



Fakultät für
Wirtschaftswissenschaften

Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(37)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
24.03.2015

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“**

– hier: Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Anke Walendzik, Lennart Weegen MA, Dr. Rebecca Jahn

Essen, den 04.03.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Vorbemerkungen.....	3
2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs	6
3. Literatur	12

1. Hintergrund und Vorbemerkungen

In den letzten zehn Jahren hat die Sicherung und der Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit besonders auch von Beschäftigten, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, sowohl auf betrieblicher als auch auf politischer, gesellschaftlicher und sozialversicherungssystemischer Ebene an Bedeutung zugenommen. Dies lässt sich unter anderem auf den demographischen Wandel und dessen Folgen verbunden mit einem veränderten Erkrankungsspektrum sowie der zukünftigen Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung zurückführen.

Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland wird, analog zu den Entwicklungstendenzen in den meisten Industrienationen, künftig abnehmen und die erwerbstätige Bevölkerung wird im Vergleich zu heute ein durchschnittlich höheres Lebensalter aufweisen. Laut Vorausberechnung des statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der Erwerbsfähigen 20-64-Jährigen bis 2030 um über 6 Millionen sinken, während die Anzahl der Rentenfähigen über 65-Jährigen um mehr als 5 Millionen zunehmen wird. Für das Jahr 2060 ist davon auszugehen, dass die erwerbsfähige Bevölkerung lediglich etwa 36 Millionen Menschen umfassen wird, was einer Reduktion von 27 % im Vergleich zum heutigen Stand von knapp 50 Millionen Menschen im Erwerbsalter entspricht. In diesem Zusammenhang zeichnet sich für die Arbeitswelt ab, dass viele Personen der geburtenstarken Jahrgänge bis zum Jahr 2030 in Ruhestand gehen werden (Statistisches Bundesamt 2009). Parallel zu dieser Entwicklung geht mit dem zunehmenden Alter der Erwerbsbevölkerung auch eine Zunahme an chronisch kranken Arbeitnehmern einher. Der Wandel des Krankheitsspektrums mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zieht deutliche Veränderungen der Krankheitslast der Bevölkerung sowie des medizinischen Versorgungs- und Rehabilitationsbedarfs u.a. innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nach sich. Waren im Jahr 2000 noch ca. 46 % aller Erkrankungen chronisch, ist bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg des Anteils chronischer Krankheiten an der Gesamtmorbidität auf 60 % zu rechnen (Gensichen et al. 2006).

Nach Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes verlieren bereits heute jährlich 500.000 Menschen ihren Arbeitsplatz aufgrund krankheitsbedingter Kündigungen. Am häufigsten sind chronisch- und langzeiterkrankte Beschäftigte im höheren Alter betroffen. Kommt es krankheitsbedingt zum Verlust des Arbeitsplatzes, erweist sich der Wiedereinstieg in das Erwerbsleben in vielen Fällen als kaum zu bewältigende Herausforderung, denn gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitssuchende haben auch heute nach wie vor schlechtere Eingliederungschancen (Vater & Niehaus 2013).

Die vielfältigen Veränderungen in der Arbeitswelt – insbesondere die Verlagerung der Wertschöpfung vom industriellen zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt – haben nicht zu dem eigentlich erwarteten generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Im Gegenteil ist neben den in vielen Berufen weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen eine Zunahme an psychischen Belastungen festzustellen. Dies spiegelt sich auch in den jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten wieder: Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen heute zwar mit rund einem Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage immer noch den häufigsten Grund für Fehlzeiten dar, jedoch nehmen AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen bereits Platz zwei in der AU-Tage-Statistik ein. Basierend auf Analysen der DAK im Rahmen des Gesundheitsreports aus dem Jahr 2013, mit dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Sind wir heute anders krank?“, konnte gezeigt werden, dass AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012 um den Faktor 2,7 zugenommen haben, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen (DAK 2013; Knoche & Sochert 2013). Neben Einbußen an Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität für die Betroffenen verursacht Arbeitsunfähigkeit auch hohe volkswirtschaftliche Kosten bedingt durch Produktionsausfälle, welche jährlich von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geschätzt werden. Im Jahr 2012 fielen rund 1,4 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt stehen unter dem Strich 53 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass jeder Beschäftigte durch seine Arbeit Werte schafft, steigen die Kosten weiter: Für das Jahr 2012 betrug der Verlust an Bruttowertschöpfung 92 Milliarden Euro (BAuA 2014).

Die aufgezeigten gesellschaftlichen und krankheitsbezogenen Veränderungen ziehen zahlreiche Herausforderungen nicht nur in der Planung der Gesundheitsversorgung sowie deren nachhaltigen Finanzierung sondern auch in der Wahrung der Rechte zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen nach sich (Vater et al. 2013)

Mit der Vereinbarung einer Demografiestrategie der Bundesregierung wurde bereits ein erster wichtiger Schritt getan. Im Rahmen dieser Vereinbarung wurde unter anderem festgehalten, dass zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung erkrankter und behinderter Menschen ergriffen werden sollen (Vater et al. 2013). Darüber hinaus wurde mit Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX der Arbeitgeber verpflichtet „alle Aktivitäten, Maßnahmen und Leistungen“ zu ergreifen, „die geeignet sind, im konkreten Einzelfall die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen und auf

Dauer zu sichern“ (Freigang-Bauer & Gröben 2011). Primäres Ziel des BEM ist es, Arbeitsunfähigkeiten und eine mögliche Chronifizierung von Erkrankungen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang spielt an der Schnittstelle zwischen inner- und außerbetrieblichen Funktionsbereichen die Kooperation zwischen Betrieben und den einzelnen Sozialversicherungsträgern bei der Sicherung und dem Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Arbeitnehmer eine zentrale Rolle.

Der Regierungsentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ bietet dem Gesetzgeber die Möglichkeit, sowohl die Sicherung und den Erhalt als auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besonders von chronisch kranken Arbeitnehmern durch kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung zu fördern. **Diese Gelegenheit wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht entschieden genug genutzt.**

In der Versorgungslandschaft finden solche kooperativen Maßnahmen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Rentenversicherungsträgern in Form von einzelnen Modellprojekten bereits erfolgreich Anwendung. Beispielhaft für solche Best-Practice-Modelle sollen das Modell- bzw. Kooperationsprojekt „JobReha“, das auf eine Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz zielt, das betriebliche Rehabilitationskonzept BeReKo Muskel-Skelett-Erkrankungen der Salzgitter AG und das WeB-Reha Projekt „**Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit der DRV Rheinland in Rehabilitationsangelegenheiten**“ genannt werden. Bei „JobReha“ handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskuloskelettaler Beschwerden von Mitarbeitern zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover (Deutsche Post AG und Volkswagen Nutzfahrzeuge) auf eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Werksärzten, gesetzlicher Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtung setzt. Mitarbeiter erhalten nicht nur durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement eine vereinfachte Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen sondern auch eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielter betrieblicher Wiedereingliederung (Schwarze et al. 2008; Manecke et al. 2008). Ziel des BeReKo-Modells der Salzgitter AG ist es, gemeinsam mit der BKK Salzgitter, der DRV Braunschweig-Hannover, dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelus-Klinik an der Gande und dem Ambulanten Rehazentrum Braunschweig als Partner die Erwerbsfähigkeit eines erkrankten Mitarbeiters am bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Neben primärpräventiven Ansätzen werden fokussiert sekundär- und tertiärpräventive rehabilitative Ansätze verfolgt, um den betroffenen Mitarbeitern in jedem Krankheitsstadium adäquate Unterstützungsleistungen anbieten zu können (Koch et

al. 2013; Leineweber 2011). Im Jahr 2005 wurde das Projekt WeB-Reha von der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und der DRV Rheinland ins Leben gerufen. Das Projekt WeB-Reha basiert auf der Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller Beteiligten nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX, worin sich die Rehabilitationsträger verpflichten, sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe die Haus-, Fach- und Betriebsärzte zu beteiligen (Bicker et al. 2007). Ziel und wesentliche Merkmale des Konzeptes sind ein hoher Arbeitsplatzbezug der erbrachten Leistungen, „kurze Wege“ beim Informationsaustausch, eine zeitnahe Umsetzung betrieblicher Maßnahmen sowie die inner- als auch außerbetriebliche Prüfung der Nachhaltigkeit der veranlassten Leistungen (Theißen o. J.). Im Jahr 2011 vernetzten sich bereits über 50 große Unternehmen in Nordrhein-Westfalen, die DRV Rheinland, Westfalen und Knappschaft-Bahn-See, beide Ärztekammern Nordrhein-Westfalens, der arbeitsmedizinische Dienst BAD, der Landesverband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte und die IAS-Stiftung im WeB-Reha Projekt (von Manteuffel 2011).

Zur Überführung der guten Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssysteme aus dem Modellstatus in die Regelversorgung sowie zur nachhaltigen Stärkung von Bemühungen inner- und außerbetrieblicher Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erkrankter Mitarbeiter oder solchen unter besonderem Risiko zur Ausbildung einer Erkrankung erscheinen die folgenden Anpassungen bzw. Ergänzungen im Gesetzesentwurf nach Auffassung der Autoren für notwendig:

2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs

Zum nachhaltigen Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten oder Versicherten unter Risiko zur Chronifizierung einer Erkrankung sollten im Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 17.12.2014 auch explizit Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten Berücksichtigung finden.

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Die Autoren begrüßen die Ausweitung des Spektrums geeigneter Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt und entsprechende Richtlinien nach § 137f Abs. 2 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen werden sollen.

Der explizite Auftrag an den G-BA, für die Behandlung von Rückenleiden und Depression Richtlinien nach Abs. 2 zu erlassen, wird insbesondere deshalb begrüßt, weil diese zwei Erkrankungen zu den drei Diagnosegruppen – Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M00-M99); Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99); Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) – zählen, die bundesweit für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind.

Der sektorübergreifende und interdisziplinäre Konzeptansatz der strukturierten Behandlungsprogramme konnte seit Implementierung in das GKV-System im Jahr 2002 die Qualität der Versorgung von chronisch kranken Patienten nachhaltig verbessern. Dies zeigen beispielsweise die Ergebnisse des Qualitätsberichtes 2013 zu den Disease Management Programmen (DMP) in Nordrhein, die Evaluationsergebnisse des Bundesversicherungsamtes für Diabetes mellitus Typ 2 aus dem Jahr 2009 oder die ELSID-Studie (Hagen et al. 2014; BVA 2009; Miksch et al. 2010). Obgleich für über 6,5 Millionen eingeschriebene Versicherte die Versorgung durch über 9.900 zugelassene Programme der Krankenkassen flächendeckend sichergestellt werden kann (BVA 2014), bleiben nach Meinung der Autoren besonders Leistungen und spezifische Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von eingeschriebenen Versicherten im erwerbsfähigen Alter meist unberücksichtigt. Zwar wurden in den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen unter dem Aspekt der Rehabilitation bei allen DMP-Erkrankungen der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit adressiert, jedoch bleiben präventive medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe oder frühzeitige Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von eingeschriebenen Versicherten in Kooperation zum Beispiel mit Werks- und Betriebsärzten oder den entsprechenden Rentenversicherungsträger zu vermissen.

In der Versorgungspraxis zeigen die Erfahrungen der einzelnen Modell- und Kooperationsprojekte, wie u. a. dem „JobReha“-Modell, dass insbesondere bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe und einer betrieblichen Wiedereingliederung eine systematische Kooperation und gegenseitige Information zwischen Werks- und Betriebsärzten, Haus-, Fach- sowie den Rehabilitationsärzten und allen beteiligten Sozialversicherungsträgern von zentraler Bedeutung für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern ist. Durch ein optimiertes Schnittstellenmanagement mit verbesserten Informations- und Kommunikationswegen zwischen allen beteiligten Akteuren lassen sich sowohl Verkürzungen der zeitlichen Abläufe vor und nach den eigentlichen Maßnahmen, Anpassungen der therapeutischen

Maßnahmeninhalte an die tatsächlichen Arbeitsplatzsituationen sowie eine Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten realisieren (Teumer et al. 2010).

Um auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen ein stärkeres Bewusstsein für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten zu fördern, sollte nach Auffassung der Autoren in § 137f Abs. 2 SGB V der G-BA aufgefordert werden, in den Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen nach Abs. 1 auch den Aspekt des Erhalts und der Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen eines entsprechend auszugestaltenden zusätzlichen Moduls in Anlehnung an das „Zusatzmodul chronische Herzinsuffizienz“ zu berücksichtigen.

Die Autoren dieser Stellungnahme empfehlen, zur Förderung der Implementierung solcher Zusatzmodule mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter einen finanziellen Anreizmechanismus in Anlehnung an die sogenannte „DMP-Pauschale“ des Gesundheitsfonds für die gesetzlichen Krankenkassen zu entwickeln. Dies ließe sich, nach Veröffentlichung einer entsprechenden Richtlinie gemäß § 137f Abs. 2 SGB V durch den G-BA, durch eine Novellierung des § 38 „Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme“ der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) wie folgt realisieren:

- Ergänzung eines Abs. 1a: „Zur Förderung der Implementierung eines Zusatzmoduls Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit in bereits bestehende und neu aufgelegte strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Zulassung durch das Bundesversicherungsamt aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Absatz 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der durchschnittlichen zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsleistungen im Rahmen des Zusatzmoduls. Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.“
- Änderung des Abs. 2 in: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 bis 1a und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 2 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren. § 30 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

Zur Finanzierung solcher zusätzlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme aus dem Gesundheitsfonds zur Förderung des Aufbaus von Zusatzmodulen mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter stehen zwei Optionen zur Verfügung: Zum einen ließen sich zusätzliche Finanzmittel für die Zuweisungen des § 38 Abs. 1a RSAV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzieren. Wird eine Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve abgelehnt, ließen sich zum anderen die Finanzmittel über die Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds über entsprechende Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen generieren. Beide Finanzierungsweisen scheinen geeignet um die benötigten Finanzmittel bereitzustellen.

§ 140a Besondere Versorgung

Die Neustrukturierung der bislang bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen in Gestalt des neu gefassten § 140a Besondere Versorgung, ist nach Auffassung der Autoren sehr zu begrüßen. Die Zusammenfassung der bisher in §§ 73a, 73c und § 140a-d SGB V geregelten Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen Strukturverträge, Verträge über eine integrierte Versorgung und Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung zu schließen, erweitert nicht nur die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen, sondern zieht wünschenswerterweise einen Abbau von bürokratischen Hemmnissen im Rahmen des Vertragsabschlusses nach sich.

Jedoch bietet die Neugestaltung des § 140a nur begrenzt Spielraum zur Überführung der positiven Erfahrungen und erprobten Kooperationsysteme von Modell- und Kooperationsprojekten (Best-Practice-Modelle) zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronischen kranken Arbeitnehmern oder Arbeitnehmern unter Risiko zur Ausbildung einer chronischen Erkrankung entsprechend der Leuchtturmmodelle wie „JobReha“, „BeReKo“ oder „WeB-Reha“ (Manecke et al. 2008, Koch et al. 2013, von Manteuffel 2011) in die allgemeine Versorgungspraxis. Obgleich eine Vielzahl an trägerübergreifenden Kooperationsvereinbarungen und Modellprojekten zusammen mit den Unternehmen in der Praxis existieren und auch gelebt werden, scheinen diese z. T. an besonders engagierte Personen oder engagierte regionale Sozialversicherungsträger bzw. Partner gebunden zu sein. Vertraglich werden diese Modellprojekte z. T. seitens der Krankenkasse auf Basis der §§ 140a-d SGB V umgesetzt. Diese Variante stellt jedoch lediglich eine Behelfsmöglichkeit dar, da weder Träger der

gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung noch Arbeitgeber sowie von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte Vertragspartner nach § 140b SGB V sein können.

Die Autoren dieser Stellungnahme regen daher die folgenden Änderungen des neustrukturierten § 140a SGB V an, um die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen noch auszudehnen und gleichzeitig kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie innerbetrieblichen Akteuren zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

In Abs. 3 Satz 1 sollten über die Nummern 8 bis 10 als neue Vertragspartner für die gesetzlichen Krankenkassen ergänzt werden:

- Nr. 8: Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Nr. 9: Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Nr. 10: Arbeitgeber sowie von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte.

Ziel dieser Ergänzung ist die Förderung von betriebsnahen sekundärpräventiven, integrierten und sozialversicherungsübergreifenden Versorgungskonzepten zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von beschäftigten Versicherten in Anlehnung an Modellprojekte wie „JobReha“ oder „BeReKo“.

Konsequenterweise müsste es in diesem Zusammenhang auch zu einer Änderung des Abs. 1 Satz 2 in folgender Form kommen:

*„Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren **und Sozialversicherungssysteme** übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge.“*

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurde mit der Aufnahme der Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in den § 140b SGB V den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Verträge über die Grenze einzelner Sozialversicherungssysteme hinweg zur Versorgung der Versicherten zu schließen.

Die Autoren dieser Stellungnahme empfehlen zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung solcher sozialversicherungssystemübergreifenden Kooperationsmodelle im Rahmen des neugestalteten § 140a SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen die

Implementierung eines finanziellen Anreizmechanismus zur Abgeltung der spezifischen Kooperationsmodellkosten über den Gesundheitsfonds.

Dies ließe sich durch eine Novellierung der RSAV mit Neugestaltung eines § 38a ab 2016 realisieren.

Neu zu gestaltender § 38a „Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

(1) Zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung besonderer Versorgungsmodelle in Kooperation mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung oder den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsam mit Unternehmen erhalten Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 140a Absatz 4 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Beratung mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung bestimmt die Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen und das Meldeverfahren.

Die Finanzierung solcher Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a SGB V durch den neu eingeführten § 38a RSAV kann nach Auffassung der Autoren über zwei Wege erfolgen. Einerseits könnten die zusätzlich benötigten Finanzmittel für die Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Sollte es zu keinem Rückgriff auf die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds kommen, könnten die Finanzmittel andererseits auch aus den Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds, mit entsprechender Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen, generiert werden. In einem solchen Fall müsste der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Anteil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben an der Programmkostenpauschale bestimmen. Gleiches gilt für die Bestimmung eines Nettoverwaltungsausgabenanteils an der Programmpauschale. Beide Anteile würden in Folge bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend für die Bestimmung der Grundpauschale, Krankengeld, der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge sowie den standardisierten Verwaltungsausgaben bei den zu berücksichtigten Ausgaben abgezogen werden.

3. Literatur

- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2012. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html [Zugriff Februar 2015]
- Bicker H-J, Hefer B, Hess-Gräfenberg R (2007): Das Projekt WeB-Reha. Rheinisches Ärzteblatt 10/2007; 20-21
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2009): Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2. März 2009
http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/DMP-Veranstaltungen/Evaluationsergebnisse_DM2_03-06_bericht.pdf [Zugriff Februar 2015]
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2014): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) (letzte Aktualisierung Dezember 2014)
<http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html> [Zugriff Februar 2015]
- DAK (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013
http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [Zugriff Januar 2015]
- DRV Baden-Württemberg – Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2008): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Reha-Projekte/Betsi-Rahmenkonzept.pdf?_blob=publicationFile&v=7 [Zugriff Februar 2015]
- Freigang-Bauer I, Gröben F (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Hans-Böckler-Stiftung; Arbeitspapier 224; 2011
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller U A, Angermann C E, Gerlach F M, Wagner E (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes; 100; 365-374
- Hagen B, Altenhofen L, Groos S, Kretschmann J, Weber A (2014): Qualitätssicherungsbericht 2013 Disease-Management-Programme in Nordrhein – Brustkrebs – Diabetes mellitus Typ1 /Typ 2 – Koronare Herzerkrankheit – Asthma/COPD. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-

- Hoß K, Pomorin N, Reifferscheid A, Wasem J (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 200; Universität Duisburg-Essen
- Knoche K, Sochert R (2013): Einleitung. In iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 41-47
- Koch B, Kröger C, Leineweber B, Marquardt B (2013): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt. In iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 6-12
- Leineweber B (2011): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. Netzwerkarbeit, die wirkt. Die BKK 01/2011
- Manecke I-A, Spallek M, Rebe T, Wrbitzky R, Gutenbrunner C, Schwarze M (2008): Das Modellprojekt "JobReha" Hintergrund und Praxisbericht. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 43, 6, 2008
- Miksch A, Laux G, Ose D, Joos S, Campbell S, Riens B, Szecsenyi J (2010): Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? Am J Manag Care 2010; 16:49-54
- Schwarze M, Ristel N, Rebe T, Gutenbrunner C, Wrbitzky R, Manecke I-A, Spallek M (2008): Schnittstellenmanagement in der "JobReha" Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Rehabilitationsärzten. Zbl Arbeitsmed 58; 2008, 216-218
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
- Teumer F, Wassmus A-K, Cyganski L, Teichler N, Gutenbrunner C, Schwarze M (2010): Gesundheitsökonomische Evaluation der JobReha bei Volkswagen Nutzfahrzeuge Hannover; Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 45, 8, 2010
- Theißen U (o.J.): Das Projekt WeB-Reha – Abstract
<https://www.aekno.de/downloads/aekno/webreha-theissen.pdf> [Zugriff Februar 2015]
- Vater G, Hodek L, Niehaus M (2013): Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen. In Luthe E-W (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaft 417-429
- Vater G, Niehaus M (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 13-19
- von Manteuffel L (2011): Mit Vernetzung zum Erfolg. Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 17 2011; A936-A938