



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Referentenentwurf eines  
Gesetzes zur Stärkung der  
Gesundheitsförderung und der Prävention  
(Präventionsgesetz - PräVG)**

**Stand 21.11.2014**

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

## Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen .....	3
Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz.....	6
Zielgruppen .....	7
Zielorientierung und Zertifizierung .....	8
Ärztliche Präventionsempfehlungen .....	10
Finanzierung primärpräventiver Leistungen .....	12
Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung .....	14
Betriebliche Gesundheitsförderung .....	16
Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen.....	18
Einrichtung eines Überlauftopfes.....	20
Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz.....	21
Medizinische Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten.....	24
Ärztliche Präventionsempfehlungen .....	26
Früherkennungsuntersuchungen bei Kinder und Jugendlichen .....	28
Bonusprogramme .....	29
Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte.....	31
Prävention in Pflegeeinrichtungen.....	32
Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit .....	34
Pflegekurse für Angehörige.....	36
Expertenstandards Pflege .....	37

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

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

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

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

Mit der Gründung kassenartenübergreifender, regionaler Koordinierungsstellen im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung soll der Versuch unternommen werden, den Zugang der Betriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Die Innungskrankenkassen bewerten den Regelungsansatz negativ. Ein niedrigschwelliger, unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben sichergestellt. Statt auf gemeinsame, also kassenartenübergreifende Strukturen zu setzen, die in einem wettbewerblichen System ein Fremdkörper

sind, sollte es stattdessen den jeweiligen Kassenarten ermöglicht werden, gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden regionale Koordinierungsstellen zu betreiben.

### **Finanzierung/Risikostrukturausgleich**

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

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

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

Offenkundig herrschen hier im Hinblick auf die Chancen für effektive Primärprävention massive Fehlanreize, so dass zu befürchten ist, dass auch ein Zwang zur Ausgabenerhöhung keine Garantie für effektive Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit sich bringt. Die rasante Zunahme von Volkskrankheiten wird sich dann ungebremst fortsetzen. Die Innungskrankenkassen plädieren daher dafür, die grundlegenden Fehlanreize, die sich aus der aktuellen Gestaltung des Morbi-RSA ergeben, zu beseitigen und die Präventionsneutralität des Morbi-RSA als gesetzliche Zielvorgabe im § 268 SGB V zu verankern.

Darauf aufbauend ist auch der RSA selbst anzupassen. Die oben dargelegte Entwicklung wurde bereits durch den alten Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes vorhergesehen. Sie ist insbesondere in der übermäßigen Berücksichtigung

von der Prävention zugänglichen Volkskrankheiten begründet. Wir plädieren daher nachdrücklich dafür, die Methodik der Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich anzupassen. Ziel muss das Ende der übermäßigen Berücksichtigung der leichten, durch Prävention vermeidbaren und kostengünstigen Volkskrankheiten sein. Zusätzlich kann auch die Möglichkeit diskutiert werden, Krankheitskosten von der Prävention zugänglichen Krankheiten nicht mehr vollständig auszugleichen. Nur durch die Beseitigung der Präventionsdefizite des RSA können wieder Anreize zu größeren Präventionsanstrengungen in der GKV gesetzt werden.

## **Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 1 und Nr. 3**

#### **§ 1 Satz 1 SGB V: Solidarität und Eigenverantwortung (neu)**

#### **§ 11 Absatz 1 Nr. 3 SGB V: Leistungsarten (neu)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit diesen Regelungen wird die Eigenverantwortung und gesundheitliche Eigenkompetenz der Versicherten bereits in § 1 SGB V besonders betont und die primärpräventiven Leistungen in § 11 Absatz 1 Nr. 3 SGB V neben den bereits bekannten Leistungsarten (z.B. zur Behandlung einer Krankheit) ergänzend aufgeführt.

### **Bewertung**

Die Betonung der Eigenverantwortung der Versicherten in der Solidargemeinschaft wird vom IKK e.V. ausdrücklich begrüßt. Mit ihr wird die Primärprävention zur eigenständigen Leistungsart aufgewertet und erhält auch im Hinblick auf die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen mehr Aufmerksamkeit und Bedeutung.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Zielgruppen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 2**

#### **§ 2b SGB V: Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Geschlechtsspezifische Besonderheiten sollen bei den Leistungen der Krankenkassen berücksichtigt werden.

#### **Bewertung**

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

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

#### **Änderungsvorschlag**

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

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

## **Zielorientierung und Zertifizierung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4**

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

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

Die zertifizierten Leistungen der Krankenversicherung veröffentlicht der GKV-Spitzenverband neben den festgelegten einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien auf seiner Internetseite. Hierzu sollen die Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte an den GKV-Spitzenverband erteilen.

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

##### **Bewertung**

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

Beruhend auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand fordern die Innungskrankenkassen gemeinsam mit vielen Akteuren schon seit langem die Entwicklung einer übergreifenden, integrierten Präventionsstrategie. Hierfür muss eine gemeinsame Zielausrichtung und Kooperation aller auf diesem Feld tätigen Akteure erfolgen. Eine Ziel-



orientierung, die sich nur auf die Leistungen im SGB V beschränkt, ist zu kurz gegriffen. Eine ergebnisorientierte Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Finanzierung muss übergreifend und gesamtgesellschaftlich sichergestellt werden und nicht nur für die Kassen verpflichtend sein.

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

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

Überdies ist es fraglich, warum eine Auswahl bestimmter Ziele Eingang in das Gesetz findet. Diese Liste kann keinesfalls abschließend sein.

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

### **Änderungsvorschlag**

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

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

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

## **Ärztliche Präventionsempfehlungen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 3**

#### **§ 20 Absatz 4 und 5 SGB V: Primäre Prävention**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

##### **Bewertung**

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

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

Gegen betriebsärztliche Präventionsempfehlungen spricht grundsätzlich nichts. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, innerhalb derer der Betriebsarzt auf Wunsch tätig werden kann, vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Diese Untersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Da eine betriebsärztliche Untersuchung nicht in jedem Fall mit der Frü-

herkennungsuntersuchung nach § 25 SGB V vergleichbar ist, wird eine Nennung an dieser Stelle nicht für zwingend notwendig erachtet.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung des im § 20 Abs. 5 Satz 3 (wohntferne Angebote).

## **Finanzierung primärpräventiver Leistungen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 3**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **Bewertung**

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

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

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, eine zweijährige Übergangsfrist bis zum Erreichen des Höchstbetrages aufzunehmen. Eine sofortige Verdoppelung der finanziellen Verpflichtung schon im Jahr 2016 birgt die Gefahr, dass die Mittel zunächst nach dem „Gießkannenprinzip“ ohne eingehende Prüfung des tatsächlichen Bedarfs auf Unter-

nehmen und nichtbetrieblichen Settings verteilt werden, um pro forma die erforderlichen Richtwerte zu erreichen.

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

### **Änderungsvorschlag**

Schaffung einer Übergangsregelung in Form eines Stufenplans zur Anpassung des Jahresrichtwerts in den Settings (betrieblich und Lebenswelten) bis ins Jahr 2018 und Klarstellung im Gesetz, dass eine Überschreitung der Werte möglich ist. Die Kassen sollen selbst entscheiden können, ob sie betriebliche oder nichtbetriebliche Settings fördern. Die Budgets für Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung sind entsprechend zusammen zu legen und mit vier Euro zu beziffern. Darüber hinaus ist die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sicherzustellen.

## **Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 5**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

Ab 2016 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom GKV-Spitzenverband beauftragt werden, kassenübergreifende Leistungen in Lebenswelten für gesetzlich Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, durchzuführen. Sie soll die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung zur Prävention in Lebenswelten beitragen. Dabei soll sich die BZgA an den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung einer nationalen Präventionsstrategie orientieren. Hierfür sollen die Kassen pauschal mindestens ein Viertel (50 Cent) des Betrages aufbringen, den sie für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten verausgaben sollen. Die Geldmittel sollen entsprechend der Anzahl der gesetzlich Versicherten in den einzelnen Bundesländern verwendet werden.

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

#### **Bewertung**

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

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

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

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

### **Änderungsvorschlag**

Streichung des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V.

## **Betriebliche Gesundheitsförderung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 6**

#### **§ 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V: Primäre Prävention**

#### **§ 20b Absatz 1 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

Die Beratungsfunktion der Betriebsärzte wird gestärkt, sodass das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und BGF betont wird. Leistungen zur BGF müssen von den Kassen oder Dritten zertifiziert sein.

### **Bewertung**

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

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Wie bei den Früherkennungsuntersuchungen im ambulanten Bereich wäre auch hier eine umfassende Qualifizierung der Betriebsärzte notwendig. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen Untersuchung und Beratung der Betriebsärzte vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Betriebsärzte werden von den Arbeitgebern eingestellt und unterliegen vorrangig dem Arbeitssicherheitsgesetz. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte ist zielführend. Wenn es möglich ist, werden sie schon heute in die BGF-Maßnahmen einbezogen. Es allerdings ist zu beobachten, dass Betriebsärzte, die auf Honorarbasis tätig sind, nur gegen zusätzliche Honorare bei Maßnahmen der BGF teilnehmen. Diese Kosten dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen.

Eine verpflichtende Einbeziehung von Betriebsärzten lehnen die Innungskrankenkassen ab. In Betrieben, in denen keine Betriebsärzte vorhanden sind, können diese auch nicht beratend hinzugezogen werden.



Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die einer Zertifizierung zu Grunde liegenden Idee der Qualitätssicherung der Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Einzelne Maßnahmen könnten analog der Präventionskurse durch die GKV zertifiziert werden. Die Zertifizierung von Angeboten in der BGF ist aus unserer Sicht deshalb nur sinnvoll, wenn diese ebenfalls in Eigenregie der Kassen und/oder über eine zentrale Prüfstelle geschieht. Allerdings ist die Formulierung im Referentenentwurf bezüglich der Zertifizierung (§ 20 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend) missverständlich. Krankenkassen bieten eigene leitfadenskonforme Leistungen zur BGF an. Daher sollte ausdrücklich erwähnt werden, dass nur externe Leistungsanbieter der Betrieblichen Gesundheitsförderung einer Zertifizierung bedürfen. Voraussetzung ist dabei die strikte Einhaltung des Leitfadens Prävention zur betrieblichen Gesundheitsförderung, um in der BGF eine willkürliche Ausschüttung der zur Verfügung stehenden Gelder sowie eine Vermischung von Maßnahmen der individuellen Prävention mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu vermeiden. Eine Konkretisierung der Qualitätskriterien muss im Leitfaden Prävention erfolgen.

Die Krankenkassen unterziehen sich heute schon in der betrieblichen Gesundheitsförderung einer Überprüfung eines hohen Qualitätsanspruches, der sich in zahlreichen Auszeichnungen (zum Beispiel Corporate Health Award) für betriebliche Gesundheitsförderung widerspiegelt.

### **Änderungsvorschlag**

Zu § 20b Absatz 1 (neu) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur betrieblichen Gesundheitsförderung für externe Leistungsanbieter nach Absatz 4 Nummer 3 erbringen, wenn diese von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Voraussetzung ist die Einhaltung des Leitfadens Prävention zur Betrieblichen Gesundheitsförderung seitens des Leistungserbringers.“

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

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur betrieblichen Gesundheitsförderung selbst oder mit externen Leistungserbringern durchführen. Die im Leitfaden Prävention dargelegten Qualitätskriterien sind einzuhalten.“

Zu § 20b Absatz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

## **Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen**

### **Nr. 6**

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

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dieser Regelung sollen Krankenkassen den Unternehmen in gemeinsamen einzu-richtenden regionalen Koordinierungsstellen (unter Nutzung von bestehenden Ge-schäftsstellen der Kassen oder gemeinsamen Servicestellen) Beratung und Unterstüt-zung anbieten. Darüber hinaus sollen örtliche Unternehmensorganisationen (Innungen, Handwerkskammern usw.) an der Beratung beteiligt werden.

Näheres zur Aufgabenerfüllung und Finanzierung dieser regionalen Koordinierungsstel-len sowie zur Beteiligung der örtlichen Unternehmensorganisationen obliegt den Lan-desverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Bundesländern.

##### **Bewertung**

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung ist nach wie vor ein Feld, in dem die Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen. Ein wettbewerbsneutrales Vorgehen dürfte daher nur schwer möglich sein. Deswegen lehnen wir kassenartenübergreifende Koordinie-rungsstellen ab. Zur Verbesserung der Informations- und Zugangsmöglichkeiten von Be-trieben sollte es stattdessen den Krankenkassen bzw. den zugehörigen Kassenarten ermöglicht werden, gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden regionale Koordinierungsstel-len zu betreiben.

## **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Einrichtung eines Überlauftopfes**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 6**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **Bewertung**

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

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

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 8**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

##### Präventionsstrategie

Krankenkassen entwickeln gemeinsam mit Trägern der Rentenversicherung und gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie. Die nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung der präventiven Leistungen in Lebenswelten zuständigen Stellen und Träger und der Erstellung eines regelmäßigen Präventionsberichts. Die Krankenkassen gewährleisten die Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie im Rahmen der Präventionskonferenz.

##### Präventionskonferenz

Die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger als Arbeitsgemeinschaft nach § 20d SGB V mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die private Krankenversicherung erhält einen Sitz, wenn sie sich an Umsetzung der Rahmenempfehlungen mit finanziert. Bund und Länder sowie die Spitzenverbände der Arbeitnehmer/Arbeitsgeber-Organisationen haben jeweils eine beratende Stimme.

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

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

##### Landesrahmenvereinbarungen

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

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

### Modellvorhaben

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

### **Bewertung**

#### Präventionsstrategie

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

#### Präventionskonferenz

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

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

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

Die Führung der Geschäfte durch die BZgA wird von den Innungskrankenkassen ebenfalls kritisch gesehen. Die BZgA hat selbst keinen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz. Sie würde lediglich eine Kontrollfunktion übernehmen, die ihr als Bundesbehörde über die Formulierung von Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung von nicht steuerlich finanzierten Leistungen nicht zukommt. Hier wäre ein von der nationalen Präventionskonferenz berufene, schlanke Geschäftsführung zielführender.

Es wird angeregt, die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, die das Präventionsforum steuern soll, mit der Geschäftsführung zu beauftragen und die BZgA als ausführende Institution davon klar zu trennen.

### Landesrahmenvereinbahrungen

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

### Modellvorhaben

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

### **Änderungsvorschlag**

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

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

## **Medizinische Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 10**

#### **§ 23 Absatz 2 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen können unmittelbar ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen. Weitere Prüfkriterien spielen demnach keine Rolle mehr.

Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen.

Darüber hinaus wird den Kassen über die Satzung ermöglicht, die Zuschussung von Unterkunft und Verpflegung für Erwachsene bis zu 16 Euro und für chronisch kranke Kleinkinder bis zu 25 Euro zu erhöhen.

##### **Bewertung**

Die Leistungen nach § 23 Abs. 1 SGB V spielen in der GKV bisher nur eine untergeordnete Rolle. Auch die Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V, ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, sind von sinkenden Leistungsausgaben geprägt. Inwieweit die Erhöhung der Zuschüsse zu den sonstigen Kosten in anerkannten Kurorten die Attraktivität dieser Leistungen erhöht, ist strittig. Gleiches gilt für die erleichterten Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V für die unmittelbare Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in Kurorten, sofern eine besondere berufliche oder familiäre Belastungssituation vorliegt.

Einer gesetzlichen Anpassung bedarf es nicht, weil bereits heute schon im Gesamtkontext von verschiedenen Prüfkriterien die beruflichen oder familiären Umstände berücksichtigt werden können.

Die beabsichtigte Wirkung der Regelung, für betroffene Personenkreise eine ambulante Vorsorgemaßnahme in anerkannten Kurorten zu ermöglichen, ohne vorab zu prüfen, ob es entsprechende ambulante Angebote gibt, führt überdies zu einer Verschiebung der Kosten aus dem ambulanten Bereich der medizinischen Rehabilitation in die ambulanten Vorsorgeleistungen. Dies lehnen die Innungskrankenkassen ab. Die Inanspruchnahme wohnortferner primärpräventiver Angebote ist bereits heute in besonderen Ausnahmefällen möglich. Derzeit können hierfür von den Krankenkassen lediglich die Kursleistungen übernommen werden, nicht aber anteilig die Kosten für Unterkunft und Verpflegungen. Eine Ausweitung des Zuschusses auf die Kosten für Unterkunft und Ver-



pflege wird, auch vor dem Hintergrund von ordnungs- und sozialpolitischen Gesichtspunkten, als nicht sinnvoll erachtet. Nur reisewillige und reisefähige Personen werden den Zuschuss in Anspruch nehmen. Es würden folglich vor allem jene Versicherten subventioniert, die sich auch ohne Zuschuss wohnortferne Präventionsangebote leisten können.

Darüber hinaus führt die offene Formulierung „besondere berufliche oder familiäre Umstände“ zu Problemen in der objektiven Beurteilung, welche Fälle als besondere berufliche oder familiäre Umstände gelten.

Die Möglichkeit einer Satzungsanpassung des Übernachtungs- und Verpflegungszuschusses von 13 Euro auf 16 Euro sowie bei chronisch kranken Kleinkindern von 21 Euro auf 25 Euro wird hingegen als gerechtfertigt erachtet.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung in Satz 1 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“.

## **Ärztliche Präventionsempfehlungen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 12**

#### **§ 25 SGB V: Gesundheitsuntersuchungen**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung oder Früherkennungsuntersuchung kann der Arzt eine Präventionsempfehlung „auf Rezept“ verordnen. Dabei soll der Arzt gezielt auf zertifizierten Angebote hinweisen, z.B.: auf Angebote des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) oder Bewegungsangebote der Sportvereine.

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

##### **Bewertung**

Bezogen auf § 20 SGB V und der damit einhergehenden ärztlichen Erfassung und Bewertung des individuellen Gesundheits-Risikoprofiles ist eine präventiv orientierte Beratung sowie (im Bedarfsfall) eine ärztlichen Bescheinigung zur Präventionsempfehlung zu befürworten. Eine größere Zielgenauigkeit bei den Gesundheitsuntersuchungen, die auch in Empfehlungen zur primärpräventiven Leistungen mündet, ist begrüßenswert, sofern die Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien jeweils dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen und alters- und zielgruppengerecht ausgestaltet sind. Sie unterstützt den bereits eingeschlagenen Weg in Analogie zur ärztlichen Verordnung gemäß § 43 SGB V. Auch hier bleiben die Definition des G-BA sowie die Bewertung der finanziellen Konsequenzen derzeit offen. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V zu beachten.

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

Finanzierungsfragen sind zu klären. Schon heute ist die Berücksichtigung primärpräventiver Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V

Teil der ärztlichen Aufgaben. Aus diesem Grund darf sich aus den neuen Regelungen kein erweiterter Vergütungsanspruch ableiten. Eine Doppelfinanzierung bereits vergüteter Leistungen ist auszuschließen.

### **Änderungsvorschlag**

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

## **Früherkennungsuntersuchungen bei Kinder und Jugendlichen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 13**

#### **§ 26 SGB V: Kinderuntersuchungen für Kinder und Jugendliche**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Programm der Früherkennungsuntersuchungen wird bis zum 18. Lebensjahr aus-  
geweitet. Der G-BA bestimmt Näheres zu den Untersuchungen.

#### **Bewertung**

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

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

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Bonusprogramme**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 14**

#### **§ 65a SGB V: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen werden grundsätzlich verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten vorzusehen. Aus der „Kann-Regelung“ wird eine „Soll-Regelung“. Zudem wird festgelegt, dass die Boni nur noch als Geldleistungen zu gewähren sind und sich nur auf zertifizierte Leistungen nach § 20 Absatz 5 beziehen dürfen. Sachprämien werden ausgeschlossen. In Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ferner Boni sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern möglich sein.

##### **Bewertung**

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen die vorgesehene Beschränkung auf Geldleistungen bei Bonifikationen. Es sollte den Krankenkassen überlassen bleiben, in welcher Form sie die Boni gewähren. Bonusprogramme sollten auch sozial benachteiligte Gruppen ansprechen. Die Einschränkung der bonusfähigen Maßnahmen auf zertifizierte Leistungen wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich abgelehnt.

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

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

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

## **Änderungsvorschlag**

Streichung der Soll-Regelung und der Vorgabe, dass Boni nur als Geldleistungen auszugestalten sind. Zudem Streichung der Einschränkung, dass als bonifizierbare Leistungen lediglich zertifizierte Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V gelten.

## **Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nr. 16 und 17**

**§ 132e SGB V: Versorgung mit Schutzimpfungen**

**§ 132f SGB V: Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Betriebsärzte sind berechtigt, Schutzimpfungen zulasten der GKV zu leisten.

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

### **Bewertung**

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

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Prävention in Pflegeeinrichtungen**

### **Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 1**

#### **§ 5 Abs. 1-3 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (neu)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

#### **Bewertung**

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

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



ist die Vereinbarung von kassenartenübergreifenden Regelungen für Präventionsleistungen nachvollziehbar.

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

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

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

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

### **Änderungsvorschlag:**

Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention sowohl im ambulanten Bereich wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige erbringen. Den Pflegebedürftigen Versicherten, wie auch den pflegenden Angehörigen dürfen diese Leistungen nicht vorenthalten werden.

Hinsichtlich des Jahresrichtwertes sollte eine Übergangsregelung in Form eines Stufenplans bis ins Jahr 2018 geschaffen werden. Darüber hinaus muss auch hier die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sichergestellt werden.

## **Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit**

### **Zu Art. 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 2 und 3**

#### **§ 18 SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (neu)**

#### **§ 18a SGB XI: Berichtspflicht**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

### **Bewertung**

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

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

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

Die Innungskrankenkassen bewerten kritisch, dass verhältnispräventive Aspekte, die sich auf das Lebensumfeld der zu Pflegenden beziehen, in diesem Kontext nicht aufgegriffen werden.

## **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Pflegekurse für Angehörige**

### **Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **Bewertung**

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

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

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

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

#### **Änderungsvorschlag:**

Keiner.

## **Expertenstandards Pflege**

### **Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 5**

#### **§ 113a XI: Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (neu)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **Bewertung**

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

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.