



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 21.11.2014**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetz	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung	8
§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten	9
§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten	10
§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	11
Vorschlag: Einfügung eines neuen Absatzes 7 in § 20 SGB V (neu):	22
§ 20a Absatz 1 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu) 23	
§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung (= § 20a alt)	30
§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	34
§ 20d Absatz 1 – Nationale Präventionsstrategie (neu)	35
§ 20e Absatz 1 – Nationale Präventionskonferenz (neu)	38
§ 20f Absatz 1 – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (neu)	41
§ 20g Absatz 1 – Modellvorhaben (neu)	44
§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	46
§ 23 Absatz 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen	47
Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels	51
§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen	52
§ 26 – Kinderuntersuchung	55
§ 65a Absatz 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	58
§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer	60
§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen	61
§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte	62
§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen	63
Artikel 2 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	64
§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen	64
Artikel 3 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	66
§ 14 – Grundsatz	66
Artikel 4 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)	67
§ 16 Absatz 2 Nr. 1 – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie	67
§ 78c – Inhalt der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen	68
Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	69

§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	69
§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	71
§ 18a Absatz 1 Satz 1 – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung; Berichtspflichten.....	72
§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	73
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	74
Artikel 7 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	75
§ 4	75
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	76
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	76
§ 62 – Belastungsgrenze	76

I. Vorbemerkung

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

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

Prävention und Gesundheitsförderung gehen jedoch weit über das Spektrum der von der GKV finanzierten Leistungen hinaus, sie bilden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der zahlreiche Akteure – die gesetzlichen Sozialversicherungen, die Arbeitgeber, die private Kranken- und Pflegeversicherung und insbesondere die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen – beteiligt sind. Die Notwendigkeit eines zielorientierten und koordinierten Zusammenwirkens zeigt sich besonders intensiv bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Lebenswelten wie Gemeinden, Schulen, Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen und Betriebe besitzen große und vielfach noch unausgeschöpfte Potenziale für eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung im Sinne der Verhältnisprävention. Gleichzeitig können hier Personen auch mit verhaltenspräventiven Maßnahmen erreicht werden, die von sich aus Angebote mit einer „Komm-Struktur“ nicht oder nur selten nutzen würden. Von daher begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass der vorgelegte Gesetzentwurf insbesondere die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung stärken will.

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

die Versorgung durch Erprobungen neuartiger Ansätze zu verbessern. Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie unter Berücksichtigung landesspezifischer Bedarfslagen sowie zu den Modellvorhaben für die Erprobung neuer Ansätze sind im Grundsatz konzeptionell stimmig und werden unterstützt. Sie besitzen das Potenzial für eine deutliche Steigerung von Zielorientierung, Kooperation, Qualität, Transparenz und Breitenwirkung der lebensweltbezogenen – einschließlich betrieblichen – Prävention und Gesundheitsförderung. Insbesondere wird begrüßt, dass mit den vorgesehenen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen die Einheit von Steuerungs- und Finanzverantwortung gewahrt bleibt und keine Mischfinanzierung und -verwaltung stattfindet.

Vor diesem positiven Hintergrund bedauert der GKV-Spitzenverband, dass in einzelnen Paragraphen Regelungen enthalten sind, die entweder überflüssig sind, die Selbstverwaltungskompetenzen der Krankenkassen unnötig einschränken oder eine Schieflage bei der Verteilung der finanziellen Lasten erzeugen.

Derzeit besteht eine erhebliche Schieflage, da die gesetzlich Versicherten und ihre Arbeitgeber die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen auch für die privat Versicherten finanzieren. Solange die lediglich freiwillige Beteiligungsmöglichkeit der privaten Krankenversicherung an lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und damit an der Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz bestehen bleibt, wird sich an der beschriebenen Schieflage nichts ändern. Daher sollten weitergehende Möglichkeiten eruiert werden – gesetzlich oder über eine Selbstverpflichtung wie im Bereich der Organspende-, die PKV entsprechend den auch für die GKV geltenden Grundsätzen an der Gestaltung und Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten einschließlich Betrieben zu beteiligen.

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

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

Die verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Durchführung von kassenartenübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten wird strikt abgelehnt. Die Krankenkassen wirken bei ihren primärpräventiven Maßnahmen in Lebenswelten gemeinsam mit den für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Trägern und weiteren Partnern auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten sowie auf die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen der betreffenden Menschen hin. Durch die Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen und zur Finanzierung der entsprechenden Leistungen im Bereich der GKV wird die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung umfassend gestärkt. Daher bedarf es keiner konkurrierender Strukturen auf der Bundesebene, die weder den Bedarf noch die Strukturen vor Ort kennen. Die BZgA hat als nachgeordnete Bundesbehörde im Geschäftsbereich des BMG den Auftrag, die Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und die Möglichkeiten ihrer Verhütung zu informieren. Hierfür wird sie vom Bund finanziert. Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, mag dies ein sinnvolles Ziel sein. Die hierfür notwendigen Mittel sind dann aber auch vom Bund zu finanzieren. Die vorgesehene Regelung unterstützt entgegen des Gesetzeswortlautes und entgegen der Begründung nicht die Krankenkassen bei der Umsetzung von Maßnahmen, sondern entzieht sie ihnen. Sie produziert unnötige Bürokratie mit langen Unterbeauftragungsketten – vom GKV-Spitzenverband an die BZgA und von dort weiter an Unterauftragnehmer –, ist intransparent und erschwert die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes. Außerdem stellt sich die Frage, ob durch die vorgesehene Zwangsbeauftragung der BZgA nicht das Vergaberecht umgangen wird, da Aufträge für Leistungen, die die Krankenkassen nicht selbst erbringen, diese bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen grundsätzlich auszuschreiben wären. Damit ist die vorgesehene Beauftragung der BZgA weder fachlich noch ordnungspolitisch sinnvoll. Für die Stärkung eines kassenübergreifenden Vorgehens bei der lebensweltbezogenen Prävention und

Gesundheitsförderung bedarf es keiner Beauftragung der BZgA. Mit einem entsprechenden gesetzlichen Auftrag, der in dieser Stellungnahme unterbreitet wird, kann die GKV dies in Eigenverantwortung regeln.

Die präventionsbezogene Beratung von Versicherten ist bereits heute Bestandteil von ärztlichen Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen. Die im Referentenentwurf enthaltene Klarstellung ist jedoch zu begrüßen, um die Bedeutung der individuellen Verhaltensprävention zu unterstreichen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings sollte in der Präventionsempfehlung nur auf qualitätsgesicherte und zertifizierte Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V hingewiesen werden. Da der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung von Experten durchaus kritisch diskutiert wird, spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung aus. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten nur Verfahren zur Anwendung kommen, deren medizinischer und bevölkerungsbezogener Nutzen nachgewiesen ist.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr.2

§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Nach § 2 Abs. 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§ 12 Abs. 1 SGB V). Insbesondere im Rahmen dieser Leistungsgrundsätze des SGB V ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung Rechnung zu tragen. Mit der Neuregelung in § 2b SGB V ist ausweislich der Gesetzesbegründung eine Klarstellung, nicht jedoch eine Ausweitung des Leistungskataloges beabsichtigt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 12 und 13 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die begriffliche Differenzierung in Primärprävention und Gesundheitsförderung ist sachgerecht. Alle Krankenkassen sehen in ihren Satzungen primärpräventive Leistungen für ihre Versicherten vor. Die Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung als eine „verpflichtende Satzungsleistung“ entspricht damit der von den Krankenkassen seit Jahren gelebten Praxis. Indem die Leistungen so ausgestaltet werden, dass sie sowohl zur Minimierung von Krankheitsrisiken als auch zur Ressourcenstärkung beitragen, können sie ihre Effektivität steigern. Gesundheitsförderung umfasst jedoch neben der Entwicklung persönlicher Kompetenzen auch die Stärkung sozialer Gesundheitsressourcen wie z.B. eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen und die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen. Da nach Absatz 2 und 4 SGB V die o.g. Zweckbestimmungen von Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsleistungen auch für die lebensweltbezogenen und betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen gelten, fehlt die explizite Benennung der Verbesserung gesellschaftlicher und betrieblicher Rahmenbedingungen.

Der mit Primärpräventions- und Gesundheitsförderung auch zu erbringende Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist insbesondere dann zu leisten, wenn Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen verankert werden. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben.

Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte; auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum haben einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen. Diese bedeutsamen sozialen Benachteiligungen sollten beispielhaft in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden. Die Bezugnahme auf die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Leitfaden Prävention) als Grundlage der Leistungen ist im Interesse der Qualitätssicherung sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Vor „(Gesundheitsförderung)“ ist einzufügen: „und der Verbesserung gesundheitlich relevanter gesellschaftlicher und betrieblicher Rahmenbedingungen“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 2 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

gen werden Fachverbände im geplanten Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 beratend von der nationalen Präventionskonferenz einbezogen; die hier zu entwickelnde Präventionsstrategie wird in den Handlungsfeldern und Kriterien berücksichtigt.

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

Der Auftrag zur Festlegung von Anforderungen und Verfahren für eine einheitliche Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen zur Stärkung der Qualität der primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen operationalisiert die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien. Bei dieser Aufgabe kann der GKV-Spitzenverband an die bereits bestehenden Strukturen und Erfahrungen mit einer kassenübergreifenden Angebots- und Anbieterprüfung im Rahmen der Zentralen Prüfstelle Prävention anknüpfen.

Allerdings wird vorgeschlagen, statt des Begriffs „Zertifizierung“ besser den Begriff „Qualitätssicherung“ zu verwenden. Der Begriff „Zertifizierung“ unterstellt eine Standardisierung, die bei Maßnahmen insbesondere der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht immer möglich ist (s. auch die Stellungnahme zu § 20 b Abs. 1 Buchstabe bb)

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

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden die Wörter „insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen“ gestrichen.

In Satz 2 wird das Wort „Zertifizierung“ ersetzt durch „Qualitätssicherung“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Die konkrete Nennung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele und Teilziele im Gesetzestext als zu berücksichtigende Ziele für die Festlegung der Handlungsfelder ist nicht sinnvoll und wird abgelehnt. Diese Ziele und Teilziele betreffen nur teilweise die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung und gehen

weit über die in diesem Leistungsspektrum relevante Aufgabenstellung der Krankenkassen hinaus, was auch in der Gesetzesbegründung konzediert wird.

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

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 (neu) wird 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 sowie die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie. Darüber hinaus kann er weitere Zieleinitiativen von bundesweiter Bedeutung berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 4 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Satz 1 setzt die Leistungserbringung im Bereich der individuellen Verhaltensprävention zwingend eine Zertifizierung entsprechend den vom GKV-Spitzenverband nach Abs. 2 Satz 2 (neu) definierten Anforderungen voraus. Die Zertifizierung kann durch die Krankenkasse oder in ihrem Namen durch beauftragte Dritte erfolgen.

Nach Satz 2 hat die Krankenkasse bei der Entscheidung über Leistungen der individuellen Verhaltensprävention vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen“ nach den §§ 25 Abs. 1 Satz 2 und § 26 Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V oder eine betriebsärztliche Empfehlung bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen.

Satz 3 ermöglicht es Krankenkassen durch Bezug auf § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V zukünftig, im Rahmen ihrer Satzung Zuschüsse zu den „übrigen Kosten“ (Verpflegung/Unterkunft) für Versicherte im Zuge einer Inanspruchnahme wohnortferner Primärpräventionsmaßnahmen in Kurorten vorzusehen. Die Regelung zielt auf die bessere Erreichung von Versicherten mit besonderen Arbeitszeiten oder familiären Verpflichtungen durch primärpräventive Maßnahmen, die oftmals nicht an regelmäßig stattfindenden Präventionsmaßnahmen am Wohnort teilnehmen können.

B) Stellungnahme

Mit der in Satz 1 verankerten verbindlichen Zertifizierung wird die Qualitätssicherung gestärkt.

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 (neu) wird folgendermaßen geändert:

„Die Krankenkasse kann Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände der Versicherten wohnortfern erbringen.“

Nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Näheres zu den Sätzen 1 bis 3 wird in den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 geregelt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 6 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

rungsvorschlag zu § 20a Abs. 2 (neu) SGB V). Für eine bedarfsbezogene Verausgabung sämtlicher Mittel nach Absatz 6 (neu) unter Qualitäts Gesichtspunkten bedarf es des Ausbaus geeigneter Strukturen. Daher sollte Gelegenheit gegeben werden, dass die Mindestausgaben anwachsen können und die gesetzlich vorgeschriebene Höhe erst ab 2017 Gültigkeit entfaltet.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 und in Satz 2 (neu) wird jeweils „2016“ durch „2017“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

Vorschlag: Einfügung eines neuen Absatzes 7 in § 20 SGB V (neu):

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

A) Begründung:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr.5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden Lebenswelten definiert als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen haben unbeschadet der Aufgabenzuständigkeit anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Abs. 1 (neu) mit ihren Leistungen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern. Hierzu sind unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen Bedarfe zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. Aufgabe der Krankenkassen ist es auch, die Umsetzung entsprechender Ansätze zu unterstützen.

B) Stellungnahme

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

Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung, in denen Menschen leben, stellen eine Lebenswelt dar, die entsprechend dem im Gesetzestext beschriebenen prozessualen Ablauf gesundheitsförderlich weiterentwickelt werden kann; hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 5 verwiesen.

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

Einrichtungen der medizinischen Versorgung, wie z.B. Krankenhäuser oder Arztpraxen sind keine Lebenswelt, sondern vielmehr selbst Leistungserbringer im Auftrag der Leistungsträger. Sportvereine als Organisationen auch der Gesundheitsförderung sind mit ihrem Angebot darauf ausgerichtet, Menschen niedrigschwellig mit Bewegungsangeboten zu erreichen. Sie sind deshalb seit Jahren wichtige, kompetente Partner der Krankenkassen als Anbieter von individuellen Präventionsmaßnahmen und haben wie andere Systeme der Freizeitgestaltung eine

besondere Bedeutung als Zugangsweg zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Auf diese wichtigen Zugangswege sollte in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 20a Abs. 1 Satz 1 (neu) SGB V werden die Worte „der medizinischen und pflegerischen Versorgung“ ersetzt durch die Worte „der pflegerischen Langzeitversorgung“; die Worte „sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 2 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die – auch gesundheitsförderliche – Gestaltung der Rahmenbedingungen für Lebenswelten ist Aufgabe der jeweils primär Verantwortlichen, wie z. B. der Länder, Kommunen, Einrichtungsträger. Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in Lebenswelten können insofern immer nur die primär Verantwortlichen bei der Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben unterstützen. Es ist notwendig, dass diese verantwortlichen Träger Finanzierungsbeiträge zur Prävention im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise leisten, um das Potenzial der vorgesehenen Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung optimal zu nutzen. Die in § 20a Abs. 2 (neu) SGB V und an mehreren Stellen in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommende finanzielle Verantwortung weiterer verantwortlicher Akteure ist sachgerecht und wird begrüßt. Um einen tatsächlichen Mehrwert zu erzielen, sollte die Regelung dahingehend präzisiert werden, dass die Höhe der Eigenleistungen durch die Verantwortlichen für die Lebenswelt mindestens der Höhe der Krankenkassenförderung entspricht.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 (neu) wird das Wort „angemessenen“ ersetzt durch die Worte „mindestens der Höhe der Krankenkassenförderung entsprechenden“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ab dem Jahr 2016 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für GKV-Versicherte zu beauftragen. Durch diesen Auftrag soll die BZgA die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen kassenübergreifenden Leistungserbringung unterstützen. Dabei hat die BZgA die Festlegungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f (neu) SGB V zu berücksichtigen und die Verausgabung von Mitteln an der Anzahl der GKV-Versicherten im jeweiligen Land zu orientieren. Die GKV wird verpflichtet, den Auftrag der BZgA pauschal mit mindestens 50 Cent pro Versicherten zu vergüten, was einem jährlichen Betrag von 35 Mio. Euro entspricht. Die BZgA hat ihrerseits sicherzustellen, dass die Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags des GKV-Spitzenverbandes verwendet wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt eine verpflichtende Beauftragung der BZgA sowohl aus fachlichen wie ordnungspolitischen Gründen ab. Diese werden nachfolgend erläutert:

1. Die Kernkompetenz der BZgA besteht in Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung, in der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien zur praktischen Gesundheitserziehung sowie in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen. Gesundheitsförderung in Lebenswelten erfordert hingegen eine personalintensive prozessuale Begleitung der verantwortlichen Akteure vor Ort. Diese Kompetenzen liegen nicht bei der BZgA, sondern bei den Krankenkassen. Diese haben auf diesen Feldern seit vielen Jahren theoretisches und praktisches Know-how aufgebaut und arbeiten dort, wo die erforderlichen Rahmenbedingungen vorhanden bzw. durch die Landesrahmenvereinbarungen auch neu geschaffen werden, mit den verantwortlichen Partnern der Lebenswelten in der Region zusammen.

2. Die BZgA müsste bei einem Finanzvolumen von 35 Millionen Euro zur Umsetzung des Gesetzesauftrags ihrerseits Unteraufträge an weitere Kooperationspartner auf Landesebene vergeben. Dies wäre mit einem zusätzlichen (auch bürokratischen) Aufwand verbunden und dient nicht der Transparenz.

3. Die BZgA nimmt als nachgeordnete Bundesbehörde eines Ministeriums die gesundheitliche Aufklärung als staatliche Aufgabe im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse wahr und wird vornehmlich steuerfinanziert. Sollte der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit ermöglichen, stellt sich die Frage, ob hierdurch das Subventions- und Vergaberecht umgangen wird. Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht alleine erbringen kann oder darf, sind grundsätzlich bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen auszuschreiben.

Eine systemwidrige Mitfinanzierung der BZgA aus GKV-Beitragsmitteln wird auch daran deutlich, dass sie sogar ohne eine abgeschlossene Vereinbarung, also ohne konkreten Auftrag, mit dem GKV-Spitzenverband tätig werden kann.

Eine zwangsweise Beauftragung der BZgA zur Durchführung kassenübergreifender Maßnahmen ist weder fachlich noch ordnungspolitisch sinnvoll. Die Durchführung kann in Eigenverantwortung innerhalb der Selbstverwaltung erfolgen.

Das Präventionsgesetz sieht in der vorliegenden Fassung weitgehende Regelungen vor, um die in der Begründung genannten Ziele, wie die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit durch kassenübergreifende Settingansätze, zu erreichen. Für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten kommen künftig umfassende bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie Landesrahmenvereinbarungen zur Geltung, an deren Fortschreibung alle relevanten und zuständigen Partner auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen sind. Zudem wird auch durch die vorgesehene Quotierung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten der Anteil der settingbezogenen Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben deutlich gesteigert. Vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird die mit § 20 Abs. 3 (neu) SGB V intendierte einheitliche, kassenübergreifende Leistungserbringung daher umfassend ermöglicht und sollte durch die Träger der GKV selbst sichergestellt werden.

Grundsätzlich sind die Regelungen des § 20f SGB V geeignet, die Zusammenarbeit der regionalen Akteure unter Berücksichtigung landesspezifischer Besonderheiten zu organisieren. Mit der Beauftragung der BZgA als eines zentralen Akteurs würden Parallelstrukturen aufgebaut, die weder inhaltlich noch ökonomisch Sinn machen. Die BZgA kann weder auf den aktuellen regionalen Bedarf reagieren, noch hat sie Durchgriffsrechte auf die regional verantwortlichen Akteure.

Aufklärungsmaßnahmen der BZgA können und sollen die lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen sinnvoll flankieren und mit diesen verzahnt werden. Sofern die BZgA durch den GKV-Spitzenverband beauftragt wird, im Rahmen ihrer originären Zuständigkeit mit Aufklärungskampagnen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Le-

benswelten und damit die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen, sollte sie hierfür eine Vergütung erhalten können.

Damit würden der GKV die gleichen Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt, wie sie für den Verband der privaten Krankenversicherung vorgesehen sind.

C) Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 3 (neu) wird ersetzt durch:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die verpflichtende Beauftragung der BZgA ab, da die Durchführung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung durch die Krankenkassen unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Beteiligung Dritter sachgerecht in eigener Verantwortung durchgeführt werden kann. (s. Stellungnahme zu § 20a Abs. 3 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung (= § 20a alt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Mit der vorgeschlagenen Ergänzung von Satz 1 werden die Betriebsärzte in den Kreis der an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligenden Akteure aufgenommen.

bb) Satz 2 nimmt Bezug auf § 20 Abs. 5 Satz 1 (neu) SGB V mit der Folge, dass auch Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben künftig zertifiziert sein müssen.

B) Stellungnahme

aa) Gegen die explizite Erwähnung der Betriebsärzte als einer an der BGF zu beteiligenden Akteursgruppe bestehen keine Bedenken.

bb) Die GKV befürwortet eine Ausrichtung der Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung an klaren und verbindlichen Qualitätsgrundsätzen. Allerdings unterstellt der Begriff „Zertifizierung“, dass eine Standardisierung von Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung möglich ist. Im Gegensatz zu Individualprävention ist dies für Verfahren und Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung aber nicht grundsätzlich der Fall. Insbesondere müssen die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung am spezifischen betrieblichen Bedarf ausgerichtet und entsprechend dem Managementansatz in einer Prozesskette implementiert werden. Damit sind Standardisierungen wie im Bereich der Individualprävention enge Grenzen gesetzt. Es wird daher empfohlen, dass die Norm auf die Erfüllung der Qualitätsanforderungen der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien sowie des einheitlichen Verfahrens der Qualitätssicherung verweist (s. Änderungsvorschlag zu § 20 Abs. 2 SGB V)

C) Änderungsvorschlag

aa) keiner

bb) § 20 b Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst: Die Leistungen müssen die in § 20 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V beschriebenen Anforderungen erfüllen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 20b Absatz 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm zielt auf die Verstärkung der kassenübergreifenden Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Ermöglichung eines niedrigschwelligen, unbürokratischen Zugangs von Betrieben zu diesen Leistungen ab. Die Krankenkassen sollen den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Dies schließt Informationen über die Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung der zuständigen Krankenkasse für die Erbringung der Leistung im Einzelfall ein. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Beratung örtliche Unternehmensorganisationen beteiligt werden; laut Begründung dient diese Vorschrift der besseren Erreichung von kleinen und mittleren Unternehmen, die in Dachorganisationen wie den Handwerkskammern zusammengeschlossen sind. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Bundesländern, „das Nähere“ zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1 (neu) werden die Wörter „in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen“ gestrichen.

In Satz 1 werden nach dem Wort „Unterstützung“ die Wörter ergänzt: „zu Leistungen nach Absatz 1 unter Nutzung bestehender Strukturen“.

Satz 2 wird gestrichen.

Satz 3 wird Satz 2.

Satz 4 wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

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

Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 20b Absatz 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm sollen die Krankenkassen veranlasst werden, den Mindestbetrag für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 6 Satz 2 (neu) SGB V für Leistungen nach Absatz 1) in voller Höhe zu verausgaben. Sie verpflichtet die Krankenkassen dazu, im Falle der Unterschreitung des Mindestbetrags die nicht verausgabten Mittel dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Der GKV-Spitzenverband soll diese Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus § 20b wird § 20c.

B) Stellungnahme

redaktionell

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 1 – Nationale Präventionsstrategie (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte klargestellt werden, dass für die Krankenkassen die Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 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 alle weiteren Träger ihre Aufgaben in der Nationalen Präventionsstrategie im Rahmen ihrer jeweiligen eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung wahrnehmen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 (neu) wird wie folgt formuliert:

„Die Krankenkassen entwickeln auf Grundlage ihrer Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V 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 SGB V. Die Umsetzung erfolgt durch die Träger im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 2 Nr. 1 – Nationale Präventionsstrategie (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie sind insbesondere bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu vereinbaren, die sich auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Zusammenarbeit zuständiger Träger und Stellen richten. Hierzu sollen insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder, Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festgelegt werden. Die Rahmenempfehlungen sind im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern zu vereinbaren, erstmals zum 31.12.2015. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Der Abschluss bundesweit einheitlicher trägerübergreifender Rahmenempfehlungen, die auch richtungsweisend für die auf Landesebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sind, wird als sinnvoll erachtet. Die bundesweit einheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen sind ein wichtiger Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie, die im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu beraten und weiterzuentwickeln sind. Zur Klarstellung wird angeregt, unmittelbar im Gesetzestext deutlich zu machen, dass es sich um trägerübergreifende Rahmenempfehlungen handelt.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 Nr. 1 (neu) wird im ersten Satz hinter dem Wort „bundeseinheitlicher“ das Wort „trägerübergreifender“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 2 Nr. 2 – Nationale Präventionsstrategie (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Präventionsstrategie umfasst auch die Erstellung eines Präventionsberichts, der alle vier Jahre zu erarbeiten und dem BMG zu übermitteln ist. Das BMG leitet diesen Bericht, der u. a. Angaben über die Ausgaben der Träger oder auch Zugangswege, erreichte Zielgruppen etc. enthalten soll, mit einer Stellungnahme der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes weiter.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird als zielführend angesehen. Die Krankenkassen machen gemeinsam mit dem MDS auf freiwilliger Basis seit mehr als zehn Jahren jährlich das Leistungsgeschehen in Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung transparent und legen dabei auch Rechenschaft über die Erreichung der GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele ab. Der Präventionsbericht kann in den geplanten trägerübergreifenden Bericht eingebracht werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e Absatz 1 – Nationale Präventionskonferenz (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm legt fest, dass die Nationale Präventionskonferenz die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben hat. Zudem wird geregelt, welche weiteren Institutionen neben der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d SGB V (jeweils selbst mit zwei Sitzen in der Nationalen Präventionskonferenz vertreten) bei der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen sind.

Arbeitsweise und das Beschlussverfahren der Nationalen Präventionskonferenz sind in einer einstimmig zu verabschiedenden Geschäftsordnung festzulegen. Die Geschäftsführung soll bei der BZgA liegen.

B) Stellungnahme

Mit der Nationalen Präventionskonferenz wird eine trägerübergreifende Plattform wichtiger Träger und Verantwortlicher in diesem Bereich etabliert. Die Nationale Präventionsstrategie kann die Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen der verschiedenen Träger fördern und Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention geben, insbesondere auch hinsichtlich der Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Arbeitslose als eine besondere Gruppe sozial Benachteiligter sollten verstärkt von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung profitieren. Arbeitsagenturen/Jobcenter berücksichtigen bei der Beratung ihrer Kunden teilweise bereits gesundheitliche Aspekte und arbeiten hierbei mit Krankenkassen zusammen. Der GKV-Spitzenverband erprobt derzeit im Rahmen eines Modellprojekts gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit geeignete Vorgehensweisen und Zugangswege. Auch wenn die Bundesagentur keinen expliziten gesundheitlichen Präventionsauftrag besitzt, ist sie ein wichtiger Partner im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie und sollte mit beratender Stimme in dieser mitwirken.

Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz kann und soll ausweislich der Regelungen in § 20f (neu) SGB V sowie Art. 2 bis 5 jedoch nicht die Umsetzung der Strategie sein. Es sollte deshalb klargestellt werden, dass die Präventionskonferenz die Aufgabe hat, die Präventionsstrategie zu entwickeln, die Umsetzung zu begleiten und sie auf dieser Grundlage fortzuschreiben.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Geschäftsordnung einstimmig angenommen werden muss, da hierdurch die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz auf eine breit konsentrierte Basis gestellt wird.

Eine gesetzliche Festlegung der Geschäftsführung durch die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG wird abgelehnt. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz können die Geschäftsführung in eigener Verantwortung regeln.

C) Änderungsvorschlag

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

Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

„Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen.“

Satz 7 wird folgendermaßen gefasst:

„Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise, die Geschäftsführung und das Beschlussverfahren festgelegt.“

Satz 9 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e Absatz 2 – Nationale Präventionskonferenz (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände zusammen, zudem sind dort die in Abs.1 genannten stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz vertreten.

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

B) Stellungnahme

Ein Präventionsforum kann eine geeignete Plattform sein, um den Dialog mit wichtigen Akteuren zur Weiterentwicklung der deutschen Präventionsstrategie zu führen. Dafür sind insbesondere die fachlichen Kompetenzen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. von hohem Nutzen. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. sollte deshalb als maßgebliche Organisation mit ihrer besonderen Fachexpertise in das Präventionsforum einbezogen, nicht jedoch mit administrativen Aufgaben der Geschäftsführung belastet werden. Die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz sollte auch die Durchführung des Präventionsforums organisieren.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 wird gestrichen.

Satz 4 wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auch für die Pflegekassen auf Landesebene mit den in den Ländern zuständigen Stellen sowie den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen abschließen. Diese sollen die Rahmenempfehlungen nach § 20d (neu) SGB V zur Durchführung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c (neu) SGB V auf der Landesebene operationalisieren.

B) Stellungnahme

Die Norm regelt, dass die Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene – unter Beteiligung der in den Ländern zuständigen Stellen und Träger – erfolgt. Der Abschluss gemeinsamer Rahmenvereinbarungen wird als sinnvoll erachtet. Dieser Ansatz kann seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen im Sinne des §20a Absatz 2 eine angemessene Eigenleistung erbringen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

In Absatz 2 wird nach der Aufzählung 1.–6. der Satz ergänzt: „Die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen erfolgt im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzierungsverantwortung.“

Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Sofern die Beteiligten gemäß Absatz 1 zum Zwecke der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften bilden, findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 1 – Modellvorhaben (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt ergänzt: „Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 2 – Modellvorhaben (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Modellvorhaben gem. Absatz 1 sind auf fünf Jahre zu befristen und müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

B) Stellungnahme

Gegen die Regelung bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20ff. SGB V umstrukturiert. Durch die Einfügung neuer Paragraphen werden die bisherigen §§ 20c – 20d zu §§ 20h – 20i [neu] SGB V.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 a)

§ 23 Absatz 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 b)

§ 23 Absatz 2 Satz 2 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 c)

§ 23 Absatz 2 Satz 3 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 12 und 13 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die bisherigen Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle und Zielerkrankungen werden im Gesetzestext gestrichen und sollen künftig nur noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 SGB V festgelegt werden.

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

Das Nähere zur Präventionsempfehlung soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in Richtlinien nach § 92 SGB V regeln.

B) Stellungnahme

Gemäß den aktuellen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben alle gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Die ärztliche Anamnese beinhaltet bereits die Erfassung der wichtigsten lebensstilbezogenen Risikofaktoren sowie eine Beratung zum individuellen Risikoprofil. Die Versicherten sollen dabei auch auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hingewiesen wer-

den. Auf dieser Grundlage kann der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 12 Monaten Näheres zur Präventionsempfehlung regeln. Eine präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch.

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

Der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung wird von vielen Experten kritisch bewertet. Der GKV-Spitzenverband befürwortet daher eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. In Ergänzung zu den Regelungen in § 92 SGB V sollte auch in § 25 Absatz 3 SGB V der nachgewiesene Nutzen als Voraussetzung aufgeführt werden. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist dem Absatz 3 des § 25 SGB V folgende Nummer 4 hinzuzufügen: „der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Für Verfahren zur Risikoerfassung, die über die allgemeine, sich aus der Anamnese und der im Rahmen der Früherkennung durchgeführten ärztlichen Untersuchung erfolgende Feststellung lebensstilbedingter Gesundheitsrisiken hinaus gehen, muss gelten, dass sie wie Früherkennungsuntersuchungen bewertet werden. Bei besonderen Risiken werden nicht nur Leistungen nach § 20 SGB V empfohlen, sondern auch weiterführende Diagnostik oder medikamentöse Therapien. Verfahren zur Risikoerfassung haben wie Untersuchungen auf manifeste Erkrankungen ein Schadenpotential durch Überdiagnostik und Übertherapie und müssen daher unbedingt hinsichtlich Nutzen und Schaden überprüft werden. Sollte die Einführung einer Präventionsempfehlung neue Verfahren zur Risikoerfassung voraussetzen, so ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der gesetzlichen Regelung dann mindestens drei Jahre dauert.

Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V sollen mittels einer Präventionsempfehlung verstärkt von besonders präventionsbedürftigen Zielgruppen in Anspruch genommen werden. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwendigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit der primärpräventiven Intervention belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein hö-

herer Ressourcenverbrauch für die Risikobewertung ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten.

C) Änderungsvorschlag

In § 25 Abs. 1 SGB V wird der 4. Satz wie folgt geändert:

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

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

„der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 26 – Kinderuntersuchung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Bei den Kinderuntersuchungen (U1 - U9) und der Jugenduntersuchung (J1) werden bereits jetzt schon Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken erhoben und bewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung und weiterführende Maßnahmen werden mit den Eltern, Kindern, Jugendlichen in einem ärztlichen Beratungsgespräch besprochen. Eine individuelle präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Kinder- und Jugenduntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings werden für Kinder unter sechs Jahren aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V 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 aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes 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 empfohlen werden, da im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung die gesundheitlichen Risiken der Eltern oder Sorgeberechtigten nicht erhoben werden. Außerdem werden die Kinderfrüherkennungs-

untersuchungen häufig von Pädiatern durchgeführt, die kaum Erfahrungen in der medizinischen Behandlung von Erwachsenen haben.

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

C) Änderungsvorschlag

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

„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 65a Absatz 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

- Die bonusfähigen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention werden auf die Wahrnehmung von Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 (neu) SGB V (Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention) begrenzt.
- Boni können nur als Geldleistungen gewährt werden.
- Die Gewährung von Boni soll vorrangig an der Zielerreichung der Maßnahme ausgerichtet sein.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Soll-Regelung zu Bonussystemen wird abgelehnt. Es sollte den Krankenkassen selbst überlassen bleiben zu entscheiden, ob und welche Bonussysteme angeboten werden. Gesetzliche Einschränkungen der bonusfähigen Maßnahmen werden ebenfalls abgelehnt. Die gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a SGB V der verschiedenen Krankenkassen haben übereinstimmend Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten im Kontrollgruppenvergleich ergeben. Bonussysteme haben sich demnach durch Einsparungen selbst getragen. Da dies nach § 65a Abs. 3 SGB V weiterhin Voraussetzung für entsprechende Satzungsregelungen ist, besteht keine Notwendigkeit für Änderungen an erfolgreich arbeitenden Systemen. Die im Gesetzentwurf angesprochene „Zielerreichung“ als Grundlage für Boni kann nur in einer ordnungsgemäßen Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme bestehen. Eine weitergehende Kontrolle der Zielerreichung – wie z.B. Gewichtsreduktion oder Änderung von Verhaltensweisen – würde weitgehende Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen erfordern und einen überzogenen Kontrollaufwand darstellen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 65a Absatz 2 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm werden die Bonussysteme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von einer Kann-Regelung in eine Soll-Regelung überführt. Boni an Arbeitgeber und Versicherte sollen ausschließlich als Geldleistung erfolgen und sich an der Zielerreichung der Maßnahmen ausrichten.

B) Stellungnahme

Die Entscheidung über das Angebot von Bonussystemen sollte den Krankenkassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Eine Verpflichtung zum Angebot von Bonussystemen in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher abgelehnt. Die vorgeschlagene Ausrichtung der Boni an der „Zielerreichung“ ist wegen des hohen Kontrollaufwandes nicht praktikabel.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten ~~einschließlich Betriebsärzten~~, deren Gemeinschaften, Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2.“

§ 132e Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Krankenkassen können Satz 2 gilt auch für mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen nach § 20i SGB V schließen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 31 Absatz 3 – Sonstige Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung nimmt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, von der bisher geltenden Budgetierung aus.

B) Stellungnahme

Während betriebliche Gesundheitsförderung seitens der Krankenkassen ganze Betriebe bzw. Betriebsteile adressiert, richten sich die medizinischen Leistungen der Rentenversicherungsträger zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an einzelne, besonders belastete Versicherte. Mit der Neuregelung können diese Maßnahmen auch als ein Beitrag zur Nationalen Präventionsstrategie verstärkt werden. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 14 – Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 78c – Inhalt der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, dass in Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche große Teile ihres Lebens verbringen, flankierend zu den pädagogischen Leistungen gesundheitsförderliche Strukturen (z.B. durch gesunde Verpflegungsangebote, Infrastruktur für sportliche Aktivitäten und Regeln für den Umgang mit Suchtmitteln) geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Der Erwerb positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen wird durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen unterstützt. Die Regelung fördert ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, die auch außerhalb von Familien betreut werden. Sie ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zum heutigen Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation sollen ab 2016 in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention zum Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung gehören. Zusammen mit den versicherten Pflegebedürftigen und den Einrichtungen sollen die Pflegekassen Vorschläge erarbeiten und deren Umsetzung unterstützen. Dabei sollen die Pflegekassen kooperieren und kassenübergreifend Leistungen erbringen.

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

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung um Leistungen zur Prävention ab 2016 wird ebenso wie die damit einhergehende Beteiligung der Pflegekassen an der Nationalen Präventionsstrategie begrüßt.

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

In der Gesetzesbegründung muss zwingend klargestellt werden, dass damit der Pflegeversicherung keine über die Präventionsleistungen hinausgehenden Leistungen der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden. Hierzu ist das neue präventive Leistungsangebot klar

zum bereits bestehenden Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen abzugrenzen. Zusätzlich muss für die Leistungen zur Prävention eine Qualitätssicherung vorgesehen werden. Darüber hinaus wäre eine Evaluation der neuen präventiven Leistung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll.

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

C) Änderungsvorschlag

Nach § 5 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

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

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 a) und b)

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Aufnahme eines präventiven Ansatzes in die Pflegekurse wird begrüßt. Pflegepersonen sind durch die Pflege, z. B. eines nahen Angehörigen, in der Regel seelisch und körperlich stark belastet, so dass es einer frühzeitigen Vorbeugung dieser Belastungen bedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 7 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 62 – Belastungsgrenze

A) Problemstellung

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

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

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

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

Zugleich zielen die beabsichtigten Änderungen auf eine Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten und der Motivation zur Inanspruchnahme entsprechender Leistungen. So soll in § 1 SGB V explizit gesetzlich geregelt werden, dass die Aufgaben der Krankenversicherung auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten umfassen. In § 65a SGB V soll die aktuelle gesetzliche Regelung, wonach Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen

zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherter Leistungen zur primären Prävention gewähren „können“, in eine Soll-Regelung umgewandelt werden.

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

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

Daher sollte die Malusregelung ersatzlos gestrichen werden.

B) Gesetzesvorschlag

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

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