



Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz - Prävg)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <u>A. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN</u> | <u>2</u> |
| <u>B. ANMERKUNGEN ZU DEN EINZELNEN VORSCHRIFTEN</u> | <u>2</u> |
| ARTIKEL 1 (Änderungen des SGB V) | 2 |
| Nr. 4 (§ 20) Primäre Prävention und Gesundheitsförderung | 2 |
| Nr. 6 (§ 20b) SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung | 4 |
| Nr. 8 (§§ 20d bis g) Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie | 5 |
| Nr. 12 (§ 25) Gesundheitsuntersuchungen | 6 |
| Nr. 13 (§ 26) Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche | 7 |
| Nr. 14 (§ 65a) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten | 8 |
| Nr. 16 (§ 132e) Versorgung mit Schutzimpfungen | 9 |
| Nr. 17 (§ 132f) Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte | 9 |
| ARTIKEL 5 (Änderungen des SGB XI) | 10 |
| Nr. 1 (§ 5) SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation | 10 |
| Nr. 2 (§ 18) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit | 11 |
| Nr. 5 (§ 113a) Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege | 11 |

A. Allgemeine Anmerkungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt grundsätzlich alle Anstrengungen, die Fortentwicklung der Leistungen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention und zur Früherkennung von Erkrankungen zu verbessern und hat mit dieser Zielsetzung in den letzten Jahren wiederholt detaillierte eigene Konzepte vorgestellt.

Eine im Referentenentwurf vorgesehene Integration von Primärprävention in die Früherkennungsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 SGB V, die diesbezüglich erweiterten Möglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ausgestaltung sowie die lange überfällige Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, können eine Grundlage für eine bundesweite Weiterentwicklung der präventiven Versorgung liefern.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Konkretisierung von primärpräventiven Leistungen als Satzungsleistungen der Krankenkassen kann aus Sicht der KBV jedoch nicht das Ziel eines flächendeckenden Angebots qualitätsorientierter Präventionsmaßnahmen erfüllen. Die Erarbeitung einer nationalen Präventionsstrategie und die dafür vorgesehene Implementierung einer Nationalen Präventionskonferenz ohne die institutionelle Beteiligung der Ärzteschaft, der nach zahlreichen Untersuchungen in den Augen der Bevölkerung in diesem Zusammenhang die größte Kompetenz zugesprochen wird, ist nicht sachgerecht und wird daher von der KBV abgelehnt.

Aus Sicht der KBV sollte stattdessen eine Verpflichtung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung von Leistungen der Primär- und Tertiärprävention durch bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben geschaffen werden. Dabei sollten insbesondere die Aspekte der individuellen Verhaltensprävention in der Primärprävention im Fokus stehen. Die KBV greift daher ihren bereits bekannten Vorschlag noch einmal auf, primäre und tertiäre Prävention zu Pflichtleistungen der Krankenkassen zu machen. Der nunmehr vorliegende Gesetzesentwurf bezieht, im Gegensatz zu den Vorschlägen der KBV, das System der vertragsärztlichen Versorgung in die zukünftige Gestaltung nicht oder nur unzureichend ein.

B. Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften

Zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention nimmt die KBV nachfolgend Stellung und regt folgende Änderungen an:

ARTIKEL 1 (Änderungen des SGB V)

Nr. 4 (§ 20) Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Sachverhalt

Gemäß dem Entwurf sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, in ihrer Satzung Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Der GKV-Spitzenverband soll einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Anforderungen an die Zertifizierung für die Leistungsangebote der Krankenkassen festlegen. Diese Festlegungen

sowie eine Übersicht der von den Krankenkassen zertifizierten Leistungen sollen auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht werden. Bei der Aufgabenwahrnehmung berücksichtigt der GKV-Spitzenverband die durch den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Ziele. Hiermit soll eine bessere Grundlage für die Auswahl einheitlicher Handlungsfelder für die Krankenkassen geschaffen werden.

Stellungnahme

Auch wenn der GKV-Spitzenverband einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Anforderungen an die Zertifizierung für die Leistungsangebote der Krankenkassen festlegen soll, ist die vorgesehene Regelung insgesamt unzureichend und für die einzelnen Krankenkassen unverbindlich. Eine institutionelle Beteiligung der Ärzteschaft zur Definition der Handlungsfelder und zur Ausgestaltung der Leistungen ist nicht vorgesehen, obwohl Ärzte in den Augen der Bevölkerung die wichtigsten Ansprechpartnern in Präventionsfragen sind und der Gesetzentwurf in Zusammenhang mit §§ 25 und 26 SGB V die Vertragsärzte – sofern medizinisch angezeigt – verpflichtet, entsprechende Präventionsempfehlungen auszustellen. Ob sinnvolle präventive Angebote für Versicherte vor Ort und in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, liegt damit allein im Ermessen der Krankenkassen.

Dieses Defizit wird durch entsprechende Festlegungen durch den GKV-Spitzenverband sowie den grundsätzlich sinnvollen Orientierungsrahmen durch Gesundheitsziele allein nicht behoben: § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V ebenso wie Absatz 2, der den GKV-Spitzenverband zu entsprechenden allgemeinen Vorgaben verpflichtet, sehen nur Verfahren vor, aus denen sich nicht ergibt, in welchem Umfang eine Krankenkasse zur Einführung von entsprechenden Satzungsleistungen verpflichtet ist. Absatz 6 des § 20 sieht lediglich spezifische Mindestfestlegungen für die Aufwendungen der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a neu) und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 b neu) vor. Darüber hinaus hat gemäß Abs. 5 eine Krankenkasse die im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung ärztlich ausgesprochene Präventionsempfehlung bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen. Eine Verpflichtung, im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen ärztlich empfohlene Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention auch vorzuhalten und zu erbringen, fehlt.

Die KBV hat bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen, dass zur Sicherung einheitlicher Standards die Partner der Bundesmantelverträge prioritäre Handlungsfelder und Ziele, Leistungen, Inhalte, Zielgruppen, Zugangswege und Methodik sowie Vorgaben für die Qualifikation für bundesweit durchzuführende Maßnahmen zur Primär- und Tertiärprävention vereinbaren. Auch hierbei können nach Auffassung der KBV unterschiedliche Ausgestaltungen durch die Kassen möglich sein. Aus Sicht der KBV fehlt daher im vorliegenden Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung von Leistungen der Prävention durch bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben. Die Festlegung präventiver Ziele und Maßnahmen allein durch den GKV-Spitzenverband ohne Beteiligung der Vertragsärzte, ist nicht sinnvoll. Schließlich sollen die Vertragsärzte ihren Patienten diese Maßnahmen zuführen und sie dazu motivieren. Außerdem ist die Einbeziehung ärztlicher Kompetenz bei der inhaltlichen Ausgestaltung zwingend erforderlich. Die KBV ist daher als Vertreterin der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

Streichung des § 20 in der vorgesehenen Form und Ersetzung durch folgende Formulierung:

„§ 20 Primär- und Tertiärprävention“

(1) ¹Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur primären Prävention (Vorbeugung von Krankheiten), insbesondere der individuellen Verhaltensprävention, sowie auf Leistungen zur Tertiärprävention (unterstützende Leistungen zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen nach eingetretener Erkrankung). ²Diese Leistungen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, insbesondere einen Beitrag zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen und die Fähigkeit zur selbstbestimmten Gesundheitsvorsorge nachhaltig fördern. ³Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages in Rahmenvorgaben prioritäre Handlungsfelder und Ziele, Leistungen, Inhalte, Zielgruppen, Zugangswege, Methodik, die Leistungserbringung und Vorgaben für die Qualifikation sowie für bundesweit durchzuführende Maßnahmen der Primär- und Tertiärprävention.

(2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 vereinbaren das Nähere über die zu erbringenden Leistungen nach Maßgabe der Rahmenvorgaben. ²Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 (Primär- und Tertiärprävention) und nach den §§ 20b und 20c (neu) sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3, XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2015 geltenden Ausgabenrichtwert] und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden Versicherten mindestens 3 Euro für die Leistungen nach Absatz 1 sowie mindestens 2 Euro für die Leistungen nach § 20a (neu) auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

Nr. 6 (§ 20b) SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung

Sachverhalt

Die Änderung in § 20b (neu) stellt klar, dass zukünftig auch die Betriebsärzte als Berater der Verantwortlichen im Betrieb an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt sein sollen. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können zukünftig nur dann erbracht werden, wenn diese zertifiziert sind. Darüber hinaus sollen Krankenkassen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen den Unternehmen Beratung und Unterstützung bezüglich der Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben sowie zur Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen im Betrieb erbringt, anbieten.

Stellungnahme

Die KBV fordert, im Gesetz vorzusehen, dass geeignete Vertragsärzte und -psychotherapeuten in die betriebliche Gesundheitsvorsorge durch vertragliche Vereinbarungen zwischen GKV, KBV bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen und Arbeitgebern einbezogen werden, da bei verhaltenspräventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz die Expertise von beispielsweise Orthopäden, Sportmedizinern, Psychotherapeuten und suchtmittelmedizinisch qualifizierten Ärzten erforderlich sein kann.

Nr. 8 (§§ 20d bis g) Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Sachverhalt

Die Krankenkassen sollen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie entwickeln sowie deren Umsetzung und Weiterentwicklung im Rahmen einer Nationalen Präventionskonferenz gewährleisten. Im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz sind neben den o.g. Leistungsträgern auch der Verband der PKV (im Falle einer finanziellen Beteiligung), Vertreter von Bund und Ländern, Kommunale Spitzenverbände und repräsentative Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertreten. Sie wird durch ein Präventionsforum beraten. Dieses findet einmal jährlich statt und setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie den stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz zusammen.

Stellungnahme

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie sowie deren Umsetzung und Fortschreibung durch die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz lässt eine maßgebliche Einwirkungsmöglichkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung und die Nutzung seiner Kompetenz für den Präventionsbereich vermissen. Bei der Zusammensetzung der Partner zur Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie sowie in der Nationalen Präventionskonferenz ist die KBV nicht berücksichtigt, lediglich im Rahmen des in der Regel einmal jährlich tagenden Präventionsforums könnte ggf. eine marginale Mitwirkung in beratender Funktion durch die KBV erfolgen. Jedoch erfolgt im Gesetzentwurf bzw. in der entsprechenden Begründung nicht einmal eine Benennung der maßgeblichen Organisationen für die Gesundheitsförderung und Prävention, die am Präventionsforum beteiligt sein sollen.

Änderungsvorschlag

Sollte der Gesetzgeber an dem Vorschlag zu den Vorschriften nach §§ 20 und 20 a bis g festhalten, fordert die KBV ihre gesetzlich vorgesehene Beteiligung bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie sowie Benennung als Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind entsprechend auf Landesebene bei der Landesrahmenvereinbarung einzubeziehen.

hen. Die KBV schlägt daher entsprechende Ergänzungen in §§ 20 d Abs. 1 und 20 e Abs. 1. sowie § 20 f Abs. 2.

Benennung der maßgeblichen Organisationen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Begründung.

Nr. 12 (§ 25) Gesundheitsuntersuchungen

Sachverhalt

Der Anspruch der Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer Krankheiten wird erweitert und schließt nunmehr auch Untersuchungen mit dem Ziel, einer Beseitigung, Vermeidung oder Verminderung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung ein. Die Gesundheitsuntersuchungen sehen Präventionsempfehlungen für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung vor. Voraussetzung für die Untersuchungen soll zukünftig dementsprechend auch sein, dass es sich um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können, handelt. Der G-BA regelt innerhalb von 12 Monaten das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die KBV eine primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen und die damit verbundene Erweiterung im Hinblick auf die Beseitigung, Vermeidung oder Verminderung von Risikofaktoren. Für die ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen entfallen damit auch die bisher geltende, nicht abschließende Aufzählung der Zielerkrankungen, die bislang vorgegebene Häufigkeit und Altersgrenze. Dementsprechend wird der Gestaltungsspielraum des G-BA erweitert. Hervorzuheben sind das neue Instrument der Präventionsempfehlung und die ausdrückliche Benennung einer präventionsorientierten Beratung, die beide von der KBV als vertragsärztliche Aufgabe grundsätzlich befürwortet werden.

Inhaltlich erfordert eine ärztliche individuelle Präventionsempfehlung eine strukturierte Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten, die Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme sowie ein motivierendes Gespräch zur Teilnahme. Unklar bleibt im Gesetzentwurf, wie der Arzt eine Präventionsempfehlung abgeben soll, wenn ihm nicht bekannt ist, ob die Krankenkasse in ihrer Satzungsleistung überhaupt eine entsprechende Präventionsmaßnahme anbietet. Zwar soll der GKV-Spitzenverband nach § 20 (neu) eine Übersicht erstellen. Eine Auswahl aus dieser (täglich aktualisierten?) Liste ist für den Arzt jedoch mit einem nicht zu vernachlässigenden bürokratischen Aufwand verbunden und löst zudem nicht das Problem, dass vom Arzt für den individuellen Patienten für notwendig erachtete Präventionsmaßnahmen im konkreten Fall von dessen Krankenkasse ggf. nicht angeboten werden. Damit wird die an sich begrüßenswerte Absicht des Gesetzgebers durch eine wenig praktikable und unzureichende Ausgestaltung konterkariert. In diesem Zusammenhang verweist die KBV zusätzlich nochmals auch auf ihre Kritik an der Ausgestaltung des § 20 (neu), der u.a. die Grundlage für entsprechende Angebote der Krankenkassen darstellt.

Dementsprechend muss auch auf erhebliche Kritik stoßen, wenn im Allgemeinen Teil der Begründung zum Referentenentwurf auf Seite 29 zur Thematik des sogenannten „Erfüllungsaufwands“ ausgeführt wird, dass Ärztinnen und Ärzten kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstünde. Schon die in den §§ 25 Abs. 1 und auch 26 Abs. 1 geplante Vorschrift, dass Ärzte, den Patienten Präventionsempfehlungen nicht nur mündlich mitteilen, sondern diese in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden, verursacht eine neue Informationspflicht für Ärzte, die einen erhöhten Erfüllungsaufwand auslöst. Die genaue Höhe dieses zusätzlichen Aufwands ist abhängig von der Ausgestaltung der Präventionsempfehlung. Damit hierfür kein neuer Vordruck geschaffen werden muss, sollte der Gesetzentwurf darauf abzielen, dass auch formlose Präventionsempfehlungen von Krankenkassen akzeptiert werden. In diesem Fall könnten die bisherigen Vordrucke für die Präventionsempfehlung genutzt werden bzw. diese formfrei erteilt werden. Die Auswahl eines konkreten Leistungsangebots kann dann zwischen Krankenkasse und Versichertem auf der Grundlage der ärztlichen Empfehlung geklärt werden.

Darüber hinaus wird im Allgemeinen Teil der Begründung zum Gesetzentwurf ausgeführt, dass die bezüglich der Gesundheitsuntersuchungen vorgesehenen Änderungen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung ermöglichen würde, da die bestehenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA bereits die Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Risiken und Belastungen sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung enthielten. Diese Ausführungen sind widersprüchlich zu der Darstellung im Besonderen Teil der Begründung zum Gesetzentwurf. Dort wird ausgeführt, dass in § 25 SGB V (neu) eine Klarstellung erfolge, dass die ärztliche Gesundheitsuntersuchung neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen beinhalte und hierzu auch eine systematische – ggf. mit Hilfe geeigneter Instrumente - Erfassung und Bewertung des individuellen Risikoprofils einschließlich Beratung und – sofern medizinisch angezeigt - Empfehlung gehöre. Ein risikoadaptiertes Präventionsmanagement setzt auch aus Sicht der KBV u.a. eine strukturierte Erfassung und Bewertung des Risikos mit entsprechenden Risikomanagement-Tools wie z.B. ARRIBA oder CARRISMA sowie eine darauf abgestimmte Beratung voraus. Ein standardisierter Einsatz solcher Instrumente in der Arztpraxis kann nur dann erfolgen, wenn die Einbindung in die elektronischen Praxisverwaltungssysteme dies auch handhabbar macht. Der den Ärzten hierdurch entstehende Aufwand ist entsprechend zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

Allgemeiner Teil der Begründung, S. 27, 4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand, zweitletzter Absatz: Streichung der Ausführungen nach dem Satz „Die finanziellen Auswirkungen der Fortentwicklung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA ab.“ bis „... sowie eine präventionsorientierte Beratung aus.“

Nr. 13 (§ 26) Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Sachverhalt

Das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter soll durchgängig bis zum 18. Le-

bensjahr erweitert werden. Versicherte Kinder und Jugendliche haben demnach Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung gefährden. Der G-BA regelt innerhalb von 12 Monaten das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

Stellungnahme

Die KBV begrüßt die Erweiterung der Altersgrenze bei Kindern und Jugendlichen auf die Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die ausdrückliche Benennung der präventionsorientierten Beratung. Darüber hinaus begrüßt die KBV die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung der psychosozialen Entwicklung bei den Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen. Somit können Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei diesen Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt sowie ggf. geeignete Maßnahmen (z.B. weiterführende Diagnostik, Beratung der Eltern, gegebenenfalls Therapie) ergriffen werden. Damit können die Lücken bei den Kinder- und Jugenduntersuchungen geschlossen werden. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich auf die Manifestation von Krankheiten und Krankheitsrisiken in der Altersgruppe der 6- bis 10-jährigen wie auch während der Pubertät hingewiesen. Bezüglich der ebenfalls vorgesehenen „Präventionsempfehlung“ verweist die KBV auf ihre Ausführungen zu den §§ 20 und 25 (neu) oben.

Nr. 14 (§ 65a) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Sachverhalt

Die Krankenkassen sollen zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze Boni als finanzielle Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten in ihren Satzungen vorzusehen.

Stellungnahme

Im Zusammenhang mit der Bezugnahme auf die Regelung des § 62 SGB V regt die KBV an dieser Stelle an, in dem Präventionsgesetz nunmehr auch die Regelung zu streichen, dass eine reduzierte Belastungsgrenze durch Zuzahlungen nicht für Versicherte gelten soll, die die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Diese Streichung sollte analog zu der bereits im Zuge des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) diesbezüglich vorgenommenen Streichung für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erfolgen. Die gesetzliche Begründung zur Streichung des Bezugs auf § 25 Abs. 2 (Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) aus dem § 62 Abs. 1 Satz 3 im Zuge des KFRG, nach der auch bevölkerungsmedizinisch sinnvolle und empfehlenswerte Früherkennungsmaßnahmen für gesunde und beschwerdefreie Personen ein Risiko beinhalten (Konsequenzen aus falsch-negativen oder falsch-positiven Testbefunden), gilt gleichermaßen für die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V.

Änderungsvorschlag

Streichung § 62 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 SGB V.

Nr. 16 (§ 132e) Versorgung mit Schutzimpfungen

Sachverhalt

Bislang ist bereits geregelt, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände u.a. mit Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch mit geeigneten Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d (neu: § 20 i) Abs. 1 und 2 abschließen. Dabei müssen die Krankenkassen oder ihre Verbände sicherstellen, dass insbesondere Vertragsärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung vor, dass auch Betriebsärzte geeignete Ärzte im Sinne der Vorschrift sind. Aus Sicht des Gesetzgebers können Betriebsärzte aufgrund ihrer Nähe zu den Beschäftigten in den Betrieben einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Impfquoten leisten. Über diese Klarstellung hinaus soll daher zusätzlich geregelt werden, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände zukünftig auch sicherstellen müssen, dass Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen.

Stellungnahme

Aus Sicht der KBV ist die Verbesserung der Durchimpfungsquoten in der Bevölkerung ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Vor diesem Hintergrund kann die KBV die Klarstellung bzw. Neuregelung zur Einbindung von Betriebsärzten in die Versorgung mit Schutzimpfungen nachvollziehen. Hierüber bietet sich unter anderem auch die Möglichkeit, Personen zu erreichen, die die vertragsärztliche Versorgung nicht in Anspruch nehmen („gesunde Erwachsene“). Diese Personengruppe ist gerade auch im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des ‚Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland‘ als nur schwer zu erreichende, aber für den Erfolg wichtige Zielgruppe identifiziert worden.

Nr. 17 (§ 132f) Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Sachverhalt

Nach der vorgesehenen Neuregelung können Krankenkassen oder ihre Verbände über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V Verträge mit Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften schließen.

Stellungnahme

Die KBV lehnt die Regelung ab, nach der aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften von diesen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden können.

Auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V sollen die Vertragsärzte ggf. geeignete gesundheitswirksame Konzepte auch unter Nutzung der

vorgesehenen Präventionsberatungen und -empfehlungen mit ihren Patienten besprechen, im Konsens vereinbaren und kontinuierlich begleiten bzw. nötigenfalls modifizieren. Hierfür ist die Kenntnis der patientenindividuellen, krankheitsbezogenen oder auch biographischen Anamnese, über die die behandelnden Hausärzte verfügen, aus Sicht der KBV essentiell. Eine ausreichende Rückkopplung der im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen erhobenen Gesundheitsuntersuchungsergebnisse an die Hausärzte ist aus Sicht der KBV nicht zu erwarten. Die Gestaltung und das Monitoring ggf. notwendiger und sinnvoller Maßnahmen sind so nicht möglich.

Zusätzlich besteht das Risiko für unnötige Doppeluntersuchungen, wenn - wie zu erwarten - eine lückenlose Informationskette zwischen Betriebsärzten und Vertragsärzten, die Gesundheitsuntersuchungen durchführen, nicht sichergestellt werden kann.

ARTIKEL 5 (Änderungen des SGB XI)

Nr. 1 (§ 5) SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Sachverhalt

Die Pflegekassen sollen zukünftig Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, in dem sie unter der Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollen die Pflegekassen für jeden ihrer Versicherten im Jahr 2016 einen Betrag von 0,30 Euro verausgaben. Die Pflegekassen sollen dafür zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

Stellungnahme

Der Ansatz wird von der KBV grundsätzlich begrüßt. Offen bleibt jedoch auch hier, wie die geplanten Präventionsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden sollen und worin sie sich z.B. gegenüber Maßnahmen der aktivierenden Pflege unterscheiden werden. Indem die Regelung allein auf stationäre Pflegeeinrichtungen abzielt, wird das gesellschaftliche Ziel, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, teilweise konterkariert. Konsequenz wäre es, auch in der ambulanten Pflege entsprechende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass gerade die gewünschten primärpräventiven Angebote bei pflegebedürftigen Menschen schwer bzw. kaum umgesetzt werden können. Notwendig wäre zudem ein neuer differenzierter Pflegebedürftigkeitsbegriff, denn das gegenwärtige (starre) Modell der drei Pflegestufen ist für eine zielgerichtete Prävention bei Pflegebedürftigen – z.B. in Bezug auf die Erhaltung der Selbstständigkeit - weniger geeignet. Bei Bedarf sollten die Angehörigen der Pflegebedürftigen eingebunden werden (die KBV hat das Thema für den ambulanten Bereich im Rahmen eines Vertragskonzeptes aufgegriffen). Darüber hinaus sollte ggf. der behandelnde Arzt bei der Entwicklung und Umsetzung der Präventionsmaßnahmen hinzugezogen werden, wobei ein zusätzlicher Aufwand für den Vertragsarzt angemessen zu berücksichtigen ist.

Nr. 2 (§ 18) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Sachverhalt

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollen Aussagen darüber getroffen werden, ob Beratungsbedarf zu Leistungen der individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Zielstellung verfolgt, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Im Übrigen verweist die KBV auf ihre Kritik zu §§ 20 sowie 20 d bis f.

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

Sachverhalt

Bei der Umsetzung der Expertenstandards soll das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation einzusetzen, berücksichtigt werden.

Stellungnahme

Die Expertenstandards in der Pflege nach § 113a SGB XI (z.B. „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“) werden von der Pflege und Pflegekassen entwickelt. Aus Sicht der KBV sind die Expertenstandards aus folgendem Grund kritisch zu sehen: Die Vorgaben zu den Kompetenzen des Pflegepersonals (z.B. Planung und Koordination zur Erhaltung und Förderung der Mobilität) können dazu führen, dass Leistungen, die nicht in der Pflegeeinrichtung vorgehalten werden können, in die Vertragsarztpraxis (z.B. Verordnung von Heilmittel) verlagert werden.