

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 21. November 2014

zum

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

Inhaltsverzeichnis

I.	Vorbemerkung	(Seite 2)
II.	Detaillkommentierung	(Seite 5)
III.	Weiterer Änderungsbedarf	(Seite 38)

I. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden weitere Regelungen getroffen, um den Auswirkungen zu begegnen, die sich aus dem sozialen und demographischen Wandel sowie den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen auf unsere Gesellschaft ergeben. Hierzu sollen insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten gestärkt, die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verbessert und die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen fortentwickelt werden.

Der BKK Dachverband begrüßt diese Zielsetzung des Referentenentwurfs, denn vor dem Hintergrund des Anstiegs von chronischen Erkrankungen und der Dauer von Krankheitszeiten - was zu vermehrten Kosten für das Gesundheitssystem sowie zu volkswirtschaftlichen Effizienzverlusten am Arbeitsmarkt führt - ist es richtig, der Gesundheitsförderung und Prävention einen größeren Stellenwert einzuräumen.

Besonders positiv bewerten die Betriebskrankenkassen die Erhöhung des Richtwertes für die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auf sieben Euro. Hiermit wird vielen Kassen im BKK-System, die sich schon bisher stark bei Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung engagieren, ein größerer finanzieller Spielraum eröffnet. Um ein gewünschtes, aber häufig seitens der Aufsicht beschränktes Agieren zu ermöglichen, sollte - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots - mit der gesetzlichen Regelung auch eine unbegrenzte Überschreitung dieses Richtwertes vorgesehen werden.

Die Forderung des Gesetzgebers nach einem Mindestwert für Präventionsausgaben können die Betriebskrankenkassen nachvollziehen. Die vorgesehene Quotierung wird jedoch abgelehnt: sie nimmt den Kassen die Möglichkeit, Gelder gezielt in denjenigen Lebensräumen einzusetzen, wo sie konkret benötigt werden. Sie zwingt ferner zur Verausgabung von Finanzmitteln, selbst wenn die notwendigen „Nachfragerstrukturen“ (noch) fehlen.

Diese Fehlanreize zur Verausgabung der Gelder nach dem „Gießkannenprinzip“ werden noch dadurch verstärkt, dass die nicht verausgabten Mittel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der Pflege an den GKV-Spitzenverband fließen sollen, der diese dann verteilt. Äußerst kritisch sind außerdem die damit verbundenen Fragestellungen zum Aufbau bürokratischer Strukturen, nach der adäquaten Mittelverteilung und dem Problem des Mittelnzugs bis zur „Zuteilung“ zu sehen.

Alternativ schlagen die Betriebskrankenkassen daher folgende Regelungen vor: Der Mindestwert wird auf 3 Euro festgesetzt und kann insgesamt für Leistungen nach § 20a und § 20b ausgegeben werden. Die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel dürfen von der Einzelkasse zunächst auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann

nicht sinnvoll verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu, dessen Verbände die Gelder gezielt und auf Basis des konkreten regionalen Bedarfs einsetzen. So wird zum einen gewährleistet, dass keine unnötige Bürokratie beim GKV-Spitzenverband in Form einer Mittelsammel- und –verteilungsstelle aufgebaut wird. Zum anderen werden die Finanzmittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten konkret eingesetzt

Positiv hervorzuheben ist, dass der Referentenentwurf das Thema Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Blick hat: auch von den für die Lebenswelt Verantwortlichen sowie die Sozialversicherungsträger wird die Beteiligung an Präventionsmaßnahmen mit einer entsprechenden Eigenleistung eingefordert.

Die Erfahrung mit vielen erfolgreichen Projekten z.B. im Bereich der außerbetrieblichen Lebenswelten zeigt, dass Erfolge nur dann nachhaltig erzielt werden können, wenn alle relevanten Akteure ihren Bedarf und die darauf abgestellten Ziele selbst festlegen, sich selbst organisieren und verbindlich Verantwortung übernehmen. Insofern sollte auch im Referentenentwurf noch stärker als bisher klargestellt werden, dass die weiteren Akteure auch ihrer finanziellen Verantwortung und damit der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention gerecht werden.

Kontraproduktiv ist daher das vorgesehene Konstrukt mit dem GKV-Spitzenverband und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als verpflichtende „Unterstützungsinstitutionen“ inkl. Zwangsfinanzierung in Höhe von mindestens einem Viertel der Präventionsausgaben in Lebenswelten. Der Aufbau einer solchen bürokratischen Struktur wirft viele Detailfragen wie z.B. im Hinblick auf eine ausgewogene, transparente und am regionalen Bedarf orientierte Verteilung der beim GKV-Spitzenverband zu sammelnden Finanzmittel. Weder der GKV Spitzenverband noch die BzGA sind regional präsent. Sie kennen daher auch nicht die konkret vor Ort anliegenden Präventionserfordernisse und müssten wiederum Dritte zur Ausführung von Unterstützungsmaßnahmen beauftragen – ein unnötiger und notwendige Finanzmittel vernichtender Umweg, den es zu vermeiden gilt.

Stattdessen sollten die Partner der Landesrahmenvereinbarungen die BZgA beauftragen können, wenn sie bei der Umsetzung der in der Landesrahmenvereinbarung konsentierten Maßnahmen konkreten Unterstützungsbedarf sehen. Hierdurch würde sichergestellt, dass Entscheidungen und Projekte von den Beteiligten schnell und direkt umgesetzt werden können. Darüber hinaus würde der ordnungspolitisch kritische Sachverhalt vermieden, dass eine dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete oberste Bundesbehörde aus Beitragsgeldern finanziert wird. Eine solche Quersubventionierung ist ordnungspolitisch falsch und wird strikt abgelehnt.

Dass die Kompetenz von Betriebsärzten zur Früherkennung von Erkrankungen besser genutzt werden soll, führt zu einer sinnvollen Verzahnung und damit zu einer verbesserten Versorgung der Versicherten. Dies ist daher ebenso zu begrüßen wie die Möglichkeit, dass Betriebsärzte künftig Schutzimpfungen durchführen können.

Mit der Einrichtung einer nationalen Präventionsstrategie und einer nationalen Präventionskonferenz greift der Gesetzgeber richtiger Weise einen Vorschlag der Betriebskrankenkassen auf. Mit dieser institutionellen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als eine wichtige Säule im deutschen Gesundheitswesen besteht die Chance, die sozialen und demographischen Herausforderungen mit allen Risiken und Chancen für die gesundheitliche Zukunft unseres Landes zu beantworten. Das einmal im Jahr stattfindende Präventionsforum bezieht dabei die Fachöffentlichkeit ein. Dies stellt sicher, dass alle zuständigen Akteure in unserem Land eingebunden werden, um Lösungen für die o.g. Auswirkungen auf unsere Gesellschaft zu erarbeiten. Dabei ist jedoch wichtig festzuhalten, dass sich alle Akteure an gemeinsam beschlossenen, ausgabewirksamen Entscheidungen finanziell beteiligen.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ausdrücklich auch die Intention des Gesetzgebers, den Zugang speziell von kleinen und mittelständischen Betrieben zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszubauen. Hierfür sollten jedoch bereits vorhandene Strukturen genutzt und niederschwellige Angebote ausgebaut werden. Der Aufbau einer „physischen“ Koordinierungsstelle ist daher nicht der richtige Weg. Vielmehr müssen sich die Kassen vor Ort auf praxisgerechte Organisationsstrukturen verständigen, die dem Informations- und Beratungsbedarf der Betriebe gerecht werden.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte.

a) Gewünschte Änderung

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Sachverständigen“ die Wörter „Ziele sowie“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Zertifizierung“ durch das Wort „Qualitätssicherung“ ersetzt.
- cc) In Satz 2 werden nach dem Wort „außerdem“ die Wörter „unter Einbeziehung der Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1“ eingefügt.

b) Begründung

aa) Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Setting-Ansatz an bundesweit gültigen Zielen aus. Die Krankenkassenverbände auf Bundesebene haben die Ziele konsentiert, und der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat sie beschlossen. Sie sind veröffentlicht im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren. Diese Vereinbarung der Ziele und damit die Ausrichtung der Maßnahmen der Kassen an diesen Zielen haben sich bewährt und müssen daher weiterhin möglich sein.

bb) Die Betriebskrankenkassen befürworten eine Ausrichtung der Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an klaren und verbindlichen Qualitätsgrundsätzen. Allerdings unterstellt der Begriff „Zertifizierung“, dass eine Standardisierung von Leistungen in allen Bereichen möglich ist. Im Gegensatz zu Individualprävention ist dies für Verfahren und Maßnahmen in den außerbetrieblichen Lebenswelten und insbesondere in der betrieblichen Gesundheitsförderung aber nicht grundsätzlich der Fall. Insbesondere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen an den spezifischen betrieblichen Bedarf ausgerichtet werden. Damit sind Standardisierungen wie im Bereich der Individualprävention enge Grenzen gesetzt. Diesem Sachverhalt wird der Begriff „Qualitätssicherung“ gerecht, der es ermöglicht, nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern auch Prozesse zu beurteilen. Außerdem gibt er den Kassen den nötigen Handlungsspielraum, auch niederschwellige Angebote im Rahmen eines ganzheitlichen Entwicklungsansatzes sowie innovative Maßnahmen unterstützen zu können.

cc) In Bezug auf die Vorgaben für die Anforderungen an ein einheitliches Verfahren der Qualitätssicherung von Leistungsangeboten sollte die bestehende Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 („Zentrale Prüfstelle Prävention“) einbezogen werden. Mit ihrer Gründung stellen die gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Qualitätsstandard sicher.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass zusätzlich zu der geforderten Veröffentlichung der zertifizierten Leistungsangebote über die Internetseite des Spitzenverbandes Bund die Versicherten auch weiterhin über die Internetseiten der Krankenkassen informiert werden können.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

- 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,*
- 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,*
- 3. Tabakkonsum reduzieren,*
- 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern,*
- 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,*
- 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,*
- 7. gesund älter werden.*

Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 3 wird gestrichen und ersetzt durch:

„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 gemeinsamen Ziele der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d Absatz 2 und die von der nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelten Arbeitsschutzziele. Darüber hinaus kann er weitere Zielinitiativen von bundesweiter Bedeutung berücksichtigen.“

b) Begründung

Die im Referentenentwurf vorgegebene detaillierte Bezugnahme auf die nationalen Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ wird abgelehnt. Der privatrechtliche Kooperationsverbund mit einem heterogenen Kreis an Mitgliedern mit z.B. starken Anbieterinteressen, besitzt keine ausreichende Legiti-

mation, die präventiven Leistungen der GKV in diesem Maß zu steuern. Zudem gehen diese Ziele weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinaus.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

- 1. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach Absatz 5,*
- 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und*
- 3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.*

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung. Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2015 geltenden Ausgabenrichtwert] und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

a) Gewünschte Änderung

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Dieser Richtwert kann unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt überschritten werden.“

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2017 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 3 Euro insgesamt für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf.

cc) folgender Satz 4 wird eingefügt:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Wert nach Satz 2, verwendet die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen der jeweiligen Kassenart und ihren Verbänden zur Verfügung.“

dd) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5 und wie folgt geändert:

„Die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2“ werden geändert in „nach den Sätzen 1 und 3“

b) Begründung

aa) Die mit der Anhebung des Richtwertes verbundene Ausweitung des Engagements der Krankenkassen in der primären Prävention und Gesundheitsförderung wird begrüßt. Vor dem Hintergrund, dass die Aufsicht in der Vergangenheit eine Überschreitung des Richtwertes reglementiert und begrenzt hat, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass eine Überschreitung des Richtwertes unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt möglich ist.

bb) Die Forderung nach Mindestwerten können die Betriebskrankenkassen zwar grundsätzlich nachvollziehen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass Mindestwerte – insbesondere in Verbindung mit der abzulehnenden Zwangsabgabe von nicht verausgabten Mitteln – dazu führen können, dass die Kassen, um eine Abführung zu vermeiden, die Mittel „mit der Gießkanne“ und damit nicht bedarfsgerecht ausgeben.

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine Quotierung der Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben ab, denn Quoten bedeuten einen Eingriff in die Finanz- und Entscheidungsautonomie der Krankenkassen.

Alternativ schlagen wir daher vor, den Mindestwert ohne Quotierung auf 3 Euro festzusetzen und den Kassen so die Möglichkeit zu geben, den Betrag frei auf die Leistungen nach § 20a und §20b zu verteilen. Dies ist sachgerecht, denn viele Kassen engagieren sich konkret anhand der Bedürfnisse bei sich vor Ort - z.T. schwerpunktmäßig im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in den weiteren Lebenswelten. Dies sollte den Kassen auch weiterhin möglich sein.

Die Verausgabung der Mittel soll zielgerichtet, bedarfsbezogen und qualitätsgesichert erfolgen. Dafür bedarf es jedoch zunächst des Ausbaus geeigneter Strukturen

auch durch weitere beteiligte Akteure. Den Kassen sollte daher die Gelegenheit gegeben werden, dass die Mindestausgaben entsprechend des Ausbaus anwachsen können und erst 2017 die vorgesehene Mindesthöhe erreichen müssen.

cc) Eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mittel an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – wie es der Referentenentwurf in § 20 b Abs. 4 für die Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorsieht - wird abgelehnt. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie. Zudem fehlt dem GKV-Spitzenverband im Rahmen der Prävention das Wissen über regionale Strukturen und Projekte, so dass eine Mittelverteilung durch ihn und zudem durch einen von ihm festzulegenden Schlüssel nicht zielführend ist.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

Nr. 5

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind 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 fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.

a) Gewünschte Änderung

In Satz 2 wird das Wort „Strukturen“ durch das Wort „Verhältnisse“ ersetzt.

b) Begründung

Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in Satz 2 regelt, dass auch andere Verantwortliche ihre Aufgaben wahrnehmen und insbesondere finanzieren müssen. Zur Unterstützung und Klarstellung dieser Aussage schlagen die Betriebskrankenkassen vor, das Wort „Verhältnisse“ zu verwenden. Dieses macht deutlich, dass eine Förderung gemäß des Handlungsleitfadens Prävention gemeint ist und nicht von z.B. kommunalen Aufgaben wie Sporthallen oder Schwimmbäder.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.

(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur 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. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt bei der Ausführung des Auftrags die in den

Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und orientiert sich bei der Verwendung der Mittel insbesondere an der Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten im jeweiligen Land. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 1, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen und wie folgt neu gefasst:

(3) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung können die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 die Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur 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 vereinbaren.

(4) Das Nähere der Vereinbarungen nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten und deren Aufteilung regeln die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in gegenseitigen Verträgen.

b) Begründung

Die BZgA soll als eine verpflichtende „Unterstützungsorganisation“ mit einer zwangsweisen pauschalen Vergütung aus Beitragsgeldern an den Präventionsmaßnahmen beteiligt werden. Dies führt zur Finanzierung einer staatlichen Institution durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist ordnungspolitisch nicht vertretbar und wird daher strikt abgelehnt. Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Danach dürfen die Beitragsmittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Finanzierung von Maßnahmen und Institutionen, die über die unmittelbar durch die Krankenkassen finanzierten Ausgaben hinausgehen, hat daher zwingend aus Steuermitteln zu erfolgen.

Sofern der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit ermöglichen sollte, wäre ferner zu prüfen, 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.

Zudem wäre die BZgA auch denkbar ungeeignet, entsprechende Maßnahmen direkt vor Ort durchzuführen. So verfügt sie über keinerlei Strukturen, die regional oder vor Ort unterstützen können. Für solche Aufgaben bedient sich die BZgA immer regionalen Dienstleistern vor Ort.

Demgegenüber kann es durchaus sinnvoll sein, dass sich die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Unterstützung Dritter bedienen können. Die Betriebskrankenkassen schlagen deshalb vor, dass die Krankenkassen bzw. die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f für einzelne Maßnahmen freiwillig Verträge mit der BZgA oder direkt mit einem durch diese sonst beauftragten Dienstleister über eine diesbezügliche Zusammenarbeit schließen können. Dies würde sicherstellen, dass die finanziellen Mittel bedarfsgerecht in den jeweiligen Lebenswelten ankommen. Die vorgeschlagene Lösung ist wesentlich bürokratieärmer, da die Beteiligten direkt miteinander die Verträge passgenau abschließen

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. November 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)

können und es damit weder der Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes noch der Umverteilung von finanziellen Mitteln bedarf.

Darüber hinaus weist der DKK Dachverband darauf hin, dass auch der GKV-Spitzenverband nicht die geeignete Institution ist, über die Verwendung von Beitragsgeldern Regelungen zu treffen. Dies ist eine originäre Aufgabe der einzelnen Kassen und ihrer Verbände und muss bei diesen verbleiben.

Nr.6

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Der bisherige § 20a wird § 20b und wie folgt wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Betrieb" die Wörter "sowie der Betriebsärzte" eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 20 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.“

b) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

a) Gewünschte Änderung

aa) Die Sätze 1 bis 3 werden gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Krankenkassen bieten Unternehmen Beratung und Unterstützung zu Leistungen nach Absatz 1 an. Zu diesem Zweck nutzen die Krankenkassen geeignete Strukturen und beziehen dabei örtliche Unternehmensorganisationen ein.“

bb) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

cc) Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

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

b) Begründung

Ein einheitliches Informations- und Beratungsangebot für Unternehmen wird begrüßt. Allerdings soll die Ausgestaltung als originäre Aufgabe der Krankenkassen gesetzlich nicht definiert werden, da hierfür unterschiedliche Beratungswege und -konzepte in Frage kommen. Als geeignete Strukturen kommen insbesondere internetbasierte Informationsportale oder vergleichbare Strukturen infrage.

Die Änderung im neuen Satz 4 dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 4 wird gestrichen.

b) Begründung

Siehe Änderung und Begründung zu § 20 Absatz 6.

Nr. 8

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln 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.

a) Gewünschte Änderung

Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Bund, Länder und die Krankenkassen entwickeln auf der Grundlage der Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 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 eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

b) Begründung

Die Einrichtung einer nationalen Präventionsstrategie wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Die institutionelle Verankerung der Prävention und die Einbindung aller Akteure ist ein weiterer wichtiger Schritt, um den gesellschaftlichen Herausforderungen in unserem Land zu begegnen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist für die Wirksamkeit der Nationalen Präventionsstrategie jedoch eine gleichrangige Beteiligung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern erforderlich. Bund und Länder sind deshalb in die Strategie mit einzubinden.

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

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

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zuständigen Träger und Stellen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31.12.2015. Die Rahmenempfehlungen werden 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 Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) alle vier Jahre, erstmals zum.... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]. Die Nationale Präventionskonferenz leitet den Präventionsbericht dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 2 bis 4 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Leistungsträger nach Satz 4, erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte.

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 2 Nr. 1 Satz 1 wird hinter dem Wort „bundeseinheitlicher“ das Wort „trägerübergreifender“ eingefügt.

b) Begründung

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 Präventions-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. November 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

konferenz – unter Beteiligung des Präventionsforums - zu beraten und weiterzuentwickeln sind. Zur Klarstellung wird angeregt, unmittelbar im Gesetzestext deutlich zu machen, dass es sich um trägerübergreifende Rahmenempfehlungen handelt.

§ 20e Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils zwei Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Umsetzung“ durch das Wort „Begleitung“ ersetzt.

bb) In Absatz 1 Satz 6 werden hinter den Wörtern „die Kommunalen Spitzenverbände“ die Wörter „, die Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

b) Begründung

aa) Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz kann und soll nicht die Umsetzung der Strategie sein (vgl. § 20f). Hierfür fehlen der Nationalen Präventionskonferenz einerseits die Strukturen. Andererseits würde in die Selbstverwaltungsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen und der weiteren Mitglieder der Konferenz eingegriffen werden. Deshalb sollte klargestellt werden, dass die Präventionskonferenz die Aufgabe hat, die Präventionsstrategie zu begleiten.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. November 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

bb) Arbeitslose als eine besondere Gruppe sozial Benachteiligter sollten verstärkt von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung profitieren. Auch wenn die Bundesagentur für Arbeit keinen expliziten gesundheitlichen Präventionsauftrag besitzt, ist sie ein wichtiger Partner im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie und sollte mit beratender Stimme in dieser mitwirken.

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, schließen zur Durchführung der Aufgaben nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c und zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen zur Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene.

(2) Die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 insbesondere über

- 1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse,*
- 2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,*
- 3. die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen,*
- 4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,*
- 5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe,*
- 6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.*

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 2 werden jeweils die Wörter „Rahmenvereinbarungen“ durch „Landesrahmenvereinbarungen“ ersetzt.

bb) In Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

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

cc) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden Sätze 3 bis 5.

dd) Der neue Satz 5 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.“

b) Begründung

aa) Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte in Absatz 2 wie in der Überschrift auch von „Landesrahmenvereinbarungen“ gesprochen werden.

bb) Die zu treffenden Festlegungen müssen zwingend Aussagen über die Art und Weise der Finanzierung der jeweiligen Maßnahmen und die Höhe des finanziellen Beitrags der Beteiligten enthalten. Damit wird sichergestellt, dass sich keiner der Beteiligten seiner jeweiligen finanziellen Verantwortung entziehen kann. Andernfalls würden von allen Beteiligten Maßnahmen bestimmt, die aber alleine die GKV umzusetzen hat. Insofern müssten die „Zahler“ auch ggf. ein Vetorecht erhalten, wenn es bei den bisherigen Überlegungen bliebe.

cc) Folgeänderung

dd) Die Änderung dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

§ 20g Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1 Satz 1, Modellvorhaben durchführen. Diese sind dazu bestimmt, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

a) Gewünschte Änderung

Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

b) Begründung

Die Modellvorhaben dienen dazu, spezifische Erkenntnisse für die Fort- und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und der bundesweiten Rahmenempfehlungen zu gewinnen. Die finanziellen Beiträge der GKV müssen auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 2 angerechnet werden.

Nr. 10

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

§ 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Wörtern "nicht aus" die Wörter "oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

b) Begründung

Mit der geltenden gesetzlichen Regelung können Krankenkassen für ihre Versicherten ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen, wenn die Leistungen der kurativen Versorgung nicht ausreichen bzw. ohne Erfolg durchgeführt worden sind. Diese Regelung hat ihre Berechtigung, denn Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und vor allem auch notwendig sein.

Die geplante Änderung widerspräche diesem Grundsatz, denn berufliche oder familiäre Umstände dürfen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu anspruchsbegründenden Faktoren für eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit mehrdimensionalem komplexen Ansatz werden. Diese Vorsorgemaßnahmen gehen in ihrer Komplexität weit über die ambulante Versorgung am Wohnort hinaus und bedürfen daher der vorherigen Prüfung, ob der Versicherte bzw. die Versicherte vorsorgebedürftig und vorsorgefähig mit realistischen Vorsorgezielen und positiver Vorsorgeprognose ist.

Darüber hinaus ließe die Neuregelung die bereits jetzt gelebte Praxis im Bereich der ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten außer Acht, denn auch heute schon werden diese Leistungen für Versicherte erbracht, bei denen eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Für eine Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit der Versicherten wird seit vielen Jahren das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit herangezogen. Hierbei sind die sich auf die Gesundheit auswirkenden umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren entscheidungsrelevant.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass bereits heute individuelle Problemkonstellationen bei der Entscheidung über eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten ausreichend berücksichtigt werden. Die geplante Neuregelung ist daher zu streichen.

Nr. 12

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

§ 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur Verhaltensprävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen.“

a) Gewünschte Änderung

aa) In § 25 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter *„zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“* gestrichen.

bb) § 25 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

cc) Es werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

b) Begründung

aa) Begrüßt wird, dass der G-BA zukünftig Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Gesundheitsuntersuchungen sowie die für Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens

anzupassen hat und dabei zugleich alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. Eine systematische Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen zur Beseitigung und/oder Verminderung des Auftretens von Erkrankungen mittels darauf basierender primärpräventiver Maßnahmen ist jedoch nicht zielführend. Starker chronischer psychosozialer Stress, der als Beispiel in der Gesetzesbegründung genannt wird, kann ein Risikofaktor für eine später auftretende Erkrankung sein, ist aber nur zu einem gewissen, nicht belegbaren Anteil einem individuellen Verhalten zurechenbar. Eine Beseitigung oder Verminderung durch ausschließlich verhaltenspräventive Maßnahmen ist daher ohne eine Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht realistisch.

Bereits jetzt gehören die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes des Patienten, die kritische Bewertung der Lebensführung des Patienten in gesundheitlicher Hinsicht, auch unter Berücksichtigung der Selbstmedikation, die Anraturung und Einleitung von präventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, einschließlich individueller Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum hausärztlichen Versorgungsauftrag.

Eine Erweiterung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung um eine systematische Erfassung und Bewertung des individuellen Risikoprofils ist darum nicht erforderlich und wird abgelehnt.

bb) Bereits heute sind präventionsorientierte Beratungen und entsprechende Empfehlungen ein fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung führt dieses konsequent fort und wird daher begrüßt. Da sie für die Ärzte keinen zusätzlichen Aufwand bedeutet ist und sich das bisherige Vorgehen nicht ändert, ist jedoch darauf zu achten, dass diese, wie im Referentenentwurf ausgeführt, kostenneutral eingeführt wird.

Zudem sollte die Präventionsempfehlung nur auf Leistungen gemäß § 20 Absatz 5 hinweisen, da diese gemäß § 20 Absatz 2 qualitätsgesichert sind. Andere Leistungen, auf die die Präventionsempfehlung verweisen sollte, müssten entsprechend qualitätsgesichert sein.

cc) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bis-

her keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bisher eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorientierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

- 1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,*
- 2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,*
- 3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln."*

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „*oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können.*“ gestrichen.

bb) Folgende Nr. 4 wird angefügt:

„4. der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

b) Begründung

aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den gewünschten Änderungen in Absatz 1.

bb) 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,

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. November 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)

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.

Nr. 13

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

§ 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben 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 beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „körperliche“ die Wörter „geistige oder psycho-soziale“ gestrichen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „beinhalten“ die Wörter „auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und“ gestrichen und werden nach dem Wort „Beratung“ die Wörter „einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten“ gestrichen.

cc) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können.“ gestrichen.

dd) In Absatz 1 werden nach Satz 4 die folgenden Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

ee) Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden Sätze 7 und 8.

b) Begründung

aa) Lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen sind auch im Kindesalter auf dem Vormarsch. Diese verweisen in besonderer Weise auf soziostrukturelle Ursachen und eignen sich nur bedingt für ärztliche Maßnahmen. Die hierauf basierenden ärztlichen Feststellungen mit dem gutgemeinten Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz leisten daher eher einer frühen zusätzlichen Stigmatisierung Vorschub, als dass diese zu einer Befähigung vulnerabler Gruppen beitragen.

bb) Zur Begründung wird auf die Begründung zu Nr. 12 verwiesen. Sinnvoll ist die Information zu regionalen Unterstützungsangeboten, die im Rahmen einer präventionsorientierten Beratung angeboten werden soll. Allerdings kann daraus ein Kostenaufwand für die Ärzte/Krankenkassen entstehen. Eines generellen Screenings bedarf es hierfür nicht.

cc) Für Kinder unter sechs Jahren werden aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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 der individuellen Verhaltensprävention, die sich unmittelbar an Eltern oder Sorgeberechtigte richtet, ist im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung kritisch zu bewerten, sofern sie nicht die Einbeziehung der Eltern oder Sorgeberechtigten in Maßnahmen, die auf das Kind gerichtet sind, zum Ziel haben. Ansonsten besteht das Risiko, dass Eltern und Sorgeberechtigten ungeeignete Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention empfoh-

len 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.

dd) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bisher keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bisher eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorientierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

ee) Folgeänderung.

Nr. 14

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf eine Geldleistung als Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist. Der Bonus für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird daher abgelehnt. Die Entscheidung, ob die Kassen ein Bonus-system anbieten, sollte den Kassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, die durch die Festlegung auf Einsparungen und Effizienzsteigerung bereits eine hohe Zielorientierung aufweist.

Die Gewährung des Bonus an der Zielerreichung der Maßnahme auszurichten, ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand für die Kassen verbunden. Vor dem Hintergrund, dass die Kassen ohnehin nur qualitätsgesicherte Maßnahmen anbieten dürfen und die Effizienz der Maßnahmen nach § 65a Absatz 3 nachzuweisen ist, bedarf es der Regelung in Satz 2 nicht. Außerdem würden hier massive Datenschutzprobleme auftreten, da die Kassen sozialbezogene Daten erheben müssten, rechtssichere Instrumente dafür aber nicht vorliegen.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten eine Geldleistung als Bonus erhalten. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung. Da die Versicherten von Krankenkassen in der Regel in einer großen Vielzahl von Unternehmen tätig sind, würde diese Regelung zu einem Missverhältnis zwischen Aufwand und Nutzen führen.

Für die Streichung des Satzes 2 gilt dieselbe Begründung wie zu Absatz 1.

Artikel 5 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

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

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach Absatz 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistun-

gen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

a) Gewünschte Änderung

aa) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Überschreiten die jährlichen Ausgaben einer Pflegekasse den Wert nach Absatz 2, verwendet die Pflegekasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen der jeweiligen Kassenart und ihren Verbänden zur Verfügung.“

bb) Satz 4 wird gestrichen.

b) Begründung

Eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mitteln an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird abgelehnt. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

Nr. 5

§ 113 Expertenstandards zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

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

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Worte *„und zur medizinischen Rehabilitation“*

b) Begründung

In der Begründung wird richtigerweise festgestellt, dass bereits die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege präventive (prophylaktische) Maßnahmen beinhalten. Deshalb kann der Ergänzung dieser Vorschrift um Leistungen zur Prävention zugestimmt werden.

Die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung dienen der Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Damit tragen die Expertenstandards für ihren jeweiligen Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen die Krankenkassen auf Antrag immer dann, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die Ziele des § 11 Abs. 2 SGB V zu erreichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können auch in stationären Pflegeeinrichtungen, z.B. in Form der mobilen geriatrischen Rehabilitation, erbracht werden. Mobile geriatrische Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen u.a. dadurch aus, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld behandelt. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke der mobilen geriatrischen Rehabilitation und ist daher als besonderes Element zu werten. Unklar ist aber, in welcher Art und Weise Expertenstandards, welche explizit der Sicherstellung der Qualität in der Pflege dienen, das Ziel, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, berücksichtigen sollen. Die Formulierung ist unkonkret und wirkt an dieser Stelle deplatziert, deshalb sind die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu streichen, zumal aus der Begründung des Referentenentwurfs nicht hervorgeht, wie und in welchem Umfang und auf welcher rechtlichen Grundlage die Berücksichtigung erfolgen soll.“

III. Weiterer Änderungsbedarf

Insbesondere für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU), die 60 Prozent der Erwerbstätigen beschäftigen, müssen die Anreize verbessert bzw. transparenter werden, damit für sie die Attraktivität von BGF-Maßnahmen steigt. So sind beispielsweise die derzeitigen Verfahren zur steuerlichen Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen zu bürokratisch und aufwändig und verhindern oft ein stärkeres Engagement der Arbeitgeber. Erfahrungen zeigen z.B., dass Finanzämter oft auch aus Unkenntnis die Absetzbarkeit verschieden bewerten. Daher bedarf es einer umfassenden Aufklärung. Auch die Inanspruchnahme des geldwerten Vorteils von 500 Euro pro Mitarbeiter sollte leichter zugänglich sein. Das derzeitige Verfahren ist zu kleinteilig und bürokratisch und birgt zu große Hürden, als dass es für klein- und mittelständische Unternehmen einen Anreiz für ein stärkeres Engagement bieten könnte. Jedes Unternehmen sollte eine bestimmte Summe für betriebliches Gesundheitsmanagement steuerlich als Betriebsausgabe geltend machen können.