-SV noch zu entwickelnden Schlüssel der nicht verausgabten Mittel der 2 Euro in der BGF an die Stellen ausgegeben werden soll.

Der Vorschlag, über den GKV-SV Mittel an bestehende Kooperationen umzuleiten, blendet die Gründe für die noch nicht volle Mittelausschöpfung aus. Vielmehr muss doch das Ziel sein, dass Anstrengungen initiiert werden müssen, um Regionen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, an das Niveau der anderen heranzuführen. Das kann allerdings nur auf Basis konkreter Analysen und der Akteure vor Ort geregelt werden.

Daher sollten die Krankenkassen, die nicht verausgabten Mittel an die jeweiligen Kassenverbände auf Bundesebene abführen, die verpflichtet werden, gemeinsamen mit den regionalen Akteuren Lösungen zu entwickeln. Die Ergebnisse sollten dann Bestandteil der Präventionsberichte werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Beitrag nach § 20 (6) Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellen die Krankenkassen die nicht verausgabten Mittel den jeweiligen Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene zur Verfügung. Diese analysieren mit den jeweiligen Kassen die Ursachen der mangelnden Ausschöpfung und entwickeln Lösungen, um vor allem Regionen mit geringem Anteil an BGF an das Niveau der anderen heranzuführen. Die Ergebnisse werden im Präventionsbericht der GKV gesondert dargestellt.

Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1: Mit allen Sozialversicherungsträgern (RV, UV, PV) entwickeln die Krankenkassen eine gemeinsame Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

Absatz 2: Die Nationale Präventionsstrategie umfasst nach Punkt 1, dass bundesweite Rahmenempfehlungen vereinbart werden, die gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festlegen. Erstmals soll diese zum 31.12.2015 vorliegen. An der Vorbereitung sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die obersten Landesjugendbehörden zu beteiligen.

Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem BMG, BMAS, BMEL, BMFSFJ, BMI und den Ländern vereinbart.

Punkt 2 umfasst die Erstellung eines Präventionsberichtes im Vierjahresrhythmus. Die Nationale Präventionskonferenz leitet ihn an das BMG weiter. Der Bericht hat die Leistungen der Träger nach Absatz 1 (ggf. PKV, private PV), insbesondere Ausgaben, Zugangswege, erreichte Personen/Zielgruppen, Ziele, Erfahrungen mit der Qualitätssicherung, der Zusammenarbeit der Träger und mögliche Schlussfolgerungen zu beinhalten.

Das BMG leitet den Bericht mit einer Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes zu.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist das Konstrukt, einen nationalen strategischen Rahmen zu schaffen, an dem sich die Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort ausrichten sollen, zu begrüßen. Allerdings scheint der Ansatz wenig erfolversprechend, wenn eine „Nationale Präventionsstrategie“ nur die Sozialversicherungsträger einbindet und bisher nicht erkennbar ist, in welcher Weise andere Akteure, die für die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit Verantwortung tragen, in die Verantwortung genommen werden können.

Der Entwurf sieht vor, der GKV den Auftrag zu erteilen, die Entwicklung einer „Nationalen Präventionsstrategie“ zu initiieren. Das setzt allerdings voraus, dass auch für die anderen SV-Träger eine inhaltliche und finanzielle Regelung ihres Präventionsauftrages zu erfolgen hat. Weiterhin muss die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der Landesjugendbehörden mit der Verpflichtung der Übernahme konkreter Aufgaben und deren Finanzierung verbunden werden. Schließlich wird Gesundheit auch von sozialen Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst.

Da die Rahmenempfehlungen Basis für die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f sein werden, sollten Vertreter der Länder in die Erarbeitung der Nationalen Präventionsstrategie nach Absatz 2 Punkt 1 verbindlich eingebunden werden.

C Änderungsvorschlag

Um eine bessere Verbindlichkeit in der Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie zu erreichen, sind für alle beteiligten SV-Träger verbindlichere gesetzliche Vorgaben zu deren Aufgaben und zur Finanzierung zu regeln. Da die Umsetzung vor Ort in den Ländern und Kommunen stattfindet und hier die Strukturen für das Einbinden der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Kindertagesstätten, Schulen, Wohnquartieren und Rahmenbedingungen für die Teilhabe älterer Menschen bereitzustellen sind, müssen zumindest Vertreter der Länder verbindlich in die Erarbeitung der Nationalen Präventionsstrategie eingebunden werden.

Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben. Die Sozialversicherungsträger erhalten als Arbeitsgemeinschaft in den Sitzungen jeweils zwei Stimmen. Die PKV und private PV erhalten eine Stimme, wenn sie sich in gleicher finanzieller Höhe, bezogen auf ihre Versicherten, an den Leistungen beteiligen. Bund und Länder haben jeweils zwei beratende Stimmen und die Kommunalen Spitzenverbände sowie die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer nehmen mit jeweils einer Stimme beratend teil. Arbeitsweise und Beschlussverfahren werden in einer Geschäftsordnung festgelegt, die einstimmig angenommen werden muss. Die BZgA wird die Geschäftsführung übernehmen.

B Stellungnahme

Die Nationale Präventionskonferenz bildet die Plattform, um die Nationale Präventionsstrategie zu gestalten und mit Leben zu füllen.

Die Konstruktion der §§ 20d und 20e ist in sich nicht konsistent. Grundsätzlich müssen Entscheidungen so ausgestaltet sein, dass Stimmrechte nur vergeben werden können, wenn, wie für die PKV beschrieben, ein ausreichender inhaltlicher und finanzieller Beitrag in die Nationale Präventionsstrategie eingebracht wird. Das heißt im Gegenzug, dass dann diese Partner auch gemeinsam die Präventionsstrategie zu erarbeiten haben.

Ebenfalls sollten die Regelungen zu den Mitwirkungsrechten überprüft werden. Im Zuge der Regelungen des § 20d soll die Nationale Präventionsstrategie in Rahmenempfehlungen münden, die im Benehmen mit den o.g. Ministerien zu vereinbaren sind. Dies wäre allerdings ein Vorgang, der im Rahmen der im § 20e beschriebenen Präventionskonferenz zu regeln wäre, da dort weitere beratende Akteure benannt wurden, die z.T. mit den ins Benehmen zu setzenden Akteuren identisch sind.

C Änderungsvorschlag

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte eine transparente Regelung zur Beteiligung der Akteure und zu den Entscheidungsstrukturen entwickelt werden. Vor allem muss hinsichtlich der Landesrahmenvereinbarungen eine Beteiligung der Länder bei der Erarbeitung der Nationalen Präventionsstrategie verbindlich sein.

Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Präventionsforum soll die Nationale Präventionskonferenz beraten. Es soll in der Regel einmal jährlich durchgeführt werden. Neben den stimmberechtigten Mitgliedern der Präventionskonferenz werden Vertreter maßgeblicher Organisationen und Verbände das Forum ergänzen. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung wird mit der Organisation beauftragt. Die Organisation und Kosten regelt die Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz.

B Stellungnahme

Die starre Konstruktion eines jährlich stattfindenden Präventionsforums wird der Aufgabenstellung der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer Präventionsstrategie, welches ein dynamischer Prozess ist, nicht gerecht. Vielmehr muss es der Nationalen Präventionskonferenz obliegen, themenbezogen externen Sachverstand einzubinden, um die Nationale Präventionsstrategie bedarfsgerecht u.a. unter Einbindung vorliegender Forschungs- und Evaluationsergebnisse weiterzuentwickeln.

Das bedeutet aus Sicht der AOK auch, dass Präventionsforschung - bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Um eine schlanke und transparente Organisation zu erreichen sollte, die Koordination des Prozesses im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz auch der BZgA übertragen werden.

C Änderungsvorschlag

Der § 20e (2) ist in der Form zu streichen.

Neu: Zur zielgerichteten Weiterentwicklung der Nationalen Präventionsstrategie wird themenbezogen externer Sachverstand eingebunden, um Fragen des Forschungsstandes zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Ergebnisse der Evaluation und des Präventionsberichtes in die Nationale Präventionsstrategie und die daraus abgeleiteten Rahmenempfehlungen einzubinden.

Die Organisation wird im Rahmen des Absatzes 1 ebenfalls von der BZgA wahrgenommen.

Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 – Die Kranken-/Pflegekassen auf Landesebene schließen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den Trägern der RV und UV gemeinsame Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Leistungen nach § 20 (4) Nr. 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c SGB V.

Absatz 2 – Zu berücksichtigen sind die bundesweiten Rahmenempfehlungen insbesondere zur Einbeziehung der Ziele und Handlungsfelder auf der Basis der regionalen Bedarfe, der Leistungskoordination zwischen den Beteiligten, Abgrenzungsfragen, Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Jugendhilfe sowie der Einbindung weiterer Partner.

Einzubinden in die Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene, die auch eine Beitrittsoption haben.

B Stellungnahme

Die Vereinbarung der Landesrahmenvereinbarungen stellt eine konkrete Umsetzung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen auf der Grundlage der regionalen Bedarfe dar. Sie bilden eine gute Basis, um mit den unterschiedlichen Partnern in den Regionen konkrete Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Der Vorteil ist, dass es flexible Lösungsansätze vor Ort geben kann, die unterschiedliche Schwerpunkte in der Prävention und Gesundheitsförderung abbilden können.

Dieser Ansatz kann jedoch seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen im Sinne des § 20a, Absatz 2 eine „angemessene“ Eigenleistung erbringen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 20g Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 - Die Sozialversicherungsträger können Modellvorhaben zu den in den Rahmenempfehlungen festgelegten Zielen einzeln oder in Kooperation, insbesondere mit den zuständigen Stellen der Länder, durchführen, um Qualität und Effizienz von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten oder im Betrieb zu verbessern. Das kann auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

Absatz 2 – Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre begrenzt und müssen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden.

B Stellungnahme

Die Regelung dient dazu, dass der Erkenntniswert zur Qualität und zum Nutzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weiter verbessert werden kann. Vor allem, dass mit den Modellvorhaben und deren Evaluation auch herausgearbeitet werden kann, welche Maßnahmen in Kooperation mit anderen Partnern einen besonders hohen Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung haben, ist von großer Bedeutung für die weitere Ausgestaltung der Prävention und Gesundheitsförderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der gesetzlichen Neuregelung wird der Anspruch von Versicherten auf die Leistung der ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten erweitert. Bisher war eine Anspruchsgrundlage gegeben, wenn die ambulante medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung inklusive Heil- und Hilfsmittelverordnung, Präventionsangebote nach § 20 SGB V, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V u. a. in Verbindung mit § 44 SGB IX) nicht ausreicht, um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine erweiterte Anspruchsgrundlage soll zukünftig bestehen, wenn diese möglichen ambulanten Leistungen aus „besonderen beruflichen und familiären Umständen nicht [am Wohnort] durchgeführt werden“ können. Ferner wird die Obergrenze des Zuschusses der Krankenkasse im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen in anerkannten Kurorten erhöht.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung soll eine zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen für Betroffene wie Schichtarbeiter oder Pflegepersonen ermöglichen, die nicht an regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

In der Begründung zu Nr. 10 im Referentenentwurf wird ausgeführt: „Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen“. Mit einer solchen Festlegung wird das gestufte Versorgungssystem (Prävention/Vorsorge/Rehabilitation) verlassen. Da eine objektive Prüfung und Beurteilung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, kaum möglich ist, würde in der praktischen Umsetzung nahezu jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ genehmigt werden. Damit würde das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterlaufen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Gewährung von ambulanten Leistungen an anerkannten Kurorten auch jetzt schon besondere Belastungsfaktoren berücksichtigt, z. B. wenn eine vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren bei der Leistungsentscheidung sind daher ausreichend, um besondere familiäre und berufliche Umstände, die eine Gewährung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V erforderlich machen, adäquat zu berücksichtigen.

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages, bis zu dem die Krankenkassen als Satzungsleistung einen Zuschuss zu den Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten vorsehen können, erweitert den Handlungsspielraum der Krankenkassen. Da bei me-

dizinischer Vorsorgeleistung kein Anspruch auf Entgeltersatzleistungen während der Maßnahme besteht und der Versicherte selbst für Kost und Logis einschließlich der Fahrkosten zuständig ist, wird durch die Anhebung der Zuzahlungsmöglichkeit der Krankenkasse auf bis zu 16 Euro (über Satzung regelbar) für Erwachsene keine gesteigerte Inanspruchnahme bei Berufstätigen erwartet. Allenfalls bei der Gruppe der Rentner und der chronisch kranken Kinder könnte es zu einer leichten Steigerung der Inanspruchnahme durch die Erhöhung der Zuzahlung kommen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Änderung in § 23 Abs. 2 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“.

Nr. 12 § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 25 sollen die Gesundheitsuntersuchungen hinsichtlich eine alters-, geschlechts- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt werden und nun auch eine Präventionsempfehlung umfassen. Während bislang der G-BA für Untergruppen abweichende Altersgrenzen und Untersuchungsfrequenzen festlegen konnte, werden die gesetzlichen Vorgaben aufgehoben und dem G-BA die Ausgestaltung übertragen.

In Absatz 3 wird zu der Voraussetzung, dass die Erkrankung wirksam behandelt werden kann, die Möglichkeit der Prävention ergänzt.

Die Ausgestaltung wird dem G-BA übertragen, der hierfür 12 Monate Zeit hat.

B Stellungnahme

Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigt, dass in allen Altersgruppen mehr als 80% der Versicherten mindestens einmal pro Jahr beim Vertragsarzt sind. Die niedrigsten Quoten (zwischen 80% und 85%) bestehen in der Altersgruppe zwischen 26 und 56 Jahren. Patienten über 74 Jahren sind sogar zu mehr als 80% in allen vier Quartalen mindestens einmal beim Vertragsarzt. Die Inanspruchnahme der Check-up-Untersuchungen ist vergleichsweise gering, nur etwa 15-20% der unter 55-jährigen Männer und 25-30% der unter 55-jährigen Frauen nehmen die Gesundheitsuntersuchung alle zwei Jahre wahr, die höchsten Teilnahmequoten sieht man bei den 65-85-jährigen, hier beträgt die Rate 35-40%. Eine Teilnahme alle vier Jahre wird bei 45-70% der Anspruchsberechtigten beobachtet.

Dass die Versicherten trotz regelmäßiger Arztkontakte nur zu einem kleinen Teil die angebotenen Gesundheitsuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen, weist auf eine schlechte Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchungen bei Ärzten und Versicherten hin. Da Screeninguntersuchungen grundsätzlich das Risiko einer überhöhten Rate an falsch-positiven Befunden mit sich bringen, sollte die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen auf einer evidenzbasierten Nutzenbewertung mit einer Darstellung des potentiellen Schadens und Nutzen der Inhalte der Gesundheitsuntersuchungen basieren. Daher sollte der nachgewiesene Nutzen in § 25 Abs. 3 als Voraussetzung aufgeführt werden. Zum Beispiel sollte der Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung in Verbindung mit einer Therapie oder Präventionsmaßnahme belegt sein, was zugleich auch für die bestehende Gesundheitsuntersuchung gelten muss.

C Änderungsvorschlag

In § 25 Abs. 3 wird folgende Nummer 4 angefügt:

„der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Als neuer Satz wird daran angeschlossen „Eine Überprüfung und Evaluation der Maßnahme ist nach drei Jahren vorzusehen.“

Nr. 13 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wird die Altersgrenze für die Ausgestaltung von Früherkennungsuntersuchungen auf 18 Jahre angehoben. Ferner werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche um die Erfassung von gesundheitlichen Risiken und eine Präventionsberatung ergänzt, sowie ggf. eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5, die sich an das Kind oder die Sorgeberechtigte richten kann und die laut Gesetzesbegründung von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen ist. In der Begründung wird auf die Notwendigkeit einer weiteren Kinderuntersuchung mit neun Jahren hingewiesen, wobei der G-BA weitere Studien für seine Bewertung heranziehen kann. Die Ausgestaltung obliegt dem G-BA, dem hierfür eine Frist von 12 Monaten eingeräumt wird

B Stellungnahme

Die Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre ist sinnvoll, um dem G-BA die Möglichkeit zu geben, die Ausgestaltung der Früherkennung von Kindern und Jugendlichen anhand der vorhandenen Evidenz auszugestalten.

Individuelle Präventionsempfehlungen bei festgestellten präventablen Gesundheitsrisiken greifen in der Regel zu kurz. Viel wirksamer sind Settingansätze in Kindergärten, Schulen und Stadtteilen, für die sich die Krankenkassen schon erheblich engagieren. Auch in anderen Politikbereichen, wie in der Ausgestaltung von Schule und Kindertagesstätte sowie im Bereich Familie, müssen vom Gesetzgeber Maßnahmen ergriffen werden.

Für die Neuaufnahme weiterer Kinder- und Jugenduntersuchungen muss der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen sein.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung § 26 Abs. 2 Satz 2: „Die Aufnahme von Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 setzt voraus, dass der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist“. Als Satz 3 wird aufgenommen: Eine Überprüfung und Evaluation der Maßnahme ist nach drei Jahren vorzusehen.

Nr. 14 § 65a Abs. 1 SGBV Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Bisher liegt es im Ermessen der Krankenkassen, Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte (§ 65a Abs. 1 SGB V) zu offerieren. Die bisherige „Kann-Regelung“ soll nunmehr in eine „Soll-Regelung“ mit der Folge überführt werden, dass die Krankenkassen künftig grundsätzlich verpflichtet werden, Bonusangebote vorzuhalten.
- b) Art und Umfang der zur Bonifizierung zur Verfügung stehenden Maßnahmen werden eingeschränkt. Künftig wird zwischen Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 (Gesundheitsuntersuchungen) und 26 SGB V (Kinderuntersuchung), Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V und „anderen“ Angeboten zur Verhaltensprävention, wie beispielsweise die vom Deutschen Olympischen Sportbund empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen, differenziert (vgl. § 25 Abs. 1 Satz 4 SGB V (neu)). Bonifizierbar sind die Leistungen nach §§ 20 Abs. 5, 25 und 26 SGB V – nicht aber die anderen Angebote zur Verhaltensprävention. Leistungen der individuellen Verhaltensprävention sind außerdem zukünftig nach einem einheitlichen engen Maßstab zu zertifizieren, um unter den § 20 Abs. 5 SGB V zu fallen.
- c) Die Bonifizierung für Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.
- d) Der Bonus soll künftig nur noch als Geldleistung erbracht werden.

B Stellungnahme

- a) Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob und welche Bonusangebote sie vorhalten möchten.
- b) Die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit für Angebote nach § 65a Abs. 1 SGB V auf Maßnahmen nach § 20 Absatz 5 und §§ 25 und 26 SGB V verhindert innovative und an der Lebenssituation der Versicherten anknüpfende Bonusprogramme. § 20 Abs. 5 SGB V setzt eine Zertifizierung der Maßnahmen voraus, die bonifiziert werden sollen. Andere Angebote zur Verhaltensprävention, wie beispielsweise die vom Deutschen Olympischen Sportbund empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen, wären nicht mehr bonifizierbar. Außerdem sollen bei der Inanspruchnahme dieser Maßnahmen ärztliche Empfehlungen berücksichtigt werden.

Ziel der Gesundheitsbonusangebote ist es aber, gerade solche Versicherte zu motivieren, die bisher keinen Bezug zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben, um sie an gesundheitsbewusstes Verhalten heranzuführen und auf diese Weise langfristig Gesundheitseinschränkungen vorzubeugen und zu reduzieren. Die vorgesehene Neuregelung engt die Möglichkeiten massiv ein, diese Versicherten für Gesundheitsbonusangebote zu erreichen und zu gewinnen sowie entsprechende Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. Das trifft in besonderem Maße auf Jugendliche und junge Erwachsene zu. Diese werden von den zur Bonifizierung vorgesehenen Maßnahmen nach §§ 25 und 26 bzw. den nach § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Leistungen schon auf-

grund der für ihre Lebensspanne nicht vorgesehenen Angebote gerade nicht angesprochen werden.

Attraktive Gesundheitsbonusangebote, die der Zielsetzung einer Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens gerecht werden wollen, benötigen auch attraktive und zur Bonifizierung bereitstehende Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wie zum Beispiel:

- „Anderen“ Angeboten zur Verhaltensprävention (wie z.B. aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen)
Die Hinführung zu aktivem gesundheitsbewusstem und -förderndem Verhalten muss eine wesentliche Kernaufgabe von Gesundheitsbonusangeboten sein. Dies wird dauerhaft nur dann gelingen, wenn auch niederschwellige Zugangswege Berücksichtigung finden. Es wäre im Interesse der Solidargemeinschaft auch wirtschaftlich unsinnig, wenn vom Versicherten selbst finanzierte Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nicht als bonifizierungsfähige Maßnahmen eingebunden werden könnten.
 - Schutzimpfungen
Schutzimpfungen werden in § 20d SGB V als primäre Präventionsmaßnahmen bewertet. Es erschließt sich nicht, warum diese ggf. erst über den Weg der Zertifizierung nach § 20 Abs. 5 SGB V i. d. F. des Entwurfs des Präventionsgesetzes den Gesundheitsbonusangeboten zugänglich gemacht werden sollen.
 - Verhütung von Zahnerkrankungen
Mit den Gesundheitsbonusangeboten sollte das Ziel verfolgt werden, gesundheitsbewusstes Verhalten umfassend zu fördern. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für Erwachsene ggf. erst über den Weg der Zertifizierung nach § 20 Abs. 5 SGB V i. d. F. des Entwurfs des Präventionsgesetzes den Gesundheitsbonusangeboten zugänglich gemacht werden sollen.
- c) Ein zusätzlich erschwerendes Hindernis stellt die Abhängigkeit der Bonuszahlung bei den Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention von der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahmen dar. Attraktive Angebote mit einer niedrigen Teilnahmeschwelle für nicht gesundheitsbewusste Versicherte lassen sich so nicht realisieren.
- d) Ein Hindernis für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsbonusangeboten stellt auch die vorgesehene Eingrenzung der Boni auf Geldzahlungen dar. Denn je nach individueller Einschätzung können attraktive Sachleistungen, wie z.B. Pulsuhren oder besondere Serviceangebote der Krankenkassen, durchaus geeignet sein, die Motivation der Versicherten zu gesundheitsbewusstem Verhalten aktiv zu steigern. Vor diesem Hintergrund sollte die Bonifizierung sowohl in Richtung Sach- als auch Geldleistungen dem satzungsrechtlichen Handlungsrahmen vorbehalten bleiben. Das in der Begründung zum Entwurf eines Präventionsgesetzes enthaltene Argument, dass durch die Neuregelung verhindert werden soll, dass Sachprämien ohne Gesundheitsbezug ausgeschüttet werden, trägt ohnehin nicht. Denn gerade bei einer Bonifizierung in Form von Geldleistungen liegt es (zu Recht) völlig frei in der Disposition der Versicherten, ob der Bonus einen Gesundheitsbezug erhält oder nicht. Fazit: Anreizeffekte sollten nicht durch Bevormundungen beseitigt werden.

Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre nachzuweisen, dass die Boni durch erzielte Einsparungen finanziert werden. Diese Bewertung der Bonusangebote an kurzfristigen wirtschaftlichen Effekten ist weder sachgerecht noch zielführend. Im Vordergrund müssen vielmehr die bewirkten Verhaltensänderungen stehen, wie etwa die Steigerung der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen oder Impfungen. Diese führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität. Eine Anpassung des § 65a Abs. 3 SGB V ist erforderlich.

C Änderungsvorschlag

§ 65a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen oder an Maßnahmen zur primären Verhaltensprävention teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist.

§ 65a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über die durch die Maßnahmen nach Absatz 1 erzielten Verhaltensänderungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“

Nr. 14 § 65a Abs. 2 SGBV Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die bisherige „Kann-Regelung“ zum Angebot von Bonussystemen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung soll in eine „Soll-Regelung“ überführt werden.
- b) Art und Umfang der zur Bonifizierung zur Verfügung stehenden Maßnahmen werden eingeschränkt.
- c) Die Bonifizierung für Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.
- d) Der Bonus an Arbeitgeber und Arbeitnehmer soll künftig nur noch als Geldleistung erbracht werden.

B Stellungnahme

Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob sie im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Bonusangebote vorhalten möchten. Die Einschränkung der bonusfähigen Maßnahmen und die ausschließliche Bonifizierung in Form von Geldleistungen werden ebenfalls abgelehnt (vgl. hierzu Ausführungen unter Nr. 14 zu § 65a Abs. 1 SGBV Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, Abschnitt B).

Die Ausrichtung der bonusfähigen Maßnahmen an der Zielerreichung ist wegen des überzogenen Kontrollaufwands nicht praktikabel.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen sind daher abzulehnen.

Stattdessen sollten die Handlungsmöglichkeiten für Krankenkassen gestärkt und ausgebaut werden. So sollte den Krankenkassen die Option eröffnet werden, für Arbeitgeber und die Beschäftigten in Unternehmen bedarfsorientierte Angebotskonzepte mit dem Ziel zu unterbreiten, insbesondere gesundheitsfördernde Angebote und Präventionsmaßnahmen zu bündeln. Mit dem Instrument der Gruppenangebote können Präventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch und in einem zwischen Arbeitgeber und Krankenkassen koordinierten Verfahren umgesetzt werden. Der Erfüllungsaufwand für diese Präventionsmaßnahmen kann im Vergleich zum bisherigen Verfahren sinken, sobald eine hinreichend große Beschäftigtenzahl eines Unternehmens an einem Gruppenangebot teilnimmt. Auf die entsprechenden Ansätze im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention 2013 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

§ 65a, Absatz 2 SGB V – bisheriger Wortlaut bleibt

In § 65a, Abs. 2 SGBV wird folgender Satz 2 eingefügt:
Die Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppenangebote abschließen. Bestandteile der Gruppenangebote können insbesondere Leis-

tungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten, Maßnahmen zur primären Verhaltensprävention und koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sein. Ein weiterer Bestandteil der Gruppenangebote kann die Vermittlung von Zusatzversicherungstarifen an Beschäftigtengruppen in analoger Anwendung des § 194 Abs. 1a SGB V und des § 47 Abs. 2 SGB XI sein.

Nr. 16 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ausweitung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i (neu) SGB V durch Öffnungsklausel für Verträge von Krankenkassen mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften.

B Stellungnahme

Grundsätzlich sind Bestrebungen zur Steigerung der Durchimpfungsraten und damit zum Schließen von Impflücken zu begrüßen, sie entsprechen der Intention der GKV. Die vorgeschlagene Regelung ist jedoch nicht notwendig und daher abzulehnen: Denn bereits jetzt werden dort, wo es sinnvoll erscheint, nach § 132e SGB V Betriebsärzte in die Versorgung von GKV-Versicherten mit Impfungen einbezogen und dem Betrieb die Impfstoffkosten erstattet. Eine regelhafte Ausweitung in der vorgeschlagenen Form ist jedoch allein schon aus organisatorischen Gründen abzulehnen: Denn damit erhielte im Gegensatz zu den im § 132f vorgesehenen Regelungen jeder einzelne Betriebsarzt einen – schiedsfähigen – Anspruch auf einen Vertrag mit einer Krankenkasse. Damit dürfte allein die verwaltungstechnische Implementierung entsprechender Verträge aufgrund der großen Zahl an Leistungserbringern die Krankenkassen für eine lange Zeit lahmlegen, soweit dies überhaupt zu bewältigen ist. Im Hinblick auf die zum Teil kleinstteilige Struktur der Leistungserbringer und den zu erwartenden begrenzten Nutzen der Maßnahme erscheint dies daher in keiner Weise adäquat. Zudem birgt die Regelung das Risiko von erheblicher Unwirtschaftlichkeit.

Soweit der Gesetzgeber jedoch an der vorgeschlagenen Regelung festhalten will, wären zur Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten über die vorgeschlagenen Regelungen hinausgehend Konkretisierungen und Ergänzungen notwendig: Denn auch wenn Betriebsärzte keine Vertragsärzte im engeren Sinne darstellen, müssen die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung v.a. im Hinblick auf die Qualität wie auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für sie gleichermaßen gelten:

- Die impfenden Ärzte müssen in Kenntnis der Inhalte der geltenden Richtlinien (v.a. Schutzimpfungs-Richtlinie des GBA) sein und diese verbindlich anwenden; Impfungen von Nicht-GKV-Versicherten, Reiseimpfungen wie auch durch den Arbeitgeber zu übernehmende Impfungen müssen sicher und prüfbar von der GKV- sowie Satzungsleistung abgetrennt werden.
- Für eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist sicherzustellen, dass die Kosten nicht höher sein dürfen als in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte in die bzw. Übertragung der bestehenden Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung erscheint hingegen nicht sinnvoll. Denn beim Impfstoffbezug wäre zur Verwurfsvermeidung ein wirtschaftlicher Sammelbezug von Impfstoffen orientiert am zu erwartenden Bedarf zu realisieren; dies dürfte v.a. bei den Betriebsärzten mittelständischer Unternehmen mit oftmals nur kurzen Vor-Ort-Zeiten und damit ggf. niedriger Impfquote nur schwer umzusetzen sein. Eine regelhafte patientenbezogene Verordnung auf Muster 16 ist jedoch aus verschiedenen Gründen auch abzulehnen: Denn dies wäre aufgrund der Geltung der AMPPreisV gegenüber einem Sammelbezug un-

wirtschaftlich, es setzt zudem auch den Aufbau der entsprechenden Logistik der vertragsärztlichen Versorgung voraus (u.a. Kenntnis und Vorrätighalten der Vordrucke, Anwendung der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe von Arzt-/Betriebsstättennummer) und würde für die Versicherten zudem einen doppelten Gang zum Betriebsarzt bedeuten und damit den erhofften Vorteil der Niederschwelligkeit der neuen Leistung zunichte machen.

- Die Verordnungen müssen einer Prüfung auf Wirtschaftlichkeit analog § 106 SGB V unterliegen. Ebenso sind in den Verträgen Regelungen bei Verordnungen außerhalb des Leistungskataloges bzw. von Satzungsleistungen analog den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte zwingend zu vereinbaren.
- Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung und zur Vermeidung von Doppelimpfungen ist es erforderlich, die vorgenommene Impfung im Impfausweis zu dokumentieren und die Information an den zuständigen Hausarzt zu übermitteln. Letzter Punkt kann im Falle einer Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte entfallen. Dies setzt voraus, dass der Betriebsarzt über ein entsprechendes Lesegerät verfügt.
- Für die Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse sind Angaben zum geimpften Versicherten notwendig; hierzu ist es sinnvoll, dass die Werks-/Betriebsärzte die Daten der Versichertenkarte verwenden.

C Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

In Verträgen mit Leistungserbringern außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung kann vereinbart werden, dass eine Erstattung der Kosten für verimpfte Impfstoffe erfolgt, soweit dies nicht zu Mehrkosten für die Krankenkasse führt; § 106 gilt entsprechend. Der impfende Arzt hat ergänzend zur Impfdokumentation dem Hausarzt die vorgenommenen Impfungen mitzuteilen. Für die Abrechnung gilt § 300 entsprechend.

Nr. 17 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 132f SGB V wird eine Kann-Regelung für Krankenkassen geschaffen, Verträge mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V zu schließen, sofern diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.

B Stellungnahme

Die Einführung des § 132f SGB V ist sinnvoll. Sie verknüpft arbeitsmedizinische Vorsorge mit anderen im § 25 (neu) SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen und der daraus folgenden präventionsorientierten Beratung. Dabei handelt es sich um eine Kann-Regelung: Die Krankenkassen können somit solche Verträge abschließen, müssen aber nicht, was ihren wettbewerblichen Spielraum erhöht. Da die Gesundheitsuntersuchungen nach der Kommentierung „in Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung“ erbracht werden können, gilt auch hier der Grundsatz, dass die durchführenden Ärzte keine Vertragsärzte sein müssen. Durch die Bindung an die G-BA Richtlinien wird jedoch das gleiche Qualitätsniveau wie in der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt, das durch die Vertragspartner nicht unterschritten werden darf. Die Regelung soll erwerbstätigen Versicherten einen niederschwelligeren Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglichen und damit auch den Personenkreis erweitern, der dieses Präventionsangebot in Anspruch nimmt.

Die finanziellen Auswirkungen der Regelung hängen allerdings nicht nur von der Zahl an Krankenkassen oder deren Verbänden ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit nach diesem Paragraphen geeigneten Ärzten Verträge schließen. Die finanziellen Auswirkungen spiegeln nur insoweit die gewollte Ausweitung des Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch nehmenden Personenkreises wider, als Wege gefunden werden, Doppeluntersuchungen – und folglich auch Doppelzahlungen seitens der Kassen – sowohl im betrieblichen Rahmen als auch im vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden. Auch wird kritisch gesehen, dass nicht geregelt wird, wie denn die Übermittlung positiver Untersuchungsergebnisse an den weiterbetreuenden vertragsärztlichen (Hausarzt- und/oder Facharzt-)Bereich sichergestellt wird; ein Versicherter ist bei einem solchen Befund ggf. erstmal noch „noch stärker betroffen und auf sich allein gestellt, als wenn die Untersuchung gleich im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt worden wäre.

C Änderungsvorschlag

In § 132f wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„; dabei ist in den Verträgen insbesondere zu regeln, wie im Bedarfsfall die Kommunikation zwischen Betriebs- und Vertragsärzten, insbesondere dem Hausarzt des Versicherten, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sichergestellt wird.“

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Gemeinsam sollen Pflegekassen, Einrichtungsträger und Versicherte Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.

Klargestellt wird, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen, die pflegerische Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen sowie eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, davon unberührt bleibt.

Die Finanzierung der neuen Präventionsleistungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen soll ab dem Jahr 2016 erfolgen und umfasst einen Betrag von 0,30 Euro je Versicherten. Verausgibt eine Pflegekasse den Betrag nicht, sind diese Mittel an den GKV-Spitzenverband abzuführen, der die Gelder nach einem festgelegten Schlüssel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsverträge zur Durchführung kassenübergreifender Präventionsleistungen geschlossen haben.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist der Ansatz, präventive Maßnahmen ergänzend zu bestehenden Leistungen, z.B. § 87b SGB XI „Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern“, § 113a SGB XI „Umsetzung der Expertenstandards“ sowie § 11 Abs. 1 SGB XI Pflicht zur „aktivierenden Pflege“, zu begrüßen. Die AOK finanziert bereits seit langem erfolgreich die Sturzprävention in Heimen. Die soziale Pflegeversicherung wird damit erstmals Präventionsträger. Damit wird der langjährigen Kritik, die Pflegeversicherung sei nicht präventionsorientiert, begegnet.

Allerdings muss das neue präventive Leistungsangebot klar abgegrenzt werden zum bereits bestehenden umfangreichen Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen. Zusätzlich müssen die Leistungen zur Prävention der Qualitätssicherung unterliegen. Hilfreich wäre es, um die gesetzlichen Vorgaben im Sinne des Gesetzgebers umzusetzen, wenn mögliche präventive Leistungen als Beispiel in die Gesetzesbegründung mit aufgenommen werden. Darüber hinaus wäre eine Evaluation der neuen präventiven Leistung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll.

Die Regelung, über den GKV-SV die nicht verausgabten finanziellen Mittel an bestehende Kooperationen umzuleiten, blendet allerdings die Gründe für die noch nicht volle Mittelausschöpfung aus. Vielmehr muss es doch das Ziel sein, Anstrengungen zu initiieren, um Regionen, die noch keine Präventionsangebote im Setting Pflegeheim haben, an das Niveau der anderen heranzuführen. Das kann allerdings nur auf Basis konkreter Analysen und der Akteure vor Ort geregelt werden. Daher sollten die Pflege-

kassen die nicht verausgabten Mittel an die jeweiligen Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene geben, die verpflichtet werden, im Rahmen einer Analyse der Probleme vor Ort, entsprechende Lösungen zu entwickeln.

Auch die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sollten einen Anspruch auf Leistungen der Prävention erhalten.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3 wird wie folgt formuliert:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Pflegekasse den Beitrag nach § 5 Absatz 2, stellen die Pflegekassen die nicht verausgabten Mittel den jeweiligen Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene zur Verfügung. Diese analysieren mit den jeweiligen Kassen die Ursachen der mangelnden Ausschöpfung und entwickeln Lösungen, um vor allem Regionen mit geringem Präventionsanteil in Pflegeeinrichtungen an das Niveau der anderen heranzuführen.“

Es wird ein neuer Absatz 7 angefügt:

„Für die Leistungen nach Abs. 1 ist eine wissenschaftliche Evaluation durch die Nationale Präventionskonferenz vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.“

Es wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

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

Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Pflegebegutachtung zur Feststellung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, haben die Gutachter zusätzlich eine Aussage zu treffen, ob Beratungsbedarf hinsichtlich Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

B Stellungnahme

Nachdem die Gutachter gemäß § 18 Abs. 1 Satz 3 prüfen, inwieweit Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, ist es sinnvoll, gleichzeitig einen verhaltenspräventiven Beratungsbedarf abzuklären. Laut Begründung ist Ziel der Neuregelung, „eine Pflegebedürftigkeit insbesondere bei einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 zu vermeiden bzw. deren Eintritt zu verzögern oder aber einer Verschlechterung vorzubeugen“.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, bei der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln und Stellung zu beziehen, inwieweit Maßnahmen zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 18 SGB XI.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die unentgeltlichen Pflegekursen sollen künftig darauf ausgerichtet werden, der Entstehung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen vorzubeugen.

B Stellungnahme

Der größte Pflegedienst Deutschlands ist die Familie: Rund 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden im häuslichen Bereich von Angehörigen und Freunden betreut. Um Angehörige dabei zu unterstützen, werden in Pflegekursen Basiswissen für den Alltag sowie praktische und theoretische Tipps für die Pflege vermittelt. Der präventive Ansatz bei der Konzeption und Durchführung der Pflegekurse ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ist sicherzustellen, dass auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Expertenstandards tragen dazu bei, die Qualität in der Pflege zu sichern und weiterzuentwickeln. Sie legen fest, wie Pflegekräfte bei bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten vorgehen sollten, um das angestrebte Qualitätsniveau in der Pflege sicherzustellen. Die o.g. Ergänzung ist zu begrüßen. 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

Keiner