



Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Ihre E-Mail vom 31. Oktober 2014

sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zu dem von Ihnen mit Schreiben vom 11. Oktober 2014 übersandten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG -Arbeitstitel) Stellung zu nehmen.

Aus unserer Sicht ist Folgendes anzumerken:

Zu Art. 1 Nr. 4 § 20 SGB V

Zu Abs. 2 fehlt eine Übergangsregelung zur Weitergeltung des bisherigen Handlungsleitfadens bis zur Neuregelung.

Mit der in Absatz 5 geregelten verbindlichen Zertifizierung wird die Qualitätssicherung gestärkt. Dies begrüßen wir ebenso wie den Umstand, dass dadurch die bereits bisher erfolgten Zertifizierungsmaßnahmen wie auch die Einführung einer Zertifizierungsstelle zumindest ab 01.01.2016 auf eine gesicherte rechtliche Grundlage gestellt wird.

Zu Artikel 1 Nr. 5 § 20a SGB V:

Absatz 1

Absatz 1 definiert die Lebenswelten und bestimmt deren Förderung auf der Grundlage der Rahmenvereinbarungen der Landesverbände im Rahmen des § 20f Abs. 1 SGB V –E. Darüber hinaus werden die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und anderer Verantwortlichen verpflichtet die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben. Unklar bleibt, wie die Beteiligung der Versicherten und anderer Verantwortlichen erfolgen soll und welche gesundheitlichen Daten erhoben werden können. Insofern halten wir die Regelung für zu unbestimmt.

Absatz 2

Absatz 2 eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zu erbringen, wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen sich angemessen beteiligen. Unklar bleibt, wie die eingemessene Eigenleistung auszusehen hat. Muss sie finanzieller Natur sein? Kann sie auch auf andere Weise erfolgen? In welcher prozentualen Verhältnis muss sie zur Leistungen der Krankenkasse stehen? Hier wäre eine nähere Festlegung wünschenswert.

Absatz 3

Unklar ist auch, ob der Betrag der vom GKV-Spitzenverband gezahlt wird auf den Betrag nach § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V-E angerechnet wird oder zusätzlich hinzukommt. In der Begründung zu § 20a Abs. 3 wird ausgeführt, Krankenkassen, die keine eigenen Leistungen zur Prävention in Lebenswelten initiieren wollen oder können, hätten die Möglichkeit de nach § 20 Abs. 6 Satz 2 erforderlichen Mindestbetrag für Leistungen in Lebenswelten bis zur vollen Höhe für die Aufgabenwahrnehmung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. Dies erscheint zwar sinnvoll, eine Rechtsgrundlage dafür ist aber nicht ersichtlich. § 20a Abs. 3 lässt sich dies jedenfalls nicht entnehmen.

Absatz 4 SGB V:

Gemäß Absatz 4 haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Spitzenverband Bund eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit nach Abs. 3 bis zum 15. Oktober 2015 zu schließen (Satz 1). Darüber hinaus wird geregelt, wie im Falle einer nicht rechtzeitigen Vereinbarung zu verfahren ist(Satz 2). Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Leistungserbringung bereits nach dem Stand der Verhandlungen zu ermöglichen, wird kritisch gesehen, da dieser wegen seiner Unverbindlichkeit noch

erheblichen Veränderungen unterliegen kann, die dann auch Auswirkungen auf zwischenzeitlich begonnene Aktionen haben könnte.

Zu Artikel 1 Nr. 6 § 20b Absatz 3 SGB V:

Dass die Gründung und die Beitritte zu den Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 Satz 5 nicht angezeigt werden müssen ist nicht sachdienlich. Die mangelnde Kenntnis der Arbeitsgemeinschaften behindert die verpflichtende Wahrnehmung des gesetzlich bestehenden Aufsichtsrechtes und der Aufsichtspflicht durch die Aufsichtsbehörden (§ 94 Abs. 2 SGB X).

Wir empfehlen daher Satz 5 ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 6 § 20b Absatz 4 Satz 2 SGB V:

Dass die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung in Fällen, in denen sie den gesetzlich dafür vorgesehenen Betrag nicht ausschöpfen den Differenzbetrag an den GKV-Spitzenverband leisten sollen, der diesen dann nach einem festzulegenden Schlüssel an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verteilt, wird gleichfalls kritisch gesehen. Die Regelung stellt die Einschätzungsprärogative der Selbstverwaltung in Frage, da diese gezwungen wird Beitragseinnahmen vergleichbar einer Strafzahlung an den Spitzenverband zu leisten, obwohl die Kasse ggf. selbst umfangreiche Angebote vorhält, diese jedoch nicht im erwarteten Umfang durch die Unternehmen/Versicherten abgerufen werden. Dies kann zu Fehlanreizen bei der Erstellung eigener Angebote der Krankenkassen führen, um eine derartige "Strafzahlung" zu vermeiden.

Die weitere Verwendung der Mittel durch die Landesverbände/Ersatzkassen ist nicht geregelt. Ihre Verwendung für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist damit nicht sichergestellt.

Um die Mittel hierfür zu erhalten erscheint es sinnvoll zu regeln, dass die Krankenkassen die nicht verausgabten Beträge in das folgende Jahr übertragen können und ihnen eine Frist zu setzen (etwa bis zum 30. Juni des Folgejahres) bis zu der sie die Gelder zweckgebunden zu verausgaben haben und dies (z.B. ggü der Aufsichtsbehörde) nachzuweisen.

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 20d Absatz 2 SGB V: Hier ist unklar, ob und inwieweit die nach Absatz 2 Nr. 1 vereinbarten Rahmenempfehlungen auch bei Leistungen nach § 20 zu berücksichtigen sind und damit das Verhältnis zu den vom GKV-Spitzenverband festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien.

Nach dem Wortlaut des § 20d Abs. 2 Nr.1 betrifft die Rahmenempfehlung u.a. die Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, womit auch die primäre Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne von § 20 erfasst wäre. Eine ausdrückliche Bezugnahme auf die Regelung erfolgt jedoch nicht. Vielmehr wird die Rahmenempfehlung ausdrücklich nur im Zusammenhang mit der Landesrahmenvereinbarung nach § 20f und bei den Modellvorhaben nach § 20g in Bezug genommen. Im Hinblick darauf, dass die nationale Präventionsstrategie jedoch eine umfassende Zielrichtung verfolgt, erschließt sich eine Beschränkung nach ihrem Sinn und Zweck daher nicht. Eine Klarstellung zum Anwendungsbereich wäre daher wünschenswert.

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 20e Absatz 1 SGB V:

Absatz 1 regelt die Aufgaben und Mitglieder sowie die Sitzverteilung der Nationalen Präventionskonferenz. Die Nationale Präventionskonferenz ist gemäß Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger und hat sich nach Satz 8 einstimmig eine Geschäftsordnung zu geben. Nach Satz 9 obliegt die Geschäftsführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die hier getroffenen Regelungen sind widersprüchlich. Die Nationale Präventionskonferenz soll eine Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Abs. 1 Satz 1 (Krankenkassen, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung und Pflegekassen) sein. Da Satz 1 nicht abschließend bestimmt, dass ausschließlich die dort genannten Leistungsträger Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft sind, gehören auch die private Krankenversicherung und die private Pflegeversicherung, bei entsprechender finanzieller Beteiligung, dieser Arbeitsgemeinschaft an. Darüber hinaus sind auch die Kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertreten. Da die Regelungen ab Satz 2 die Beteiligung von außerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung stehenden Organisationen als Bestandteil der Arbeitsgemeinschaft normieren, handelt es sich damit nicht mehr um eine Arbeitsgemeinschaft i.S. von § 94 SGB X, sondern um eine Arbeitsgemeinschaft eigener Art. Sollen die Absätze 2 bis 4 von § 94 SGB X anwendbar sein, ist dies zu regeln.

Aus der Begründung ergibt sich zudem, dass die Nationale Präventionskonferenz sich bei der Aufgabenwahrnehmung von Dritten unterstützen lassen kann, explizit wird hier der "Kooperationsverbund gesundheitsziele.de" benannt. Hierbei handelt es sich um eine Internetplattform der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), welche u.a. durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Kassenzahnärztliche

Bundesvereinigung, den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und den Verband der Ersatzkassen gefördert wird. Die in der Begründung genannte Unterstützung ist nicht Gegenstand der Vorschrift. Zudem wird der genannte "Kooperationsverbund" durch Vorstände vertreten, die zeitgleich leitende Funktionen in den gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Abs. 1 inne haben (Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV; Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek). Hier liegt ein Interessenskonflikt vor, wenn die leitenden Mitarbeiter der Leistungsträger gleichzeitig die "Berater" der auftraggebenden Stelle sind.

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 20e Absatz 2 SGB V:

Welchen Inhalt oder Ziele die Beratung durch das Präventionsforum haben soll, ist nicht ersichtlich, es mangelt daher an einer inhaltlichen Bestimmtheit dieser Regelung

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 20f Absatz 2 Satz 4 SGB V:

Dass die Gründung und die Beitritte zu den Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 Satz 4 nicht angezeigt werden müssen ist nicht sachdienlich. Die mangelnde Kenntnis der Arbeitsgemeinschaften behindert die verpflichtende Wahrnehmung des gesetzlich bestehenden Aufsichtsrechtes und der Aufsichtspflicht durch die Aufsichtsbehörden (§ 94 Abs. 2 SGB X).

Wir empfehlen daher Satz 4 ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 8 § 20g Absatz 2 SGB V:

Die Einschränkung "im Regelfall" für die Befristung sollte gestrichen werden und stattdessen eine begrenzte Fortführung eingeräumt werden, falls die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nicht abgeschlossen werden konnten, da ansonsten die Gefahr der Fortführung unzweckmäßiger oder erfolgloser Modellvorhaben aus Marketinggründen besteht.

Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass die Anforderungen, die nach den §§ 63 bis 64b SGB V eine qualitativ hochwertige und gesicherte Versorgung der Versicherten sicherstellen, in den Satzungen zu dokumentieren sind. Da auch die Modellvorhaben nach § 20g SGB V dem Prüfrecht der Aufsichtsbehörden unterliegen sollte in Erwägung gezogen werden, eine Dokumentations- und Bekanntgabepflicht in das Gesetz aufzunehmen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 § 23 Absatz 2 SGB V:

In Satz 1 werden nach den Wörtern "nicht aus" die Wörter "oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" eingefügt. Die Regelung lässt den Kassen einen weiten Gestaltungsspielraum, da nicht näher definiert wird, wie die Umstände ausgestaltet sein müssen. Zudem ergeben sich daraus in der praktischen Umsetzung mangels objektivierbarer beurteilungs- und Prüfmaßstäbe ggf Probleme. Um dies zu entschärfen und im Sinne einer möglichst einheitlichen Verfahrensweise der Kassen wäre es aus unserer Sicht zu begrüßen, einheitliche Kriterien zu schaffen, ggf. eine Definition durch den G-BA im Rahmen der Richtlinienanpassungen.

Im Übrigen stellt die Berücksichtigung von besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen eine Abkehr vom Prinzip der medizinischen Notwendigkeit der Leistung dar. Daraus könnten sich weitere Probleme ergeben, etwa im Hinblick darauf, dass nach § 275 Abs.2 Nr.1 SGB V der MDK die Notwendigkeit der Leistungen nach § 23 zu prüfen hat. Insoweit stellt sich die Frage, ob er künftig auch die nicht medizinischen Merkmale zu überprüfen hat.

Zu Artikel 1 Nr. 14 § 65a SGB V:

Die vorgesehene Soll-Regelung zu Boni wird ebenso begrüßt wie die engere Ausrichtung der Bonusregelungen an zertifizierten Präventionsmaßnahmen. Eine Beschränkung der Bonusgewährung auf reine Geldbeträge ist u.E. kritisch zu sehen. So soll nach der Begründung eine Auskehrung von Sachprämien ohne Gesundheitsbezug verhindert werden, allerdings fließen Geldboni (auch ohne Gesundheitsbezug) zur freien Verfügung an die Versicherten und damit aus dem System. Es sollte den Kassen grundsätzlich weiter gestattet werden sowohl Sach- als auch Geldprämien auszuschütten, zumal einige Kassen die Bonuszahlungen bspw. mit Zweckbindungen versehen und diese Beträge in Gesundheitsmaßnahmen reinvestiert werden.

Der Bonus für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet sein. Probleme können sich hier in der praktischen Umsetzung ergeben. Es sollte daher eine Klarstellung (für die Kassen und das BVA) dahingehend erfolgen, welche Ziele (wer) festgelegt hat und wie diese messbar und dokumentierbar sind. Entsprechendes gilt für die Boni für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auch im Bereich der Bonusregelungen stellt sich die Frage, ob nicht eine Übergangsregelung geboten ist. Aufgrund der beschränkteren Bonifizierbarkeit von Maßnahmen ist von nicht unerheblichem Änderungsbedarf der Kassensatzungen auszugehen. Fraglich ist, vor allem

aus Sicht der Teilnehmer an den Bonusprogrammen, wie zu verfahren ist, wenn die erhöhten Anforderungen gesetzlich bereits wirksam sind, aber die Kassensatzungen noch Regelungen nach altem Recht beinhalten. Dies gilt insbesondere für Fälle, bei denen ggf. ein Teil der Bonusregelung noch/bereits den strengeren Anforderungen genügt, daneben aber auch noch andere Maßnahmen enthält.

Zu den Bonusprogrammen wird zusätzlich auf Folgendes hingewiesen:

Die gesetzlich vorgeschriebene Rechenschaftslegung der Bonusprogramme nach § 65a Abs. 3 SGB V, der unverändert bestehen bleiben soll, hat sich in der unbestimmten Form bislang nicht bewährt.

Nach § 65a Abs. 3 SGB V müssen die Aufwendungen für Maßnahmen des versichertenindividuellen Bonusprogramms mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.

Ihrer Rechenschaftspflicht kommen die Krankenkassen in Form von Evaluationsberichten nach. Das Evaluationsdesign beruht auf zwischen dem Bundesversicherungsamt und Vertretern von Krankenkassen entwickelten Kriterien, das seinen Niederschlag in einem Rundschreiben des BVA vom 19.05.2005 gefunden hat. Im Wesentlichen wird ein durch das Bonusprogramm entstandener Nutzen in Form ersparter Leistungsausgaben bei den Bonusteilnehmern den Kosten des Bonusprogramms gegenüber gestellt. Die meisten Kassen sehen sich gezwungen, zu diesem Zweck ein -kostenintensives- Evaluationsinstitut zu beauftragen.

Der Nutzen des Bonusprogramms wird je nach Rechenmodell und Evaluationsinstitut zum Teil unter Ausschluss von Hochleistungsfällen unterschiedlich ermittelt. Ob in der Folge ein objektiver Nutzen für die Bonusteilnehmer feststellbar ist, kann dahin gestellt bleiben.

Kosten und Nutzen des Bonusprogramms werden darüber hinaus für die Vergangenheit abgebildet. Die Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a SGB V haben bislang nicht flächendeckend Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten im Kontrollgruppenvergleich ergeben. Oftmals können sich Bonussysteme nicht durch Einsparungen selbst getragen. Es besteht daher die Notwendigkeit für Änderungen.

Eine Prognose über die „Wirtschaftlichkeit“ des Bonusprogramms für die Zukunft obliegt den Krankenkassen, die in insoweit eine Einschätzungsprärogative haben.

Es wird in Anbetracht des hohen tatsächlichen wie auch finanziellen Aufwands bei der Ermittlung der Einsparungen aus dem Bonusprogramm die Einführung eines Maximalwertes für Ausgaben nach § 65a SGB V vorgeschlagen. Ein Maximalwert garantiert, dass ein bestimmtes Finanzvolumen für die Aufgabe zuverlässig zur Verfügung steht.

Zu Artikel 1 Nr. 16 § 132e SGB V

Durch die Ergänzung des § 132e soll es künftig den Krankenkassen ermöglicht werden, mit Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen schließen zu können. Dies wird grundsätzlich begrüßt. Soweit es sich bei den Betriebsärzten allerdings um Angestellte der Unternehmen handelt, bestehen Bedenken, ob und inwieweit diese berechtigt sein können, entsprechende Vereinbarungen abzuschließen.

Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 5 SGB XI-E)

Überschrift und Struktur

Die neue Überschrift „Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ ist irreführend, gerade, mit der Zeichensetzung „Komma“. Sie könnte so verstanden werden, als ob sie sich nur auf die Prävention in Pflegeeinrichtungen bezieht. Es wird daher vorgeschlagen die Überschrift in „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation in häuslicher und stationärer Pflege“ zu ändern oder die bisherige Überschrift beizubehalten. Dies auch deshalb, um den in § 3 SGB XI verankerten Grundsatz der häuslichen Pflege nicht teilweise „auszuhebeln“.

Dementsprechend sollte auch der Aufbau des § 5 SGB XI so gestaltet werden, dass zunächst weiterhin der für alle Pflegearten geltende Grundsatz des Vorrangs der Prävention und Rehabilitation weiterhin als Absatz 1 (wobei die Worte „unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1“ entfallen) und nicht als Absatz 4 formuliert wird. Der jetzige § 5 Absatz 1 SGB XI-E kann dann als Absatz 2 formuliert werden (wobei Satz 1 wie folgt beginnen könnte: „Die Pflegekassen sollen *unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1* Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen...“) und die weiteren Absätze 2 und 3 werden Absätze 3 und 4.

- Zu Absatz 1 ist anzumerken, dass die Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten sehr schwer zu definieren und von der aktivierenden Pflege abzugrenzen sind. Es ist fraglich, wann und unter welchen Voraussetzungen die Pflegekassen Leistungen als entsprechende

Präventionsmaßnahmen abrechnen und verbuchen können. Außerdem müssen sie die Pflegebedürftigen in geeigneter Form beteiligen, was gerade bei stationär untergebrachten Pflegebedürftigen, deren Alltagskompetenz oft erheblich eingeschränkt ist oder die sogar unter Betreuung stehen, schwierig und zeitaufwändig sein dürfte. Da Präventionsmaßnahmen aber gerade wegen des Alters oft nur sinnvoll sind, wenn sie auch zeitnah erbracht werden, wird vorgeschlagen, auf ein entsprechendes Beteiligungserfordernis zu verzichten und zumindest in der Gesetzesbegründung Voraussetzungen und/oder Beispiele für geeignete Präventionsmaßnahmen zu definieren. Außerdem sollte ein Nachweiserfordernis für Präventionsmaßnahmen (z.B. in der Pflegedokumentation) geregelt werden.

- Anhand der Änderungen in Absatz 2 stellt sich im Übrigen die Frage, ob die auf rund 21 Millionen geschätzten jährlichen Mehrausgaben ggf. beitragsatzrelevant sind. Wenn dies der Fall sein sollte, sind diese Mehrausgaben dann bereits bei der Beitragssatzanhebung durch das 5. SGB XI-Änderungsgesetz berücksichtigt worden? Dadurch, dass die 0,30 Euro pro Versicherten/jährlich nur für die stationär untergebrachten Pflegebedürftigen Präventionsausgaben erbracht werden, werden die in häuslicher Umgebung oder in ambulanten Wohngruppen betreuten Versicherten benachteiligt. Der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege wird so durchbrochen.
Hier sollte zumindest erwogen werden, den in häuslicher Umgebung verbleibenden Pflegebedürftigen auch eine Prävention (ggf. in Form von Einzelmaßnahmen/Kursen, soweit entsprechende Ressourcen vorhanden sind) anzubieten.
- Durch die Regelung in Absatz 3 wird entgegen des allgemeinen Ziels Bürokratie abzubauen diese in Form von zusätzlichen Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen aufgebaut, auch wenn die Unterrichtung der Aufsichtsbehörden gerade aus Gründen des Bürokratieabbaus entfällt. Die letztlich abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen unterliegen somit keiner Kontrolle (auch nicht zu Fragen des Datenschutzes). Es gibt auch keine zwingende Vorschrift, wonach der GKV-Spitzenverband an einen bestimmten Verteilschlüssel gebunden ist (vielmehr ist er da völlig frei in der Gestaltung) oder überhaupt Kenntnis aller tatsächlich abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen hat. Insofern sollte geregelt werden, wem die Kooperationsvereinbarungen vorzulegen sind und die Aufsichtsbehörden

sollten zumindest auch eine entsprechende Übersicht erhalten (auch wenn die Vorabunterrichtung entfällt).

Um diese Problematiken zu vermeiden, könnte alternativ geregelt werden, dass die Pflegekassen die im Vorjahr nicht verausgabten Mittel in das Folgejahr übertragen können, sie jedoch dann auch bis zu einem feststehenden Datum zweckgebundenen (z.B. bis 30. Juni des Folgejahres) für Präventionsleistungen in den stationären Einrichtungen verwenden müssen.

- Dass die Gründung und die Beitritte zu den Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 Satz 3 nicht angezeigt werden müssen ist nicht sachdienlich. Die mangelnde Kenntnis der Arbeitsgemeinschaften behindert die verpflichtende Wahrnehmung des gesetzlich bestehenden Aufsichtsrechtes und der Aufsichtspflicht durch die Aufsichtsbehörden (§ 94 Abs. 2 SGB X). Wir empfehlen daher Satz 3 ersatzlos zu streichen.

Redaktionell ist anzumerken, dass es in § 5 Absatz 3 Satz 1 SGB XI-E nicht „Pflegkassen“, sondern „Pflegekassen“ heißen muss.

Zu Artikel 5 Nummern 2a und 3 (§ 18 SGB XI-E)

Der MDK soll danach Beratungsbedarf zur Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention feststellen und auch konkrete Maßnahmen empfehlen. Hierzu ist festzustellen, dass der Zeitrahmen für die Begutachtungen des MDK sehr begrenzt ist (nach eigenen Erkenntnissen sind 45 Minuten der Regelfall) und sich insofern die Frage der Praktikabilität stellt. Hinzu kommt, dass die Gutachterinnen und Gutachter die Leistungen der einzelnen Krankenkassen oder zertifizierter Dritter zur individuellen Verhaltensprävention in der Regel nicht kennen. Es wird daher vorgeschlagen, die Regelungen zu streichen und dadurch zu ersetzen, dass der MDK verpflichtet wird, festzustellen, ob Präventionsressourcen vorhanden sind und ,wenn ja, eine allgemeine Präventionsempfehlung in einem bestimmten Handlungsfeld abzugeben.

Allgemeine redaktionelle Anmerkungen

- In Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 3 SGB V) sollte § 20 Absatz 4 Satz 4 SGB VE das Wort „Arbeitsschutzstkonferenz“ in „Arbeitsschutzkonferenz“ geändert werden.

- In Artikel 1 Nummer 5 sollte in § 20a Absatz 4 Satz 4 SGB V-E der Plural verwendet werden, also: „§ 89 Absätze 3 bis 5 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

Erfüllungsaufwand für das BVA

Insgesamt möchten wir zu den geplanten Gesetzesänderungen darauf hinweisen, dass auf Seiten des BVA erhöhter Erfüllungsaufwand insbesondere im Bereich Prüfung und Genehmigung sowie Überwachung des Vollzugs von Satzungsänderungen entsteht. Es müssten zunächst sowohl im Bereich der Präventionsleistungen nach § 20 SGB V als auch im Bereich der Bonusregelungen nach § 65a SGB V ggf. alle Kassensatzungen auf deren Änderungsbedarf geprüft werden. In der Folge müsste der Änderungsbedarf gegenüber den Kassen – auch gegen Widerstand – durchgesetzt werden. Hinzu kommt die Prüfung und Genehmigung der notwendigen Satzungsänderungen und die Überwachung des Vollzugs.

Noch nicht näher quantifizierbar ist der anzunehmende Anstieg von Eingaben/ Petitionen und Beschwerden von Versicherten, wenn diese bspw. bisher mögliche Präventionsangebote nicht mehr wahrnehmen können, wenn bspw. die Zertifizierung fehlt. Auch bzgl. der Änderung im Bereich der Bonusprogramme ist mit Beschwerden zu rechnen, sollten insbesondere erworbene Boni wegfallen.

Weiterhin wurde der sich ergebende Prüfaufwand für die Prüfdienste im Entwurfstext "E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung" ebenfalls nicht berücksichtigt. Hiervon sind alle Prüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI betroffen, da sich der Prüfaufwand sowohl auf die Kranken- und Pflegekassen, als auch auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bezieht.

In Anbetracht des eng bemessenen Zeitraumes zur Abgabe einer Stellungnahme bitten wir abschließend um Verständnis, dass wir bei unseren Ausführungen zum Gesetzentwurf nicht alle denkbaren Faktoren berücksichtigen konnten.