

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)

zur Erörterung des Referentenentwurfs
eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung
und der Prävention

(Präventionsgesetz - PräVG)

(Bearbeitungsstand: 20. Oktober 2014)

am 26. November 2014 in Berlin

Der MDS nimmt im Folgenden zu den vorgesehenen Änderungen Stellung.

Der MDS begrüßt das Ziel der Bundesregierung, strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe aller hieran Beteiligten unterstützt werden.

Der Referentenentwurf zielt auf Maßnahmen im Gesundheitswesen ab. Gesundheit ist jedoch kein Gut, das sich allein durch Dienstleistungen oder Produkte des Gesundheitswesens herstellen ließe. Vielfach wurde gezeigt, dass die Auslöser für einen unzureichenden Gesundheitszustand der Bevölkerung und eine ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen im sozialen, ökonomischen und politischen Umfeld liegen. Diese Determinanten werden von den Akteuren in den jeweiligen Politikfeldern gesetzt und beeinflussen in starkem Maße die Verteilung von Gesundheit.

Maßnahmen, die allein auf das Gesundheitswesen beschränkt sind, erzielen keine ausreichende Effektivität. Vielmehr gilt es, Gesundheitsaspekten in Sektoren wie Erziehung/Bildung, Familie, Städteplanung oder Landwirtschaft/Ernährung die notwendige Durchdringungskraft zuzugestehen. Es stellt sich damit weniger die Aufgabe eines eng sektorbezogenen Präventionsansatzes als die Durchsetzung einer Strategie der Gesundheit in allen Politikfeldern („Health in all Policies“, WHO 2006). Bund, Länder und Gemeinden sollten beispielsweise in allen Bereichen eine verpflichtende Gesundheitsfolgenabschätzung ihrer Gesetze und Maßnahmen vorzunehmen haben. Gesetzgebung und administrative Entscheidungen haben, wenn sie sich auf gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse stützen, großes Potenzial, Verbesserungen der Gesundheit anzustoßen und unfairen Gesundheitsdifferenzen entgegenzuwirken.

Zu einzelnen vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 20 Abs.2 SGB V-neu-):

In § 20 Abs. 2 SGB V soll neu eingefügt werden, dass die „Handlungsfelder und Kriterien“, die der GKV-SV festlegt, künftig auch die „wissenschaftliche Evaluation“ umfassen sollen.

Bewertung:

Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt: „Die verbindliche Festlegung von Kriterien für eine Evaluation [...] schafft eine Grundlage für die Prüfung insbesondere von Präventionskursen hinsichtlich ihrer Eignung, dauerhafte und gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen zu bewirken.“

Der Leitfaden Prävention der GKV enthält bereits die Vorgabe, dass ausschließlich Präventionskonzepte und -angebote förderfähig sind, die einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit erbracht haben. Der GKV-SV empfiehlt für eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität im Routinebetrieb eine begleitende stichprobenartige Evaluation. Hierfür stellt er auf seiner Homepage mit externer wissenschaftlicher Unterstützung erstellte Instrumente zur Verfügung. Auf diesen Gegebenheiten aufbauend wird es möglich sein, weitere Festlegungen zu treffen.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 20 Abs. 3 SGB V-neu-):

Zukünftig soll der GKV-Spitzenverband bei der Festlegung von Gesundheitszielen der Krankenkassen die Ziele des Kooperationsverbunds „gesundheitsziele.de“ berücksichtigen.

Bewertung:

Die Regelung greift nach unserer Einschätzung inhaltlich zu kurz: Wie oben dargestellt, ist eine allein im Gesundheitswesen ansetzende Maßnahmenpolitik weder effektiv noch effizient. Erforderlich ist eine Gesundheitspolitik in allen Politikbereichen und daher auch eine die Politikbereiche außerhalb von Gesundheit und Pflege übergreifende Zielsetzung.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hat sich die gesetzliche Krankenversicherung für die Maßnahmen in Lebenswelten und in Betrieben bereits seit dem Jahr 2008 Ziele gesetzt, ohne dass es hierfür einer gesetzlichen Vorgabe bedurft hätte. Die Ziele sind mit beratenden Wissenschaftlern und Institutionen abgestimmt. Sie berücksichtigen Vereinbarungen von Initiativen wie „gesundheitsziele.de“, der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, dem Nationalen Aktionsplan IN FORM sowie dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Für die Jahre 2013 – 2018 hat die GKV ihre Ziele weiterentwickelt und neu akzentuiert. Die Ziele gliedern sich in „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“. Präventionsaktivitäten sind eher auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Jedes dieser Ziele ist wiederum in drei Teilziele untergliedert. Die Teilziele sind quantifiziert und prozessbezogen, damit ihr Erreichungsgrad ermittelt werden kann. So wurde für die Krankenkassen ein Anreiz gesetzt, ihre Aktivitäten oder die Anzahl der zu erreichenden Personen um ein festgelegtes Ausmaß zu steigern.

Vor diesem Hintergrund erscheint die mit dem Präventionsgesetz angedachte Aufzählung einzelner Gesundheitsziele als zu statisch, um Weiterentwicklungen abbilden zu können.

Nach dem Referentenentwurf sollen Kriterien für eine Messung der mit den Leistungen verfolgten Ziele im Bereich der Krankenversicherung festgelegt werden (§ 20 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V). Die GKV misst bereits seit dem Jahr 2007 – dem Jahr der Messung des Ausgangszustands – jährlich den Zielerreichungsgrad mit Hilfe des Präventionsberichts.

Der Präventionsbericht dokumentiert die Daten aller Kassenarten und stellt Transparenz über das Leistungsgeschehen der GKV in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung her.¹ Der Präventionsbericht wird vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS) auf Basis der bundesweiten Berichterstattung der Krankenkassen erstellt und gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband herausgegeben. Basierend auf dem Vergleich der Krankenkassenaktivitäten im jeweiligen Berichtsjahr mit den Zielen formuliert der Präventionsbericht Empfehlungen für das jeweilige Folgejahr.

Vor diesem Hintergrund, und auch weil dies dem Charakter der Selbstverpflichtung der Kooperationspartner von gesundheitsziele.de widersprechen würde, sehen wir keine

¹ GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e. V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Knappschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. [vdek]): Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2013. Im Druck, Veröffentlichung Ende November 2014, www.mds-ev.de, Dokumente & Formulare, Gesundheit/Krankheit/Prävention

Notwendigkeit einer gesetzlichen Bezugnahme der Krankenkassenleistungen auf Zielformulierungen von gesundheitsziele.de.

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 20d SGB V –neu-):

Mit der Einführung einer Nationalen Präventionsstrategie soll auch alle vier Jahre die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention verbunden sein (§ 20d Abs. 2 Nr. 2 SGB V –neu-).

Bewertung:

Die Verpflichtung der Träger, auch der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Pflegekassen, Angaben zu verschiedenen Parametern zu liefern, bewerten wir positiv.

Die gesetzlichen Krankenkassen dokumentieren seit dem Jahr 2001 ihre Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in ihren Präventionsberichten. Der MDS wertet diese Ergebnisse aus und stellt sie in einem jährlichen Präventionsbericht zusammen, der gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) veröffentlicht wird.

Die Darstellungen und Ergebnisse aus den jährlichen GKV-Präventionsberichten können in den geplanten trägerübergreifenden Bericht einfließen. Für diesen Bericht schlagen wir eine präzisere Bezeichnung vor, etwa „Bericht zur Nationalen Präventionsstrategie“.

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

Die Regelung in § 23 Absatz 2 SGB V -neu- sieht vor, dass Versicherte bei Vorliegen besonderer beruflicher oder familiärer Belastungen (z. B. Beschäftigte im Schichtdienst, pflegende Angehörige) unmittelbar, somit ohne vorherige Inanspruchnahme ambulanter Maßnahmen, ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen können. Dies wird damit begründet, dass sich bei dieser Personengruppe ambulante Maßnahmen nicht in den regulären Tagesablauf integrieren lassen und oftmals nicht in Anspruch genommen werden können.

Bewertung:

Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V sind interdisziplinäre, medizinische Leistungen mit primär- oder sekundärpräventiver Zielsetzung, die angezeigt sind, wenn

- ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind;
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialem Umfeld geboten scheint.

Neben der Bewertung des vorliegenden Gesundheitsproblems (beeinflussbare Risikofaktoren, Gesundheitsstörungen oder bereits manifeste chronische Krankheiten) werden bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit bereits jetzt, gemäß der für Krankenkassen und den Medizinischen Dienst verbindlichen Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ (MDS 2012), die auf das Gesundheitsproblem sowohl positiv wie negativ wirkenden umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren berücksichtigt.

Bei den in der Begutachtungs-Richtlinie aufgeführten Beispielen für negativ wirkende Kontextfaktoren sind auch benannt:

- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen
- Ständiger Zeitdruck
- Berufliches Anforderungsprofil

Des Weiteren können die Leistungen auch erbracht werden, wenn die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem häuslichen Umfeld geboten scheint.

Somit werden bereits jetzt schon bei der sozialmedizinischen Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit für eine ambulante Vorsorgeleistung, der oben genannte Personenkreis ausreichend berücksichtigt.

Eine darüberhinausgehende Regelung erscheint nicht sinnvoll, da die in Rede stehenden besonderen Belastungen zwar als negative Kontextfaktoren in der Gesamtbewertung berücksichtigt werden können, es aber an objektivierbaren Beurteilungskriterien für den Aspekt “besondere berufliche oder familiäre Belastungen“ im Sinne einer trennscharfen Anspruchsvoraussetzung fehlt. Eine einheitliche und gerechte Leistungsgewährung auf der Basis einer solchen Regelung ist daher nicht vorstellbar. Die Regelung sollte gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 25 Absatz 4 SGB V –neu):

In Zukunft sollen Präventionsempfehlungen im Sinne des § 25 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen in Richtlinien nach § 92 SGB V regeln.

Bewertung:

Die Regelung enthält auch Voraussetzungen für die im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung (§ 25 Abs. 3 SGB V - neu-). Der MDS hat im Zusammenhang mit dem Einsatz von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten immer wieder darauf hingewiesen, dass für sehr viele derartige Angebote der Nutzen nicht hinreichend nachgewiesen ist und das Schadenspotenzial oft unterschätzt wird (vgl. www.igel-monitor.de). Auch viele andere Experten im Gesundheitswesen weisen regelmäßig kritisch auf die unzureichende Evidenz für solche Leistungen hin. Das Präventionsgesetz bietet die Chance die wissenschaftliche Fundierung der im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erbrachten Früherkennungsmaßnahmen langfristig zu verbessern. Die im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen für die im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung sollten daher um das Kriterium „Nutznachweis“ ergänzt werden. Damit würde ein Anreiz gesetzt, die Erkenntnislage zu Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen nachhaltig zu verbessern.

Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 5 SGB XI):

Künftig sollen Pflegebedürftige in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung erhalten. 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.

Insoweit sollen sich die Pflegekassen auch an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V beteiligen.

Bewertung:

Die beabsichtigten Leistungen zur Prävention für Pflegebedürftige in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen wird ebenso wie die damit einhergehende Beteiligung der Pflegekassen an der Nationalen Präventionsstrategie begrüßt.

Der Ansatz, durch präventive Maßnahmen der Pflegekassen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken, wird begrüßt. Dies gilt insbesondere auch für das vorgesehene Verfahren, unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zusammen mit den Pflegekassen zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.

Zu Artikel 5 Nr. 2 und 3 (§§ 18, 18a SGB XI):

Jede Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll künftig auch eine Aussage zum Beratungsbedarf der Antragsteller hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V enthalten. Diese Feststellung ist in einer gesonderten Präventionsempfehlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu dokumentieren.

Bewertung:

Dem Eintritt oder der Verschlechterung einer Pflegebedürftigkeit durch präventive Maßnahmen zu begegnen, wird grundsätzlich begrüßt.

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bereits heute schon Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen abgeben. Dies gilt auch für das neue Pflegebedürftigkeits-Assessment, das im Rahmen der zurzeit laufenden Praktikabilitätsstudie erprobt wird.

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.

Die vorgeschlagene Ergänzung des Gesetzes ermöglicht jetzt die Feststellung des Beratungsbedarfs.

Aus Sicht des MDS wird es sich dabei weniger um Beratungsbedarf hinsichtlich Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V handeln als vielmehr hinsichtlich Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V-neu-).