

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes zur  
Anhörung des Gesundheitsausschusses  
am 22.04.2015**

**zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der  
Gesundheitsförderung und  
Prävention (Präventionsgesetz PräVG)**

BT-Drucksache 18/4282

sowie zu den Anträgen

**Bündnis 90/Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen –  
Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheits-  
förderungsgesetz**

BT-Drucksache 18/4327

**Linke: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf  
die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher  
Ungleichheit ausrichten**

BT-Drucksache 18/4322

Stand 20.04.2015

<b>I. Vorbemerkung</b> .....	<b>- 4 -</b>
<b>II. Gesetzentwurf</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 8 -</b>
Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung .....	- 8 -
Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten .....	- 9 -
Nr. 3 § 11 Leistungsarten .....	- 10 -
Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 11 -
Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 12 -
Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 14 -
Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 15 -
Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 16 -
Nr. 4 § 20 Abs. 6 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 18 -
Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	- 19 -
Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	- 20 -
Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	- 22 -
Nr. 7 § 20c Absatz 1 Abstimmung mit der Unfallversicherung.....	- 23 -
Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie .....	- 24 -
Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz .....	- 26 -
Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz .....	- 27 -
Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie .....	- 28 -
Nr. 8 § 20g Modellvorhaben .....	- 29 -
Nr. 10 § 20d wird § 20i Schutzimpfungen.....	- 30 -
Nr. 11 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen .....	- 31 -
Nr. 12 § 24 d Hebammenhilfe.....	- 33 -
Nr. 14 § 25 Gesundheitsuntersuchungen .....	- 36 -
Nr. 15 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.....	- 38 -
Nr. 16 § 65a Abs. 1 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	- 39 -
Nr. 16 § 65a Abs. 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	- 42 -
Nr. 18 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung.....	- 43 -
Nr. 19 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte .....	- 45 -
Nr. 20 § 140 f Patientenbeteiligung .....	- 46 -
<b>Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> -	<b>47 -</b>
Nr. 1 § 20 Absatz 5 Zertifizierung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention .....	- 47 -
Nr. 2 § 20a Absatz 2 Satz 3 Vergütung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) .....	- 48 -

Nr. 3 a) § 20b Absatz 1 Satz 2 Zertifizierung individualpräventiver Angebote in Betrieben ..... - 49 -

Nr. 3 b) § 20b Absatz 3 Regionale Koordinierungsstellen ..... - 50 -

Nr. 3 b) § 20b Abs. 4 Betriebliche Gesundheitsförderung ..... - 51 -

**Artikel 6 und 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch .... - 52 -**

Nr. 1 § 5 und Artikel 7 § 5 Abs. 3 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation ..... - 52 -

Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ..... - 55 -

Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht. - 56 -

Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen- 57 -

Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege ..... - 58 -

**III. Anträge..... - 59 -**

Antrag Bündnis90/Die Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz ..... - 59 -

Antrag Die Linke: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten ..... - 61 -

## I. Vorbemerkung

Vorsorge ist besser als heilen. Diesen Grundsatz lebt die AOK seit vielen Jahren in ganz besonderem Maße und setzt sich mit zahlreichen innovativen Angeboten für die Gesunderhaltung ihrer rund 24 Millionen Versicherten ein. Im Fokus stehen dabei sowohl Präventionsangebote für Kinder als auch das breite Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Doch Prävention und Gesundheitsförderung können nicht alleine von den Krankenkassen geleistet werden. Es ist zweifellos eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das erfordert, dass alle Faktoren und Zuständigkeiten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, in den Fokus einer nationalen Präventionsstrategie genommen werden müssen. Mit dem nunmehr vierten Anlauf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention werden aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zwar Strukturen skizziert, wie Prävention als wesentliche Säule zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ausgebaut werden könnte. Mit dem Ansatz, dies schwerpunktmäßig im SGB V zu regeln, wird allerdings allein die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum gestaltenden Akteur gemacht, sodass der Entwurf deutlich hinter dem Erforderlichen zurückbleibt. Die finanziellen Lasten des Vorhabens werden allein den gesetzlich Krankenversicherten über ihren Zusatzbeitrag auferlegt.

Richtigerweise wird in dem Entwurf herausgestellt, dass „die Bedingungen der alltäglichen Lebenszusammenhänge“ einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Lebensstil haben. Die Bandbreite der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen sowie die dafür relevanten Akteure werden auch in den bisher formulierten „nationalen Gesundheitszielen“ deutlich, die den Handlungsrahmen von Gesundheitsförderung und Prävention bilden sollen. Eine im Gesetzentwurf angestrebte „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ impliziert, dass auch die sozialen Komponenten nicht vernachlässigt werden dürfen. Hier bleibt das Gesetz allerdings weit hinter den Erwartungen zurück, da den für die Daseinsvorsorge verantwortlichen Akteuren eine Beteiligung freigestellt bleibt.

Es fehlt an der Normierung von Verantwortung für die Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die im Bereich von Umwelt und Stadtentwicklung, Bildung, Ernährung, Familie, Senioren und Jugend sowie Arbeit einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse haben. Neben der Fokussierung auf das gesundheitliche Verhalten des Einzelnen fehlt eine stärkere Berücksichtigung verhältnispräventiver Aspekte. Nun sollen die Krankenkassen, die keinerlei Zuständigkeit für die Gestaltung von Lebensverhältnissen haben, mit hohem bürokratischem Aufwand eine Präventionsstrategie entwickeln.

Der Schwerpunkt des Gesetzentwurfs liegt auch weniger auf der Bekämpfung der Ursachen gesundheitlicher Risiken, sondern auf der Behandlung von Symptomen. In der Gesetzesbegründung wird zwar der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit als Ursache von Krankheit genannt, daraus allerdings nur die Prävention der individuellen Gesundheitsrisiken abgeleitet. Ähnliches wird auch bei den ärztlichen Untersuchungen deutlich. Ärzte besitzen weder in der Einschätzung sozialer Lebensrisiken ausreichende Kompetenz noch können sie inhaltlich und zeitlich eine ursachenbezogene Beratung und Intervention einleiten. Wichtig ist, Menschen niedrigschwellig in ihren Lebenswelten zu erreichen. Es hilft den Betroffenen nicht, sozialen Problemen einen Krankheitswert zu verleihen. Die soziale Verantwortung auf das Gesundheitswesen zu verlagern, birgt die Gefahr, dass Probleme nicht mehr wahrgenommen und adäquat angegangen werden können und damit auch die Chance für die Abfederung des demografischen Wandels verspielt wird.

### **Alle reden mit, aber nur einer zahlt**

Die erhoffte Wirkung des Gesetzentwurfs läuft Gefahr, sich im bürokratischen Gewirr der verschiedenen Regelungen zu verlieren. Deutlich wird dies vor allem in der Ausgestaltung der nationalen Präventionsstrategie. Vier Sozialversicherungsträger unter Initiative der GKV tragen die entscheidende Verantwortung und nur zwei von ihnen haben eine festgeschriebene gesetzliche Finanzverantwortung. Mitreden in der nationalen Präventionskonferenz dürfen Bund, Länder, Kommunen, Sozialpartner, Träger für Arbeitssuchende, der Jugendhilfe und Patienteninitiativen. Weiterhin müssen fünf Ministerien (Gesundheit, Arbeit und Soziales, Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Inneres sowie Ernährung und Landwirtschaft) über die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ins Benehmen gesetzt werden. Einmal jährlich soll ein Präventionsforum mit Vertretern von Verbänden und Organisationen der Prävention die Konferenz beraten. Das bedeutet, dass alle mitreden dürfen, aber außer für die GKV und soziale Pflegeversicherung keine Regelungen zur Übernahme konkreter inhaltlicher und finanzieller Verantwortung für die Mitspracheberechtigten existiert. Eine nationale Präventionsstrategie darf nicht auf die Leistungsverantwortung der Sozialversicherungsträger beschränkt sein. Damit die abzuleitenden bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ihre Berücksichtigung in den Landesrahmenvereinbarungen finden, sind vor allem Länder und Kommunen in der nationalen Präventionskonferenz gefordert, sich zu ihrer Verantwortung zu bekennen damit die Nationale Präventionsstrategie auch mit Leben gefüllt werden kann.

### **Rolle der BZgA überdenken**

Die Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in den Lebenswelten ist rechtlich höchst bedenklich ausgestaltet. Obwohl der Gesetzgeber alle Sozialversicherungsträger einbinden will, soll die BZgA nur für die GKV tätig werden, die sie zu diesem Zweck auch alleine zu finanzieren hat. Schon daraus ergaben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Vom Grundgesetz sind dem Bund keine konkreten Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung zugewiesen. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Die Beauftragung einer zentralen Bundesbehörde mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Settingmaßnahmen in der Prävention ist abzulehnen. Die Entwicklungs-, Finanz- und Umsetzungsverantwortung für Präventionsmaßnahmen im Leistungsbereich der GKV ist eindeutig geregelt. Es bedarf daher keiner externen Bundesinstitution, um die Krankenkassen bei der Umsetzung von Präventionsangeboten in Lebenswelten und der Organisation von Netzwerken in den Ländern und Kommunen zu unterstützen. Außerdem würden hier Parallelstrukturen zu den Landesrahmenvereinbarungen aufgebaut, die zusätzliche Bürokratie schaffen und Geld binden, das den Versicherten direkt zugutekommen muss. Schon die pauschale Festlegung des Finanzvolumens legt nahe, dass hier nicht der Bedarf sondern die Quersubventionierung der BZgA im Vordergrund stand. Ihre Kernkompetenz liegt in Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung und in der Erarbeitung von Grundsätzen zur Gesundheitserziehung. Die BZgA verfügt als unmittelbare Bundesbehörde über keinerlei Durchgriffsrechte auf der Landes- bzw. kommunalen Ebene.

Zentrale Themenstellungen sind auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz zu bearbeiten, da hier die entscheidenden Verantwortungsträger zusammenkommen.

Als Alternative zu den bisher geplanten Aufgaben der BZgA und um mit dem Gesetz mehr Wirksamkeit über die GKV hinaus zu erlangen, wäre es sinnvoller, die Expertise der BZgA - die nicht in der operativen Durchführung von Präventionsmaßnahmen sondern in der Erarbeitung von Grundsätzen zur Gesundheitserziehung liegt - auf der Ebene allen Akteuren zugänglich zu machen.

### **Krankenkassen belegen Handlungsfähigkeit**

Schon heute hat die AOK Vereinbarungen auf der Landesebene geschlossen und viele Maßnahmen umgesetzt, die gesundes Verhalten in den Lebenswelten prägen. Ein Präventionsgesetz muss diesen Gestaltungsspielraum sowie bestehende Strukturen und Maßnahmen befördern und nicht ausbremsen. Die GKV hat bereits empirisch abgeleitete Ziele und Qualitätskriterien in ihrem Leitfaden Prävention definiert und bekennt sich schon heute zu ihrem gesetzlichen Auftrag. Sie fördert mit mehr als fünf Milliarden Euro jährlich Leistungen zur Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die GKV sieht sich gut aufgestellt und erwartet nun, dass das Gesetz auch für alle anderen Akteure verbindliche Regelungen schafft.

### **Qualität und Nutzen sind Parameter guter Prävention**

Geld ist keine Garantie für nachhaltige Prävention. Vielmehr müssen Qualität, Nutzen und Nachhaltigkeit der Maßnahmen die Parameter messbaren Erfolgs sein und nicht starre Richtwerte. Die Ausgabenhöhe für Settingmaßnahmen muss sich an der Möglichkeit zur Umsetzung qualitätsgesicherter Maßnahmen ausrichten. Sie sollten daher in einer Übergangsfrist von zwei Jahren angehoben werden, um ein qualitäts- und bedarfsorientiertes Vorgehen zu gewährleisten. Flankierend dazu muss eine regelmäßige Präventionsberichterstattung vor allem deutlich machen, was mit den getätigten Investitionen erreicht wurde. Eine pauschale Bestrafung effizienter Leistungserbringung widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Der Zeitplan für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Umsetzung der im Gesetzentwurf beschriebenen Prozesse bedarf der Überarbeitung. So soll bereits im Oktober 2015 der GKV-SV die BZgA beauftragen, Leistungen in Lebenswelten zu erbringen, obwohl zunächst bis 31.12.2015 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu vereinbaren sind, die sich in den Landesrahmenvereinbarungen niederschlagen sollen. Die Festlegungen aus 16 Landesrahmenvereinbarungen sollen für den Auftrag des GKV-SV an die BZgA herangezogen werden. Das bedeutet, dass bis Oktober 2015 kein qualifizierter Auftrag ausgelöst werden könnte, der den regionalen Erfordernissen entspricht.

### **Bonusangebote im Ermessensspielraum der Kassen belassen**

Der AOK-Bundesverband lehnt Einschränkungen bei den Bonusangeboten für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ab. Hier muss es den Krankenkassen überlassen bleiben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie besonders unterstützen wollen und in welcher Form die Versicherten am besten angesprochen werden können. Grundsatz muss bleiben, dass gesundheitsfördernde Aktivitäten Vorrang haben, die leicht in den Alltag integriert werden können (Breitensport), um eine gesellschaftliche Fehlsteuerung über ein zu stark gelenktes Gesundheitsverhalten zu vermeiden. Auch erschließt sich nicht, wieso zukünftig Schutzimpfungen oder Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein sollten.

Weiterhin wird es als nicht zielführend angesehen, die Boni alle drei Jahre über die Einsparungen zu bewerten. Im Vordergrund müssen die bewirkten Verhaltensänderungen stehen. Sie führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität. Hier hat der Gesetzgeber selbst in seiner Bewertung der finanziellen Auswirkungen mit Recht darauf verwiesen, dass einige Maßnahmen erst langfristige Effekte haben werden.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Gesetzentwurfes Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Einzelnen Stellung genommen.

## **II. Gesetzentwurf**

### **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung**

##### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzt wird die Aufgabe der GKV, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.

##### **B Stellungnahme**

Die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ist ein sinnvoller Ansatz. Die AOK beteiligt sich bereits an internationalen Health Literacy-Projekten und integriert zunehmend Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung in ihren Beratungs- und Serviceangeboten. Eigenkompetenz und Eigenverantwortung müssen erlernt werden und dies fällt gut gebildeten Kindern und Erwachsenen leichter. Im Rahmen des SGB V greift der Ansatz aber zu kurz. Hier wäre eine ressortübergreifende Lösung unter Beteiligung der Bildungsträger notwendig, um von einer Stärkung der Qualifikation im Sinne der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse im organisierten Ausbildungs- und Arbeitsprozess zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz zu kommen.

##### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Leistungen müssen geschlechterspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

### **B Stellungnahme**

Gemäß § 2 Abs. 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. In § 12 Abs. 1 SGB V wird weiterhin ausgeführt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten sind vor dem Hintergrund dieser Leistungsgrundsätze bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung zu berücksichtigen. Die Neuregelung ist dementsprechend als Klarstellung der Gesetzesbegründung aufzufassen, ohne dass hiermit eine Ausweitung des Leistungskataloges intendiert wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

### **Nr. 3 § 11 Leistungsarten**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehene Änderung ergänzt die Aufzählung der Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung um die „Vermeidung von Krankheiten“.

#### **B Stellungnahme**

Folgeänderung zur Intention des Gesetzes.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige „Soll-Regelung“ wird als Pflichtaufgabe formuliert, so dass Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung in ihrer Satzung vorzusehen haben. Sie sollen auf Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 basieren. Weiterhin sollen die Leistungen dazu beitragen, sozial bedingte sowie geschlechterspezifische Ungleichheit zu vermeiden.

### **B Stellungnahme**

Die Stärkung der primären Prävention und Gesundheitsförderung sind bei der AOK bereits seit Jahren gelebte Praxis. In den Satzungen sind sowohl Leistungen zur Verhütung und Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheitsrisiken als auch zur Angleichung der Gesundheitschancen aufgenommen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Unter Einbindung von externen Sachverständigen legt der GKV-SV einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Bedarf, Zielgruppen, Zugang, Inhalt, Methodik, Qualität und Evaluation der Zielerreichung für die Leistungen nach Absatz 1 fest. Die einheitliche Qualität der Leistungen für die individuelle Verhaltensprävention und die BGF soll der GKV-SV über Anforderungen und ein einheitliches Verfahren zur Zertifizierung bestimmen. Diese Leistungen sowie o. g. Rahmenanforderungen werden auf der Internetseite des GKV-SV veröffentlicht. Weiterhin erteilen die Kassen dem GKV-SV die erforderlichen Informationen hierfür sowie zur Erstellung des Präventionsberichtes nach § 20 d, Abs. 2, Nr. 2 SGB V.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung sieht eine weitere Stärkung der beratenden Kommission beim GKV-SV vor. Der bereits jetzt schon gemeinsam mit dem GKV-SV und den Verbänden der Krankenkassen erarbeitete „Leitfaden Prävention“ ist eine gute Grundlage, um die Leistungen der GKV zur Prävention und Gesundheitsförderung bedarfsgerecht, evidenzbasiert und qualitätsgesichert zu erbringen.

Für den Bereich der BGF birgt das die Gefahr, dass potenziell vom Grundsatz der maßgeschneiderten Angebote zu Verhaltens- und Verhältnisprävention abgesehen werden müsste und vermehrt Standardmaßnahmen in der BGF vorgehalten werden. Für die BGF macht eine solche Zertifizierung keinen Sinn. Hier werden gemeinsam mit den Arbeitgebern passgenaue Lösungen für die unterschiedlichen Branchen sowie betriebsindividuelle Maßnahmen entwickelt. Daher können für die BGF-Leistungen auch keine Listen geführt werden. Wichtig ist, dass die Qualitätskriterien für die BGF sichergestellt werden.

Aus der beabsichtigten Neuregelung ist der Wille des Gesetzgebers zur Evaluation und Messung der Zielerreichung von Präventionsvorhaben der Krankenkassen ersichtlich.

Die beabsichtigte Neuregelung gibt vor, dass die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte für die Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele erteilen. Derzeit fehlt es grundsätzlich allerdings an einem gesetzlich geregelten Mandat zum Erheben und Speichern sowie zum Übermitteln der Sozialdaten im Rahmen von Evaluationen. Im SGB ist nur das Erheben und Speichern der Sozialdaten für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9) sowie das Übermitteln der Daten nur für Planungs- und Forschungsvorhaben geregelt (§ 75 SGB X).

Daher ist eine entsprechende Klarstellung und generelle Rechtsgrundlage für Evaluationen erforderlich.

### **C     Änderungsvorschlag**

Der Bezug zu Absatz 4 Nummer 3 ist zu streichen.

Der § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SGB V ist nach dem Halbsatz „die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ um den Terminus“ und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele einschließlich durchzuführender Evaluation“ zu ergänzen.

## **Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-SV hat bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 die bisher vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ verabschiedeten sieben Gesundheitsziele einschließlich der im Bundesanzeiger veröffentlichten Ziele und Teilziele zu berücksichtigen. Für die BGF sind die im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a, Abs. 1, Nr. 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen.

### **B Stellungnahme**

Die im „Leitfaden Prävention“ von der GKV entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele orientieren sich bereits an den nationalen Gesundheitszielen. Sie stellen, wie vom Gesetzgeber intendiert, eine Orientierung für die GKV dar. Die GKV konzentriert sich bei der Auswahl ihrer Schwerpunkte auf der Grundlage der epidemiologisch wesentlichen Krankheiten und ihrer nachgewiesenen Risikofaktoren. Eine Festschreibung der Ziele ist, wie auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme angemerkt hat, wenig dynamisch und gilt bis zur nächsten Gesetzesüberarbeitung.

Zudem reicht es nicht aus, dass allein die GKV ihrer Verantwortung nachkommt. Der Kooperationsverbund hat die vorliegenden Ziele gemeinsam konsentiert. Daher muss auch den anderen Trägern von Prävention und Gesundheitsförderung, allen voran den Ländern und Kommunen, eine verbindliche Verantwortung übertragen werden, um ihren Auftrag zur Teilhabesicherung und sozialen Chancengleichheit, der einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit hat, zu erfüllen.

### **C Änderungsvorschlag**

Zumindest für die anderen Träger der Sozialversicherung sind die Ziele auch in die jeweiligen Sozialgesetzbücher zu übernehmen.

## **Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die im ersten Absatz beschriebenen Leistungen werden für die individuelle Prävention in Lebenswelten der gesetzlich Krankenversicherten sowie in Betrieben erbracht.

### **B Stellungnahme**

Die bisherige Systematik der Unterteilung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention wird klargestellt. Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und den nichtbetrieblichen Lebenswelten (Kita und Schule) sowie zur Verhaltensprävention werden von den Krankenkassen seit Jahren so umgesetzt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Kassen oder von ihr beauftragte Dritte dürfen Leistungen der individuellen Verhaltensprävention nur erbringen, wenn diese zertifiziert sind. Zu berücksichtigen sind ärztliche Präventionsempfehlungen im Rahmen der Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten §§ 25 und 26 SGB V. Besondere berufliche und familiäre Umstände ermöglichen eine wohnortferne Leistungserbringung auf der Basis des § 23 (2), Satz 2.

### **B Stellungnahme**

Die GKV hat bereits im „Leitfaden Prävention“ festgelegt, dass die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention einheitlichen Regeln der Zertifizierung unterliegen müssen und nur solche Leistungen von den Krankenkassen angeboten werden dürfen.

Präventionsempfehlungen gehören grundsätzlich zum Therapiespektrum, wenn der Patient damit die Gesundheit stärken bzw. den Verlauf der Krankheit beeinflussen kann. Schon heute haben die Ärzte die Möglichkeit, auf Präventionsangebote der Krankenkassen zu verweisen. Eine entsprechende Gebührensiffer ist im EBM vorgesehen. Die ärztliche Präventionsempfehlung ist in diesem Kontext zu verorten. Berücksichtigt werden muss zudem, dass die Evidenzlage für primärpräventive Maßnahmen in der Arztpraxis sehr dünn ist. In der Ausbildung und den Weiterbildungskatalogen der Ärzteschaft spielt die Primärprävention ebenfalls eine nur marginalisierte Rolle. Gezielte Fortbildungen zur Primärprävention sind somit zu prüfen.

Es ist bereits gängige Praxis, dass Ärzte Vorsorgeleistungen verordnen und dabei die besonderen Belange ihrer Patienten im Blick haben. Der Ansatz verbessert vor allem nicht die Situation besonders belasteter Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Situation diese Angebote nicht nutzen können. Für eine detaillierte Prüfung der Bedürftigkeit bestehen keine Qualitätsstandards.

Die wohnortferne Leistungserbringung auf der Basis des § 23 (2), Satz 2. soll eine zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen für Betroffene, wie Schichtarbeiter oder Pflegepersonen, ermöglichen, die nicht an regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

In der Begründung zu Nr. 10 im Gesetzentwurf wird ausgeführt: „Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen“. Mit einer solchen Festlegung wird das gestufte Versorgungssystem (Prävention/Vorsorge/Rehabilitation) verlassen. Da eine objektive Prüfung und Beurteilung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, kaum möglich ist, würde in der praktischen Umsetzung nahezu jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ genehmigt werden. Damit würde das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterlaufen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Gewährung von ambulanten Leistungen an anerkannten Kurorten auch jetzt schon besondere Belastungsfaktoren berücksichtigt, z. B. wenn eine vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren bei der Leistungsentscheidung sind daher ausreichend, um besondere familiäre und berufliche Umstände, die eine Gewährung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V erforderlich machen, adäquat zu berücksichtigen.

### **C      Änderungsvorschlag**

In der Neuregelung des § 20 Abs. 5 wird der Satz „Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.“ gestrichen

## **Nr. 4 § 20 Abs. 6 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Ausgabenrichtwert 2015 soll für die Präventionsleistungen nach § 20a bis § 20c nach der bisherigen Systematik angepasst werden. Ab 2016 sollen 7 €/Versicherten investiert werden, wobei jeweils mindestens 2 € in die Lebenswelten und die BGF fließen sollen. In den Folgejahren wird der Betrag auf der Basis der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße angepasst.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist es richtig, auch die finanzielle Seite der Prävention zu stärken, wenn die Leistungen evidenzbasiert sind. Geld darf nicht Maßstab guter Prävention werden, sondern die Frage, was kommt bei den Menschen an, welche Wirkung ist eingetreten und ist diese nachhaltig. Vor allem die AOK hat in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, dass sie Maßnahmen auf den Weg gebracht hat, die eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung belegen und dafür 4,61 €/Versicherten investiert.

Wenn die Investitionen an qualitätsgeprüfte und nachhaltige Maßnahmen zu binden sind, ist eine Verdoppelung des Richtwertes von 2015 auf 2016 nicht zu erreichen. Betrachtet man die Evidenzlage in der Prävention, besteht vielmehr die Gefahr, ineffiziente Maßnahmen zu fördern. Daher sollte der Gesetzgeber eine Übergangsfrist festlegen. Das bedeutet aus Sicht der AOK zudem, dass Präventionsforschung – bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Da die Nationale Präventionsstrategie erstmalig zum 31.12.2015 vereinbart wird und damit in 2016 an der Umsetzung gearbeitet werden kann, sollte eine stufenweise Anpassung für die Settingmaßnahmen gesetzlich verankert werden.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 20 Absatz 6 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst: „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sowie 20g sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 €, im Jahr 2016 einen Betrag von 5 € und ab dem Jahr 2017 einen Betrag von 7 € umfassen.“

In § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) wird die Zahl „2016“ durch die Zahl „2017“ ersetzt.

## **Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 1 der Neuregelung wird der Begriff der Lebenswelten definiert. Es wird festgelegt, dass die dort angesiedelten Präventionsleistungen der Krankenkassen unbeschadet der Aufgaben anderer sowie auf Basis von Rahmenvereinbarungen gemäß § 20f Absatz 1 zu erbringen sind. Unter Einbindung der Versicherten und für die Lebenswelt Verantwortlichen wird die Situation bewertet und Maßnahmen entwickelt. Darüber hinaus sollen Krankenkassen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten fördern. Schwerpunkt ist auch die berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Absatz 2 gibt vor, dass das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten an die Bereitschaft der für die Lebenswelt verantwortlichen Akteure geknüpft wird, sich mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung nach § 20f an der Umsetzung von Vorschlägen zu beteiligen.

### **B Stellungnahme**

Die AOK engagiert sich bereits seit Jahren erfolgreich im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Gleichzeitig betont sie die gesamtgesellschaftliche Verantwortung und das notwendige gemeinschaftliche Engagement aller relevanten Akteure.

Die AOK begrüßt, dass in der Begründung zum Gesetzentwurf klargestellt wird, dass die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich alle verantwortlichen Akteure angemessen beteiligen. Darüber hinaus soll u.a. dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Weiterhin heißt es im allgemeinen Teil der Begründung, dass eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt nicht stattfindet.

Besonders wichtig ist daher: wenn Arbeitslosigkeit der Auslöser von Krankheit ist, sollten zusätzlich zu den gesundheitlichen Maßnahmen auch Angebote zur Verbesserung der Chancen auf den Arbeitsmarkt angeboten werden müssen, um den Kreislauf zu durchbrechen. Nur so kann auf die Ursache wirksam Einfluss genommen werden. Personen, deren gesundheitliche Einschränkungen einer beruflichen Eingliederung im Wege stehen, können nicht Zielgruppen einer primärpräventiven Maßnahme sein, sondern sollten eher im kurativen Bereich Unterstützung finden.

Die AOK begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass die Krankenkassen in Lebenswelten nur Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen erbringen können, wenn die dortigen Akteure sich mit einem entsprechenden Eigenanteil beteiligen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 3 der Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für gesetzlich Krankenversicherte beauftragt. Hierfür erhält die BZgA eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrags entspricht, den die Krankenkassen für Präventionsleistungen in Lebenswelten mindestens aufbringen sollen (2016 = 0,50 €/Versicherten). Dazu soll sie geeignete Kooperationspartner heranziehen.

In Absatz 4 wird festgelegt, dass die BZgA und der GKV-Spitzenverband hierfür bis zum 30.10.2015 eine Vereinbarung hinsichtlich der Erbringung und Vergütung der Leistungen, zu deren Inhalt, Umfang und Qualität sowie zu Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu regeln haben. Kommt eine Vereinbarung bis dahin nicht zu Stande, erbringt die BZgA die Leistungen auf Basis des bisherigen Verhandlungsstandes unter Berücksichtigung der festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12.

### **B Stellungnahme**

Es ergeben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Die BzGA ist eine unmittelbare Behörde des Bundes. Wenn der Bund sie als Akteur enger einbinden will, sollte er die Finanzmittel auch entsprechend bereitstellen – schon um dadurch auch seine politische Verantwortung zu unterstreichen.

Mit der Regelung wird außerdem der mit dem Gesetz gewählte Ansatz der Zusammenarbeit der Kassen mit den anderen Sozialversicherungsträgern und der im § 20 a (2) geforderten Beteiligung der Verantwortlichen in den Lebenswelten unterlaufen. Die verpflichtenden Landesrahmenvereinbarungen werden die Bedingungen gemeinsamer Initiativen beschreiben. Parallele Strukturen, die nur die Leistungen der Krankenkassen beinhalten, konterkarieren dieses Vorgehen und bergen die Gefahr, das Geld der Beitragszahler zweckentfremdet einzusetzen. Dafür ausschließlich die Beitragszahler zur Mittelaufbringung zu verpflichten, geht an der Begründung des Gesetzgebers zu den Absätzen 1 und 2 des § 20a vorbei, nach der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

Es bedarf auch keiner Neukonzeption von Leistungen in den Lebenswelten auf Bundesebene, da in den Ländern schon ausreichend erfolgreiche Maßnahmen laufen, die lediglich verbreitert werden müssen und mit der Verantwortung anderer Akteure zu vernetzen sind. Die GKV kann die vorgesehenen Mittel somit direkt in die Aktivitäten in den Lebenswelten investieren und muss nicht überflüssige bürokratielastige Parallelstrukturen unterstützen.

Schon heute wird deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen gut funktionieren, wo deren Entscheidungsträger den Prozess steuern. Die BZgA und auch die möglichen Kooperationspartner haben keinerlei Durchgriffsrechte, um die notwendige Unterstützung einzufordern. Hier können die gewachsenen regionalen Strukturen mehr Akzeptanz erzielen.

Wenn die Expertise der BZgA eingebunden werden soll, sollte sie alle Akteure erreichen. Die Plattform wäre dann ggf. die nationale Präventionskonferenz. Ein Zeichen des Bundes wäre, dafür auch die Finanzierung bereitzustellen.

### **C      Änderungsvorschlag**

In § 20a Streichung der Absätze 3 und 4.

## **Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Betriebsärzte und Fachkräfte der Arbeitssicherheit werden bei der Beteiligung an der Erhebung der gesundheitlichen Situation und der Erarbeitung bzw. Unterstützung der Umsetzung von Maßnahmen als Akteure explizit aufgenommen.

### **B Stellungnahme**

Die Information dieser Akteure ist übliche Praxis. Die Beteiligung an BGF-Prozessen wird aber von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften häufig selbst abgelehnt, da gerade für kleinere Betriebe nur geringe Betreuungszeiten vorgesehen sind.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 7 § 20c Absatz 1 Abstimmung mit der Unfallversicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Krankenkassen sollen die Träger der Unfallversicherung nicht mehr nur unterrichten, sondern in Abstimmung mit den Trägern der Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen.

### **B Stellungnahme**

Die Abstimmung mit der Unfallversicherung ist bei ergänzenden Angeboten zum Arbeitsschutz zu begrüßen. Die Krankenkassen werden sicherstellen, dass inhaltsgleiche Angebote ausgeschlossen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1: Mit allen Sozialversicherungsträgern (RV, UV, PV) entwickeln die Krankenkassen eine gemeinsame Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

Absatz 2: Die nationale Präventionsstrategie umfasst 2 Punkte: Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie die Berichterstattung.

Absatz 3: In Betrieben und Lebenswelten sollen Qualität und Zusammenarbeit über bundesweite Rahmenempfehlungen vereinbart werden. Sie legen gemeinsame Ziele, die Arbeitsschutz- und Impfziele berücksichtigen, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten fest. Erstmals soll diese zum 31.12.2015 vorliegen. An der Vorbereitung sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die obersten Landesjugendbehörden zu beteiligen. Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem BMG, BMAS, BMEL, BMFSFJ, BMI und den Ländern vereinbart.

Absatz 4 umfasst die Erstellung eines Präventionsberichtes im Vierjahresrhythmus. Die nationale Präventionskonferenz leitet ihn an das BMG weiter. Der Bericht hat die Leistungen der Träger nach Absatz 1 (ggf. PKV, private PV), insbesondere Ausgaben, Zugangswege, erreichte Personen/Zielgruppen, Ziele, Erfahrungen mit der Qualitätssicherung, der Zusammenarbeit der Träger und mögliche Schlussfolgerungen zu beinhalten. Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI sollen ebenfalls aufgenommen werden. Den Ländern bleibt die Einbindung der Erkenntnisse aus deren Gesundheitsberichterstattung freigestellt. Das BMG leitet den Bericht mit einer Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes zu.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist das Konstrukt, einen nationalen strategischen Rahmen zu schaffen, an dem sich die Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort ausrichten sollen, zu begrüßen. Der Ansatz ist jedoch wenig erfolgversprechend, wenn eine „nationale Präventionsstrategie“ nur die Sozialversicherungsträger einbindet und bisher nicht erkennbar ist, in welcher Weise andere Akteure, die für die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit Verantwortung tragen, diese auch übernehmen müssen. Es fehlt eine deutliche gesamtgesellschaftliche Verteilung der Verantwortung und Finanzierung.

Der Entwurf sieht vor, den Krankenkassen den Auftrag zu erteilen, die Entwicklung einer „nationalen Präventionsstrategie“ zu initiieren. Das setzt allerdings voraus, dass auch für die anderen SV-Träger eine inhaltliche und finanzielle Regelung ihres Präventionsauftrages zu erfolgen hat. Weiterhin muss die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der Landesjugendbehörden mit der Verpflichtung der Übernahme konkreter

Aufgaben und deren Finanzierung verbunden werden. Schließlich wird Gesundheit von sozialen Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst.

Da die Rahmenempfehlungen Basis für die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f sein werden, muss es verbindliche Regeln zur Übernahme von Aufgaben und deren Finanzierung durch die Verantwortlichen in den Lebenswelten geben. Die Umsetzung findet vor Ort in den Ländern und Kommunen statt. Hier entstehen die Strukturen für das Einbinden der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z.B. in Kindertagesstätten, Schulen, Wohnquartieren und zu den Rahmenbedingungen für die Teilhabe älterer Menschen

### **C     Änderungsvorschlag**

Um eine bessere Verbindlichkeit in der Gestaltung der nationalen Präventionsstrategie zu erreichen, sind für alle beteiligten SV-Träger, analog zur GKV und SPV, gesetzliche Vorgaben zu deren Aufgaben und zur Finanzierung zu konkretisieren. Länder und Kommunen haben verbindlich Aufgaben und deren Finanzierung in der Gesundheitsförderung und Prävention zu übernehmen. Das erfordert verbindliche Regeln zu deren Aufgaben und Finanzierung.

## **Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, die nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben. Die Sozialversicherungsträger erhalten als Arbeitsgemeinschaft in den Sitzungen jeweils zwei Stimmen. Die PKV und private PV erhalten eine Stimme, wenn sie sich in gleicher finanzieller Höhe, bezogen auf ihre Versicherten, an den Leistungen beteiligen. Bund und Länder haben jeweils vier beratende Stimmen und die Bundesagentur für Arbeit, Kommunale Spitzenverbände sowie die Sozialpartner nehmen mit jeweils einer Stimme beratend teil. Arbeitsweise und Beschlussverfahren werden in einer Geschäftsordnung festgelegt, die einstimmig angenommen werden muss. Die BZgA wird die Geschäftsführung übernehmen.

### **B Stellungnahme**

Die nationale Präventionskonferenz soll die Plattform bilden, um die nationale Präventionsstrategie zu gestalten und mit Leben zu füllen.

Die Konstruktion der §§ 20d und 20e ist dafür in sich nicht konsistent. Grundsätzlich müssen Entscheidungen so ausgestaltet sein, dass Stimmrechte nur vergeben werden können, wenn, wie für die PKV beschrieben, ein ausreichender inhaltlicher und finanzieller Beitrag in die nationale Präventionsstrategie eingebracht wird. Das heißt im Gegenzug, dass dann diese Partner auch gemeinsam die Präventionsstrategie zu erarbeiten haben.

Ebenfalls sollten die Regelungen zu den Mitwirkungsrechten überprüft werden. Im Zuge der Regelungen des § 20d soll die nationale Präventionsstrategie in Rahmenempfehlungen münden, die im Benehmen mit den dort genannten Ministerien zu vereinbaren sind. Dies wäre allerdings ein Vorgang, der im Rahmen der im § 20e beschriebenen Präventionskonferenz zu regeln wäre, da dort weitere beratende Akteure benannt wurden, die z.T. mit den ins Benehmen zu setzenden Akteuren identisch sind.

Die Übernahme der Geschäftsführung durch die BZgA macht keinen Sinn, wenn lediglich vier Sozialversicherungsträger den Auftrag erhalten, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Die Geschäftsführung kann von den vier Sozialversicherungsträgern selbstständig durchgeführt werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Es wird vorgeschlagen, alle Mitberatenden und in Benehmen zu setzenden Akteure auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz einzubinden, um Entscheidungsrounden abzukürzen. Vor allem muss hinsichtlich der Landesrahmenvereinbarungen eine Beteiligung der Länder bei der Erarbeitung der nationalen Präventionsstrategie verbindlich sein.

## **Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ein Präventionsforum soll die nationale Präventionskonferenz beraten. Es soll in der Regel einmal jährlich durchgeführt werden. Neben den stimmberechtigten Mitgliedern der Präventionskonferenz werden Vertreter maßgeblicher Organisationen und Verbände das Forum ergänzen. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung wird mit der Organisation beauftragt. Die Organisation und Kosten regelt die Geschäftsordnung der nationalen Präventionskonferenz.

### **B Stellungnahme**

Die starre Konstruktion eines jährlich stattfindenden Präventionsforums wird der Aufgabenstellung der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer Präventionsstrategie, welches ein dynamischer Prozess ist, nicht gerecht. Vielmehr muss es der nationalen Präventionskonferenz obliegen, themenbezogen externen Sachverstand einzubinden, um die nationale Präventionsstrategie bedarfsgerecht, u.a. unter Einbindung vorliegender Forschungs- und Evaluationsergebnisse, weiterzuentwickeln.

Das bedeutet aus Sicht der AOK auch, dass Präventionsforschung - bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

### **C Änderungsvorschlag**

Der § 20e (2) ist wie folgt zu formulieren:

„Zur zielgerichteten Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie wird themenbezogen externer Sachverstand eingebunden, um Fragen des Forschungsstandes zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Ergebnisse der Evaluation und des Präventionsberichtes in die nationale Präventionsstrategie und die daraus abgeleiteten Rahmenempfehlungen einzubinden.“

## **Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 – Die Kranken-/Pflegekassen auf Landesebene schließen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den Trägern der RV und UV gemeinsame Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Leistungen nach § 20 (4) Nr. 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c SGB V.

Absatz 2 – Zu berücksichtigen sind die bundesweiten Rahmenempfehlungen insbesondere zur Einbeziehung der Ziele und Handlungsfelder auf der Basis der regionalen Bedarfe, der Leistungskoordination zwischen den Beteiligten, Abgrenzungsfragen, Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Jugendhilfe sowie der Einbindung weiterer Partner.

Einzubinden in die Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene, die auch eine Beitrittsoption haben.

### **B Stellungnahme**

Die Landesrahmenvereinbarungen sollen die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen auf der Grundlage der regionalen Bedarfe umsetzen. Sie bilden eine Basis, um mit den unterschiedlichen Partnern in den Regionen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Das kann kein starres Konstrukt sein vielmehr muss es flexible Lösungsansätze vor Ort geben, um die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Prävention und Gesundheitsförderung abbilden zu können. Zu beachten ist, dass schon erfolgreich etablierte Maßnahmen in den Ländern unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarungen weitergeführt werden können, um die Kontinuität der Maßnahmen zu gewährleisten. Es muss eine bedarfsgerechte und datenbasierte Weiterentwicklung in den Ländern sichergestellt sein. Wichtig ist die Feststellung, dass die finanziellen Zuständigkeiten den jeweiligen Vereinbarungspartnern nach ihrem gesetzlichen Auftrag eindeutig zugeordnet wurden.

Dieser Ansatz kann jedoch seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen eine „angemessene“ Eigenleistung erbringen, wie es im des § 20a, Absatz 2 bereits vorgesehen ist.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 8 § 20g Modellvorhaben**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1 - Die Sozialversicherungsträger können Modellvorhaben zu den in den Rahmenempfehlungen festgelegten Zielen einzeln oder in Kooperation, insbesondere mit den zuständigen Stellen der Länder, durchführen, um Qualität und Effizienz von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten oder im Betrieb zu verbessern. Das kann auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

Absatz 2 – Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre begrenzt und müssen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung dient dazu, dass der Erkenntniswert zur Qualität und zum Nutzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weiter verbessert werden kann. Dass künftig mit den Modellvorhaben und deren Evaluation auch herausgearbeitet werden kann, welche Maßnahmen in Kooperation mit anderen Partnern einen besonders hohen Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung haben, ist von großer Bedeutung für die weitere Ausgestaltung der Prävention und Gesundheitsförderung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 10 § 20d wird § 20i Schutzimpfungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Neben redaktioneller Bereinigung des Absatzes 1 Satz 5 sowie Absatz 2 Satz 2 zum Vorgehen bei erstmaliger Festlegung der Schutzimpfungsrichtlinie durch den G-BA sollen vereinfachte Möglichkeiten zur Erstattung von Sachkosten in den Rahmenvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 3 zwischen Krankenkassen und den in den Ländern für die Durchführung von Schutzimpfungen zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgesehen werden.

### **B Stellungnahme**

Für die Abrechnung und Erstattung von Sachkosten im Zusammenhang mit Impfleistungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist es zwingend erforderlich, weiterhin an einer versichertenbezogenen Abrechnung der Impfstoffkosten mit der Krankenkasse des Versicherten festzuhalten, schon um die Leistungspflicht feststellen zu können. Diesbezüglich darf es daher keine Vereinfachung geben. Davon ausgenommen müssen auch weiterhin Riegelungsimpfungen sein: Hier handelt es sich um eine Sofortmaßnahme der Gefahrenabwehr, die auch bislang zu Recht nicht Aufgabe der Krankenkassen ist. Entsprechende Impfstoffkosten sind daher nicht zu Lasten der GKV abrechnungsfähig.

Notwendig wäre dagegen, ein effizientes und dem heutigen Stand der Technik angemessenes Abrechnungsverfahren zu etablieren. Dies würde den aus Vereinfachungen resultierenden enormen Verwaltungsaufwand seitens der Kostenträger minimieren und letztlich zur schnelleren Prüfung und Bearbeitung beitragen. Daneben sind bei der Verordnung von Impfstoffen durch den ÖGD die Hinweise der Krankenkassen zum wirtschaftlichen Bezug zu beachten.

Die beabsichtigte Neuregelung ist vor diesem Hintergrund abzulehnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

§ 20i Absatz 3 wird um die Sätze 3 und 4 neu ergänzt:

„Die Hinweise der Krankenkassen zum wirtschaftlichen Bezug von Impfstoffen sind zu beachten. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen gilt § 300.“

## **Nr. 11 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der gesetzlichen Neuregelung wird der Anspruch von Versicherten auf die Leistung der ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten erweitert. Bisher war eine Anspruchsgrundlage gegeben, wenn die ambulante medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung inklusive Heil- und Hilfsmittelverordnung, Präventionsangebote nach § 20 SGB V, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V u. a. in Verbindung mit § 44 SGB IX) nicht ausreicht, um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine erweiterte Anspruchsgrundlage soll zukünftig bestehen, wenn diese möglichen ambulanten Leistungen aus „besonderen beruflichen und familiären Umständen nicht [am Wohnort] durchgeführt werden“ können. Ferner wird die Obergrenze des Zuschusses der Krankenkasse im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen in anerkannten Kurorten erhöht.

### **B Stellungnahme**

Die vorgesehene Erweiterung soll eine zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen für Betroffene, wie Schichtarbeiter oder Pflegepersonen, ermöglichen, die nicht an regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

In der Begründung zu Nr. 10 im Gesetzentwurf wird ausgeführt: „Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen“. Mit einer solchen Festlegung wird das gestufte Versorgungssystem (Prävention/Vorsorge/Rehabilitation) verlassen. Da eine objektive Prüfung und Beurteilung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, kaum möglich ist, würde in der praktischen Umsetzung nahezu jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ genehmigt werden. Damit würde das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterlaufen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Gewährung von ambulanten Leistungen an anerkannten Kurorten auch jetzt schon besondere Belastungsfaktoren berücksichtigt, z. B. wenn eine vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren bei der Leistungsentscheidung sind daher ausreichend, um besondere familiäre und berufliche Umstände, die eine Gewährung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V erforderlich machen, adäquat zu berücksichtigen.

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages, bis zu dem die Krankenkassen als Satzungsleistung einen Zuschuss zu den Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten

vorsehen können, erweitert den Handlungsspielraum der Krankenkassen. Da bei medizinischer Vorsorgeleistung kein Anspruch auf Entgeltersatzleistungen während der Maßnahme besteht und der Versicherte selbst für Kost und Logis einschließlich der Fahrkosten zuständig ist, wird durch die Anhebung der Zuzahlungsmöglichkeit der Krankenkasse auf bis zu 16 Euro (über Satzung regelbar) für Erwachsene keine gesteigerte Inanspruchnahme bei Berufstätigen erwartet. Allenfalls bei der Gruppe der Rentner und der chronisch kranken Kinder könnte es zu einer leichten Steigerung der Inanspruchnahme durch die Erhöhung der Zuzahlung kommen.

### **C     Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Änderung in § 23 Abs. 2 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“.

## Nr. 12 § 24 d Hebammenhilfe

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des Halbsatzes „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ soll der geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert werden. Die bestehenden vertraglichen Kontingentierungen sollen beibehalten werden.

### B Stellungnahme

Die geplante Neuregelung bedeutet eine Einschränkung der jetzigen Versorgung mit Hebammenhilfe: Damit würden Hebammenleistungen, die bereits jetzt vertraglich noch nach der 12. Woche nach der Geburt stattfinden können, wie zum Beispiel Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (bis zu 10 Stunden á 60 Minuten) sowie Anspruch auf Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings (bis zu 8 Leistungen), immer eine ärztliche Anordnung benötigen. Aktuell ist die Leistung der Wochenbettgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Die Beratung bei Stillschwierigkeiten ist bis zum Ende der Abstillphase oder bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Mit den anfallenden ärztlichen Anordnungen aufgrund der geplanten Gesetzesanpassung für die oben aufgeführten Leistungen werden die monetären und personellen Kapazitäten im ärztlichen Sektor zusätzlich belastet. Bei nicht ärztlicher Indikation und somit fehlender Anordnung durch den Arzt geht die Regelung mit einem Rückgang des Leistungsangebotes der Hebammen für die Versicherten einher.

Sollte mit dem Begriff der „Hebammenhilfe“ in der Neuregelung nur die „Wochenbettbetreuung“ gemeint gewesen sein, wird diese Ausweitung der Wochenbettbetreuung von acht auf 12 Wochen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ebenfalls abgelehnt.

Aufgrund der Grundsatzregelungen zur Schwangerschaft bzw. Mutterschaft in § 24 SGB V (früher § 196 RVO) können (nur) Leistungen beansprucht werden, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft in finaler Sicht erforderlich sind, um Gesundheitsrisiken zu mindern, die typischerweise mit Schwangerschaft und Geburt verbunden sind und um im Einzelfall sich abzeichnende Gesundheitsstörungen (Krankheiten) gar nicht erst eintreten zu lassen (Meyer, in Peters, KV (SGB V) § 196 RVO Rdnr. 6).

Der Begriff „nach der Entbindung“ in § 24d SGB V setzt einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit der Entbindung voraus. Der in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen (Abschluss-) Untersuchung nach acht Wochen dürfte der Erfahrungssatz zugrunde liegen, dass der besondere Zeitraum „nach der Entbindung“ im Regelfall nach acht Wochen beendet ist. Die medizinische, hebammenhilfliche und pflegerische Versorgung von Mutter und Kind im Sinne der SGB V Vorschriften sind damit abgeschlossen. Auf ähnlichen Überlegungen wird auch die Regelung in § 6 Mutterschutzgesetz beruhen.

Diese zeitliche Grenze ist allerdings nicht absolut. Ein späteres Ende des Berechtigungszeitraums „nach der Entbindung“ kann aber nur dann angenommen werden, wenn noch ein ursächlicher Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken besteht, die typi-

scherweise mit der Schwangerschaft bzw. Entbindung zusammenhängen. Dem trägt der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V Rechnung, indem bestimmte Leistungen, bei denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist, auch nach Ablauf von acht Wochen erbracht und abgerechnet werden können (Rückbildungsgymnastik und Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten/Ernährungsproblemen). Für atypische Sachverhalte, die z. B. auch nach acht Wochen noch Wochenbettbesuche erforderlich machen, ist zudem die Möglichkeit einer Leistungserbringung aufgrund ärztlicher Verordnung vorgesehen. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass dem Hebammengesetz zufolge pathologische Versorgungen in die Hände von Ärzten gehören. Zudem sieht der Vertrag nach § 134a SGB V für die nicht pathologischen Wochenbettbetreuungen in den ersten acht Wochen bereits seit dem Jahr 2010 bis zu 36 Betreuungen vor (bis 2010 waren bis zu 26 Betreuungen festgelegt). Die gestiegene Anzahl der Wochenbettbetreuungen ergibt sich vor allen Dingen daraus, dass in den ersten 10 Tagen nach der Geburt mehr als eine Wochenbettbetreuung am Tag stattfinden kann. Dies trägt insbesondere der immer früheren Entlassung aus der Klinik Rechnung und sorgt so für eine sinnvolle Versorgung der Wöchnerin.

Die von den Hebammen erbrachten Leistungen nach der achten Woche sind keine Leistungen nach dem SGB V im o.g. Sinne, sondern vielmehr sekundär- und/oder tertiärpräventive Leistungen. Denn diese Leistungen (Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind bzw. Kindesvernachlässigung durch psychosoziale/sozialpädagogische und lebenspraktische Tätigkeiten, familienbezogene Beratungs- und Vermittlungshilfe, psychosoziale, lebenspraktische und sozialpädagogische Hilfe) sind keine originären Aufgaben von Hebammen nach der SGB V. Diese Aufgaben sind genuine Aufgaben der öffentlichen Hand im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und sind nach dem Kinderschutzgesetz, das Ende des Jahres 2011 in Kraft getreten ist, erheblich ausgeweitet worden. Die hierin vorgesehene Familienhebamme/Kinderschutzfachkraft sollte gerade diese Leistungen dann den schutzbedürftigen Müttern und Neugeborenen zukommen lassen.

Ergeben sich soziale Probleme in den Familien im Wochenbett und danach, ist dies Aufgabe von entsprechend ausgebildeten Familienhebammen, die betroffenen Familien weitergehend zu unterstützen und zu betreuen. Leistungsträger hierfür sind die Kommunen bzw. Sozialämter. Notwendig ist daher eine Abgrenzung der Leistungen der Hebammen nach SGB V sowie Familienhebammen nach SGB VIII. Zudem legt die Ausweitung der Wochenbettbetreuung die Vermutung nahe, dass - zur Teil-Entlastung der Länder bei der Finanzierung der (Familien-)Hebammen - künftig die Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Wenn dies so wäre, würde das Netzwerk Frühe Hilfen eine Chance aus der Hand geben, so früh wie möglich eine speziell ausgebildete Familienhebamme dort einzusetzen, wo der Bedarf konkret besteht und eben nicht riskieren, dass die speziell benötigte Hebammenhilfe bei den Familien, die diese tatsächlich benötigen, gerade nicht ankommt.

Modellprojekte in Rheinland-Pfalz und Bayern, die die Ausweitung auf 6 Monate prüfen sollten, haben deutlich gemacht, dass diese Form des Angebotes keine signifikanten Verbesserungen für die Betroffenen ergaben. Sozial bedingte Problemlagen können nicht durch die GKV gelöst werden. Es zeigt sich u.a. sogar, dass die besonders belasteten Familien erwartungswidrig nicht mehr Hebammenleistungen in Anspruch nehmen als die unbelasteten Familien. Auch zeigt sich, dass entgegen den Erwartungen sich das Ernährungsverhalten der Mütter in der Vergleichsgruppe ohne Verlängerung des Wochenbetts positiv gegenüber der Vergleichsgruppe mit verlängertem Wochenbett zwischen den Messzeitpunkten hin zu einer gesünderen Ernährung veränderte. Dafür haben die Kinder in der Vergleichsgruppe mit verlängertem Wochenbett mehr Impfungen erhalten.

Eine generelle Ausweitung der Hebammenhilfe bringt keinen nachweisbaren Nutzen, da vor allem Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf eine andere Form der Begleitung benötigen, die nicht den Leistungsauftrag der GKV umfasst.

**C     Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

## **Nr. 14 § 25 Gesundheitsuntersuchungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In § 25 sollen die Gesundheitsuntersuchungen hinsichtlich einer alters-, geschlechts- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt werden und nun auch eine Präventionsempfehlung umfassen. Während bislang der G-BA für Untergruppen abweichende Altersgrenzen und Untersuchungsfrequenzen festlegen konnte, werden die gesetzlichen Vorgaben aufgehoben und dem G-BA die Ausgestaltung übertragen.

In Absatz 3 wird zu der Voraussetzung, dass die Erkrankung wirksam behandelt werden kann, die Möglichkeit der Prävention ergänzt. Die Ausgestaltung wird dem G-BA übertragen, der hierfür 12 Monate Zeit hat.

### **B Stellungnahme**

Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, dass in allen Altersgruppen mehr als 80% der Versicherten mindestens einmal pro Jahr beim Vertragsarzt sind. Die niedrigsten Quoten (zwischen 80% und 85%) bestehen in der Altersgruppe zwischen 26 und 56 Jahren. Patienten über 74 Jahre sind sogar zu mehr als 80% in allen 4 Quartalen mindestens einmal beim Vertragsarzt. Die Inanspruchnahme der Checkup-Untersuchungen ist vergleichsweise gering, nur etwa 15-20% der unter 55-jährigen Männer und 25-30% der unter 55-jährigen Frauen nehmen die Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre wahr, die höchsten Teilnahmequoten sieht man bei den 65-85-jährigen, hier beträgt die Rate 35-40%. Eine Teilnahme alle 4 Jahre wird bei 45-70% der Anspruchsberechtigten beobachtet.

Dass die Versicherten trotz regelmäßiger Arztkontakte nur zu einem kleinen Teil die angebotenen Gesundheitsuntersuchungen in den vorgesehenen Intervallen wahrnehmen, weist auf eine schlechte Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchungen bei Ärzten und Versicherten hin. Daher sollte die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen auf einer evidenzbasierten Nutzenbewertung der Inhalte der Gesundheitsuntersuchungen basieren. Weiterhin sollte der nachgewiesene Nutzen in § 25 Abs.3 als Voraussetzung aufgeführt werden. Zum Beispiel sollte der Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung in Verbindung mit einer Therapie oder Präventionsmaßnahme belegt sein. Wenn der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nicht ausreichend belegt ist, so genügt es nicht, wenn der G-BA eine Erprobung lediglich beschließen kann.

Die in der Begründung wiedergegebene Einschätzung, dass der G-BA die Früherkennungsuntersuchung kostenneutral ausgestalten kann, ist unseriös, wenn gleichzeitig im Gesetzestext und in der Begründung erhebliche Ausweitungen vorgegeben werden. Daher sollte der Gesetzgeber eine klare gesetzliche Regelung zu einer kostenneutralen Umsetzung vorgeben oder aber eine realistische Kostenabschätzung der von ihm vorgegebenen Erweiterungen vornehmen.

### **C     Änderungsvorschlag**

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

„der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Satz 2 wird geändert:

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse gemäß Absatz 3 Nummer 4 fehlen, soll er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen.

## **Nr. 15 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wird die Altersgrenze für die Ausgestaltung von Früherkennungsuntersuchungen auf 18 Jahre angehoben. Ferner werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche um die Erfassung von gesundheitlichen Risiken und eine Präventionsberatung ergänzt, sowie ggf. eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach §20 Abs. 5, die sich an das Kind oder die Sorgeberechtigten richten kann und die laut Gesetzesbegründung von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen ist. In der Begründung wird auf die Notwendigkeit einer weiteren Kinderuntersuchung mit 9 Jahren hingewiesen, wobei der G-BA weitere Studien für seine Bewertung heranziehen kann. Die Ausgestaltung obliegt dem G-BA, dem hierfür eine Frist von 12 Monaten eingeräumt wird.

### **B Stellungnahme**

Die Aufhebung der Altersgrenze von 16 auf 18 Jahre ist sinnvoll, um dem G-BA die Möglichkeit zu geben, die Früherkennung von Kindern und Jugendlichen anhand der vorhandenen Evidenz auszugestalten.

Individuelle Präventionsempfehlungen bei festgestellten präventablen Gesundheitsrisiken greifen in der Regel zu kurz. Viel wirksamer sind Settingansätze in Kindergärten, Schulen und Stadtteilen, für die sich die Krankenkassen schon erheblich engagieren, die auch von den Politikbereichen in ihrer Zuständigkeit stärker in den Fokus genommen werden müssen.

Für die Neuaufnahme weiterer Kinder- und Jugenduntersuchungen muss der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen sein.

### **C Änderungsvorschlag**

Ergänzung § 26 Abs. 2 Satz 2: „Die Aufnahme von Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 setzt voraus, dass der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist“.

## **Nr. 16 § 65a Abs. 1 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a) Bisher liegt es im Ermessen der Krankenkassen, Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte (§ 65a Abs. 1 SGB V) zu offerieren. Die bisherige „Kann-Regelung“ soll nunmehr in eine „Soll-Regelung“ mit der Folge überführt werden, dass die Krankenkassen künftig grundsätzlich verpflichtet werden, Bonusangebote vorzuhalten.

b) Art und Umfang der zur Bonifizierung zur Verfügung stehenden Maßnahmen werden eingeschränkt. Es sind nur Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V und Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 (Gesundheitsuntersuchungen) und 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) bonifizierbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass verhaltensbezogene Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V einer Zertifizierung bedürfen und die Anforderungen zur Zertifizierung vom GKV-SV bestimmt werden.

c) Die Neuregelung des § 65a Abs. 1 SGB V soll am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

### **B Stellungnahme**

a) Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob und welche Bonusangebote sie vorhalten möchten.

b) Die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit für Angebote nach § 65a Abs. 1 SGB V auf zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V und §§ 25 und 26 SGB V schränkt die Möglichkeit, Versicherte für Gesundheitsangebote zu erreichen und zu gewinnen, massiv ein. Ziel der Gesundheitsbonusangebote sollte es sein, insbesondere solche Versicherte zu motivieren, die bisher keinen oder nur einen geringen Bezug zu gesundheitsbewustem Verhalten haben. Hierfür braucht es attraktive und flexible Angebote. Das trifft in besonderem Maße auf Jugendliche und junge Erwachsene zu. Diese werden von den zur Bonifizierung vorgesehenen Maßnahmen nach den §§ 25 und 26 bzw. den zertifizierten Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V schon aufgrund der für ihre Lebensspanne nicht vorgesehenen Angebote gerade nicht angesprochen.

Attraktive Gesundheitsbonusangebote, die der Zielsetzung einer Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens gerecht werden wollen, benötigen wie bisher attraktive und zur Bonifizierung bereitstehende Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wie zum Beispiel:

- Allgemeine, auch niedrighschwellige Angebote zur Verhaltensprävention, wie z.B. die aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen. Der Gesetzgeber selbst verweist in § 25 Abs. 1 SGB V (neu) auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf die Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Es ist nicht nachvollziehbar, warum solche - vom Versicherten selbst finan-

zierte - Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention als bonifizierungsfähige Maßnahmen nur dann eingebunden werden können, wenn diese zusätzlich das Zertifizierungsverfahren nach § 20 Abs. 5 SGB V durchlaufen haben. Es ist zudem auch im Interesse der Solidargemeinschaft wirtschaftlich unsinnig, nur kassenfinanzierte Leistungen als bonifizierbare Maßnahmen zu berücksichtigen. Mit dem „Zertifizierungsvorbehalt“ würden zusätzliche bürokratische Hürden ohne inhaltlichen Mehrwert aufgebaut.

- **Schutzimpfungen**  
Schutzimpfungen werden in § 20d SGB V bzw. § 20i SGB V (neu) zwar als primäre Präventionsmaßnahmen bewertet, sie gehören gleichwohl nicht zu den in § 65a SGB V (neu) genannten bonifizierungsfähigen Maßnahmen. Es erschließt sich nicht, warum die Teilnahme an Impfungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein soll.
- **Verhütung von Zahnerkrankungen**  
Mit den Gesundheitsbonusangeboten sollte das Ziel verfolgt werden, gesundheitsbewusstes Verhalten umfassend zu fördern. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein soll.

c) Die Neuregelung des § 65a SGB V soll nach Artikel 12 am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Diese Inkrafttretensregelung kollidiert sowohl mit den rechtlichen Rahmenbedingungen als auch mit den faktischen Umsetzungserfordernissen. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die in Artikel 2 geregelte Neufassung des § 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V (Zertifizierung von verhaltensbezogenen Präventionsleistungen) erst zum 01.01.2016 in Kraft tritt, da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zunächst die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen bestimmen muss. Erst auf dieser Basis können die Krankenkassen festlegen, welche verhaltensbezogenen Präventionsleistungen im Rahmen der Gesundheitsbonusangebote nach § 65a Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden können.

Zum anderen müssen die noch laufenden Angebote zunächst durch die neu zu entwickelnden Gesundheitsbonusangebote nach § 65a SGB V ersetzt werden. Im AOK-System sind allein in Bonusprogramme nach § 65a SGB V rund 1,3 Millionen Versicherte eingeschrieben. Diese müssen rechtzeitig über die Veränderungen informiert und mit einem neuen, aktuellen Bonusscheckheft mit den künftig bonifizierbaren Maßnahmen versorgt werden. Sollte die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit von Angeboten nach § 65a Abs. 1 SGB V auf zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V und Leistungen nach §§ 25 und 26 SGB V beibehalten werden, kann die Anpassung der Bonusangebote nach § 65a SGB V unter Berücksichtigung der damit verbundenen Umsetzungsprozesse (Umstellung der Bonusangebote, Versicherteninformation, Versorgung mit neuen Bonusscheckheften etc.) nicht vor dem 01.01.2017 erfolgen.

d) Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre nachzuweisen, dass die Boni durch erzielte Einsparungen finanziert werden. Diese Bewertung der Bonusangebote an kurzfristigen wirtschaftlichen Effekten ist weder sachgerecht noch zielführend. Im Vordergrund müssen vielmehr die bewirkten Verhaltensänderungen stehen, wie etwa die Steigerung der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen oder Impfungen. Diese führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität.

Selbst im vorliegenden Kabinettsentwurf wird mehrfach ausgeführt, dass den durch das Präventionsgesetz bedingten Mehrausgaben erhebliche Einsparungen gegenüberstehen, sich diese aber mittel- und langfristig ergeben und daher nicht zu beziffern sind. Bei diesem Verständnis leuchtet es nicht ein, warum die Krankenkassen bereits nach drei Jahren finanzielle Einsparungen bei Gesundheitsbonusangeboten nachweisen müssen. Eine Anpassung des § 65a Abs. 3 SGB V ist erforderlich.

### **C      Änderungsvorschlag**

§ 65a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen oder an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.“

§ 65a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über die durch die Maßnahmen nach Absatz 1 erzielten Verhaltensänderungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“

Sofern an den beabsichtigten Neuregelungen festgehalten wird, ist Artikel 12 um folgenden Absatz 3 zu ergänzen:

„Die Neufassung des § 65a Absatz 1 SGB V tritt am 01.01.2017 in Kraft.“

## **Nr. 16 § 65a Abs. 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige „Kann-Regelung“ zum Angebot von Bonussystemen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung soll in eine „Soll-Regelung“ überführt werden.

### **B Stellungnahme**

Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob sie im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Bonusangebote vorhalten möchten.

Stattdessen sollten die Handlungsmöglichkeiten für Krankenkassen gestärkt und ausgebaut werden. So sollte den Krankenkassen die Option eröffnet werden, für Arbeitgeber und die Beschäftigten in Unternehmen bedarfsorientierte Angebotskonzepte mit dem Ziel zu unterbreiten, insbesondere gesundheitsfördernde Angebote und Präventionsmaßnahmen zu bündeln. Mit dem Instrument der Gruppenangebote können Präventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch und in einem zwischen Arbeitgeber und Krankenkassen koordinierten Verfahren umgesetzt werden. Der Erfüllungsaufwand für diese Präventionsmaßnahmen kann im Vergleich zum bisherigen Verfahren sinken, sobald eine hinreichend große Beschäftigtenzahl eines Unternehmens an einem Gruppenangebot teilnimmt. Auf die entsprechenden Ansätze im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention im Jahr 2013 wird verwiesen.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 65a Absatz 2 SGB V in seiner bisherigen Fassung wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppenangebote abschließen. Bestandteile der Gruppenangebote können insbesondere Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten, Maßnahmen zur primären Verhaltensprävention und koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sein. Ein weiterer Bestandteil der Gruppenangebote kann die Vermittlung von Zusatzversicherungstarifen an Beschäftigtengruppen in analoger Anwendung des § 194 Abs. 1a SGB V und des § 47 Abs. 2 SGB XI sein.“

## **Nr. 18 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ausweitung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i (neu) SGB V durch Öffnungsklausel für Verträge von Krankenkassen mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich sind Bestrebungen zur Steigerung der Durchimpfungsraten und damit zum Schließen von Impflücken zu begrüßen, sie entsprechen der Intention der GKV. Die vorgeschlagene Regelung ist jedoch nicht notwendig und daher abzulehnen. Denn bereits jetzt werden dort, wo es sinnvoll erscheint, nach § 132e SGB V Betriebsärzte in die Versorgung von GKV-Versicherten mit Impfungen einbezogen und dem Betrieb die Impfstoffkosten erstattet. Eine regelhafte Ausweitung in der vorgeschlagenen Form ist jedoch allein schon aus organisatorischen Gründen abzulehnen: Denn damit erhielte im Gegensatz zu den im § 132f vorgesehenen Regelungen jeder einzelne Betriebsarzt einen – schiedsfähigen – Anspruch auf einen Vertrag mit einer Krankenkasse. Damit dürfte allein die verwaltungstechnische Implementierung entsprechender Verträge aufgrund der großen Zahl an Leistungserbringern die Krankenkassen für eine lange Zeit lahmlegen. Im Hinblick auf die zum Teil kleinstteilige Struktur der Leistungserbringer und den zu erwartenden begrenzten Nutzen der Maßnahme, erscheint dies daher in keiner Weise adäquat. Zudem birgt die Regelung das Risiko von erheblicher Unwirtschaftlichkeit.

Soweit der Gesetzgeber jedoch an der vorgeschlagenen Regelung festhalten will, wären zur Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten über die vorgeschlagenen Regelungen hinausgehend Konkretisierungen und Ergänzungen notwendig: Denn auch wenn Betriebsärzte keine Vertragsärzte im engeren Sinne darstellen, müssen die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung v.a. im Hinblick auf die Qualität wie auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für sie gleichermaßen gelten:

- Die impfenden Ärzte müssen in Kenntnis der Inhalte der geltenden Richtlinien (v.a. Schutzimpfungs-Richtlinie des GBA) sein und diese verbindlich anwenden; Impfungen von Nicht-GKV-Versicherten, Reiseimpfungen, wie auch durch den Arbeitgeber zu übernehmende Impfungen, müssen sicher und prüfbar von der GKV- sowie Satzungsleistung abgetrennt werden.
- Für eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist sicherzustellen, dass die Kosten nicht höher sein dürfen als in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte in die bestehenden Regelungen bzw. eine Übertragung der bestehenden Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung erscheint hingegen nicht sinnvoll. Denn beim Impfstoffbezug wäre zur Verwurfsvermeidung ein wirtschaftlicher Sammelbezug von Impfstoffen orientiert am zu erwartenden Bedarf zu realisieren; dies dürfte v.a. bei den Betriebsärzten mittelständischer Unternehmen mit oftmals nur kurzen Vor-Ort-Zeiten und damit ggf. niedriger Impfquote nur schwer umzusetzen sein. Eine regelhafte patienten-

tenbezogene Verordnung auf Muster 16 ist jedoch aus verschiedenen Gründen auch abzulehnen: Denn dies wäre aufgrund der Geltung der AMPPreisV gegenüber einem Sammelbezug unwirtschaftlich. Es setzt zudem auch den Aufbau der entsprechenden Logistik der vertragsärztlichen Versorgung voraus (u.a. Kenntnis und Vorrätighalten der Vordrucke, Anwendung der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe von Arzt-/Betriebsstättennummer) und würde für die Versicherten einen doppelten Gang zum Betriebsarzt bedeuten und damit den erhofften Vorteil der Niederschwelligkeit der neuen Leistung zunichtemachen.

- Die Verordnungen müssen einer Prüfung auf Wirtschaftlichkeit analog § 106 SGB V unterliegen. Ebenso sind in den Verträgen Regelungen bei Verordnungen außerhalb des Leistungskataloges bzw. von Satzungsleistungen analog den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte zwingend zu vereinbaren.
- Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung und zur Vermeidung von Doppelimpfungen ist es erforderlich, die vorgenommene Impfung im Impfausweis zu dokumentieren und die Information an den zuständigen Hausarzt zu übermitteln. Letzter Punkt kann im Falle einer Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte entfallen. Dies setzt voraus, dass der Betriebsarzt über ein entsprechendes Lesegerät verfügt.
- Für die Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse sind Angaben zum geimpften Versicherten notwendig; hierzu ist es sinnhaft, dass die Werks-/Betriebsärzte die Daten der Versichertenkarte verwenden.

### **C     Änderungsvorschlag**

§ 132e Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

In Verträgen mit Leistungserbringern außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung kann vereinbart werden, dass eine Erstattung der Kosten für verimpfte Impfstoffe erfolgt, soweit dies nicht zu Mehrkosten für die Krankenkasse führt; § 106 gilt entsprechend. Der impfende Arzt hat ergänzend zur Impfdokumentation dem Hausarzt die vorgenommenen Impfungen mitzuteilen. Für die Abrechnung gilt § 300 entsprechend.

## **Nr. 19 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im § 132f SGB V wird eine „Kann-Regelung“ für Krankenkassen geschaffen, Verträge mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V zu schließen, sofern diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.

### **B Stellungnahme**

Die Einführung des § 132f SGB V ist sinnvoll. Sie verknüpft arbeitsmedizinische Vorsorge mit anderen im § 25 (neu) SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen und der daraus folgenden präventionsorientierten Beratung. Dabei handelt es sich um eine Kann-Regelung: Die Krankenkassen können somit solche Verträge abschließen, müssen aber nicht, was ihren wettbewerblichen Spielraum erhöht. Da die Gesundheitsuntersuchungen nach der Kommentierung „in Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung“ erbracht werden können, gilt auch hier der Grundsatz, dass die durchführenden Ärzte keine Vertragsärzte sein müssen. Durch die Bindung an die G-BA-Richtlinien wird jedoch das gleiche Qualitätsniveau wie in der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt, das durch die Vertragspartner nicht unterschritten werden darf. Die Regelung soll erwerbstätigen Versicherten einen niederschwelligeren Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglichen und damit auch den Personenkreis erweitern, der dieses Präventionsangebot in Anspruch nimmt.

Die finanziellen Auswirkungen der Regelung hängen allerdings nicht nur von der Zahl an Krankenkassen oder deren Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit nach diesem Paragraphen geeigneten Ärzten Verträge schließen. Die finanziellen Auswirkungen spiegeln nur insoweit die gewollte Ausweitung des Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch nehmenden Personenkreises wider, als Wege gefunden werden, Doppeluntersuchungen – und folglich auch Doppelzahlungen seitens der Kassen – sowohl im betrieblichen Rahmen als auch im vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden. Auch wird kritisch gesehen, dass nicht geregelt wird, wie denn die Übermittlung positiver Untersuchungsergebnisse an den weiterbetreuenden vertragsärztlichen (Hausarzt- und/oder Facharzt-)Bereich sichergestellt wird; ein Versicherter ist bei einem solchen Befund ggf. erstmal noch stärker betroffen und auf sich allein gestellt als wenn die Untersuchung gleich im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt worden wäre.

### **C Änderungsvorschlag**

In § 132f wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„; dabei ist in den Verträgen insbesondere zu regeln, wie im Bedarfsfall die Kommunikation zwischen Betriebs- und Vertragsärzten, insbesondere dem Hausarzt des Versicherten, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sichergestellt wird.“

## **Nr. 20 § 140 f Patientenbeteiligung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

In der nationalen Präventionskonferenz sind maßgebliche Organisationen, die die Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, zu beteiligen.

### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist es zur Ausgestaltung zielgenauer Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention wichtig, die Menschen zu beteiligen, die von den Angeboten profitieren sollen. Der Bezug zu § 140 f ist hinsichtlich der erwünschten Wirkung des Gesetzes, die Lebenslagen statt dem Krankheitsbezug in den Blick zu nehmen, zu überprüfen. Es muss sichergestellt werden, dass die erforderlichen Zielgruppen auf der Basis der Themenschwerpunkte einzubinden sind. Die Verkürzung der Betrachtung des Krankheitsgeschehens birgt die Gefahr, die eigentlichen krank machenden Faktoren und den Bezug zu den Lebenswelten sowie zur Verhältnisprävention nicht ausreichend zu berücksichtigen.

### **C Änderungsvorschlag**

Grundsätzlich sollten die Gruppen beteiligt werden, die von den Angeboten profitieren. Es sollte daher themenbezogen entschieden werden, wie die Beteiligung sicherzustellen ist.

## **Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 1 § 20 Absatz 5 Zertifizierung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Verhaltenspräventive Leistungen müssen durch die Krankenkasse oder durch Beauftragung Dritter zertifiziert sein.

#### **B Stellungnahme**

Die Möglichkeit der Zertifizierung von verhaltenspräventiven Angeboten durch die Krankenkassen oder durch beauftragte Dritte wird begrüßt und ist seit Jahren gängige Praxis der Krankenkassen. Um Prüfprozesse unbürokratischer und effizienter gestalten zu können sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden zur Auftragsdatenverarbeitung Arbeitsgemeinschaften und Kooperationen bilden zu können.

#### **C Änderungsvorschlag**

Ergänzung des § 20 (5) neu um den Satz: Zur Beauftragung Dritter können die Krankenkassen Kooperationen bzw. Arbeitsgemeinschaften gründen.

## **Nr. 2 § 20a Absatz 2 Satz 3 Vergütung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Beauftragung der BZgA zur Entwicklung, Initiierung und Evaluation kassenübergreifender Leistungen in Lebenswelten ist eine Pauschale von mindestens einem Viertel der Ausgaben in den Lebenswelten (2 € /2016 = ca. 35 Mio. €) aufzuwenden. Die Vergütung erfolgt quartalsweise und ist jährlich mit der Entwicklung der Bezugsgröße anzuheben.

### **B Stellungnahme**

Obwohl der Gesetzgeber alle Sozialversicherungsträger einbinden will, soll die BZgA nur für die GKV tätig werden, die sie zu diesem Zweck auch alleine zu finanzieren hat. Schon daraus ergeben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Vom Grundgesetz sind dem Bund keine konkreten Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung zugewiesen. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Außerdem geht der Ansatz, Leistungen nur für die GKV zu entwickeln, auch an der Intention des Gesetzes vorbei, alle Sozialversicherungsträger und die Verantwortlichen in den Lebenswelten einzubeziehen. Gemeinsame Ansätze sind gemeinsam zu finanzieren.

Es bedarf keiner Neuentwicklung von Leistungen der Krankenkassen. Sie haben bereits erfolgreiche Maßnahmen in den verschiedenen Settings entwickelt. Aufgabe ist, diese zu sichten, zu verbreitern und mit anderen Angeboten zu vernetzen. Das ist allerdings eine Aufgabe auf der regionalen Ebene, da die Maßnahmen auf die jeweiligen Lebenswelten mit ihren unterschiedlichen Anforderungen zugeschnitten werden müssen.

Zentrale Fragestellungen zur Qualitätssicherung und Evaluation sowie Vergleichbarkeit von Daten der Gesundheitsberichterstattung und des Berichtswesens sowie Fragen der Präventionsforschung zum Nutzen einzelner Ansätze müssen auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz bearbeitet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

### **Nr. 3 a) § 20b Absatz 1 Satz 2 Zertifizierung individualpräventiver Angebote in Betrieben**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz (5) Satz 1 entsprechend. Die verhaltenspräventiven Angebote im Betrieb müssen von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert sein.

#### **B Stellungnahme**

Eine Zertifizierung von verhaltenspräventiven Angeboten in der betrieblichen Gesundheitsförderung erfüllt die Qualitätsansprüche gesundheitsförderlicher Maßnahmen und ist zu begrüßen. Wichtig ist, dass verhaltenspräventive Angebote immer in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet sein sollten. Die Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten entfaltet die größte Wirksamkeit, orientiert sich am Bedarf und erreicht sozial Benachteiligte im Betrieb.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

### **Nr. 3 b) § 20b Absatz 3 Regionale Koordinierungsstellen**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen sollen unter Einbindung örtlicher Unternehmensorganisationen regionale Koordinierungsstellen einrichten, die Betriebe bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen beraten und unterstützen sollen. Dazu schließen sie Kooperationsvereinbarungen, die Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung regeln. Dabei sollen regionale Strukturen genutzt werden.

#### **B Stellungnahme**

Mit der Zusammenarbeit kann die Information, Beratung und Unterstützung vor allem kleiner und mittlerer Unternehmen in der BGF verbessert werden. Auf die bereits vorhandenen Kooperationen und Strukturen aufzusetzen, ist eine wichtige Maßnahme, um die vorhandenen Mittel nicht in neue Strukturen, sondern direkt in die BGF zu investieren.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

### **Nr. 3 b) § 20b Abs. 4 Betriebliche Gesundheitsförderung**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Alle von den Krankenkassen nicht verausgabten Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden (gemäß § 20 Absatz 6 Satz 2) dem GKV-SV zur Verfügung gestellt. Dieser wird verpflichtet, die Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

#### **B Stellungnahme**

Diese Regelung wird dem Anliegen nicht gerecht, dass möglichst viele Unternehmen für die BGF gewonnen werden sollen. Der Vorschlag, über den GKV-SV Mittel an bestehende Kooperationen umzuleiten, blendet die Gründe für die noch nicht volle Mittelausschöpfung aus. Vielmehr muss doch das Ziel sein, Regionen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, an das Niveau der anderen heranzuführen. Das kann allerdings nur auf Basis konkreter Analysen und der Akteure vor Ort geregelt werden. Deshalb muss das Geld auch in der Region verbleiben. Über die veranlassten Maßnahmen sollte berichtet werden.

#### **C Änderungsvorschlag**

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Beitrag nach § 20 (6) Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, sind die nicht verausgabten Gelder im Folgejahr zusätzlich auszugeben.

## **Artikel 6 und 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 1 § 5 und Artikel 7 § 5 Abs. 3 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen sollen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.

Klargestellt wird, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen, die pflegerische Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerisch Erkenntnisse zu erbringen sowie eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, davon unberührt bleibt.

Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag zur Konkretisierung der Präventionsleistung, indem er unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Präventionsleistung festlegt, insbesondere zu Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und zur Umsetzung/Zielerreichung.

Ab dem Jahr 2016 sollen die Ausgaben der Pflegekassen für Präventionsleistungen einen Betrag von 0,30 Euro für jeden ihrer Versicherten umfassen. Verausgibt eine Pflegekasse den Betrag in einem Jahr nicht, sind diese nicht verausgabten Mittel im Folgejahr an den GKV-Spitzenverband abzuführen. Dieser verteilt die Finanzmittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Pflegekassen, die Kooperationsverträge zur Durchführung kassenübergreifender Präventionsleistungen geschlossen haben.

#### **B Stellungnahme**

Grundsätzlich ist der Ansatz, präventive Maßnahmen ergänzend zu bestehenden Leistungen zu gewähren, - z.B. nach § 87b SGB XI „Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern“ sowie der „Umsetzung der Expertenstandards“ nach § 113a SGB XI und der Pflicht nach § 11 Abs. 1 SGB XI „aktivierende Pflege“ - zu begrüßen. Allerdings sind die einzelnen Vorgaben des geplanten § 5 SGB XI in sich nicht schlüssig und daher in der Praxis nicht umsetzbar. Ob die vorgesehenen Finanzmittel für die Durchführung von Präventionsleistungen in allen rund 13.000 deutschen stationären Pflegeeinrichtungen ausreichen, ist stark zu bezweifeln. Aber auch aufgrund der mangelnden Abgrenzung, z.B. zur aktivierenden Pflege, sind die geplanten Änderungen des § 5 SGB XI abzulehnen.

#### Zur Finanzierung:

Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Mio. Euro ab dem Jahr 2016 (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung – Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand, S. 4). Die Leistungen sollen in und zusammen mit den rund 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Das bedeutet, dass für die rund 13.000 stationären

ren Pflegeeinrichtungen in Deutschland monatlich ein Betrag von ca. 135 Euro je Einrichtung für Präventionsleistungen zur Verfügung steht. Diese monatlichen 135 Euro reichen allerdings nicht aus, um allen Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsleistungen im vollen Umfang gewähren zu können.

Ein zusätzliches Problem liegt in der Mittelerhebung und -zuordnung. Das Finanzvolumen für Präventionsleistungen speist sich aus 30 Cent je Versichertem. Die Zuordnung der Mittel erfolgt allerdings je Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Das bedeutet einen klaren Wettbewerbsvorteil für diejenigen Pflegekassen mit wenig Pflegebedürftigen, aber vielen Versicherten. Diese Pflegekassen können in einem ganz anderen Umfang Präventionsleistungen erbringen als Pflegekassen mit einem hohen Anteil an pflegebedürftigen Versicherten.

#### Zur Leistung:

Im Sozialgesetzbuch XI wird hinsichtlich der Umsetzung von Pflichten zwischen „können“, „sollen“ und „müssen“ unterschieden. Die Pflegekassen „sollen“ lediglich Präventionsleistungen erbringen, eine eindeutige Verpflichtung für alle Pflegekassen besteht durch das Wort „sollen“ allerdings nicht. Durch die fehlende gesetzliche Verpflichtung kann nicht sichergestellt werden, dass von allen Pflegekassen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbracht werden.

In Absatz 1 sind 3 gesetzliche Vorgaben enthalten:

1. Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.
2. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sind Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen.
3. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes die Kriterien für die Präventionsleistung fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Zielen.

Unklar ist nun, in welcher Reihenfolge der Gesetzgeber die genannten Vorgaben plant und wie diese ineinandergreifen sollen. Wird unterstellt, dass der Gesetzgeber eine kassenübergreifende Präventionsleistung wünscht (vgl. § 5 Abs. 3), sind die Punkte 1 und 3 eindeutig. Dem steht jedoch Punkt 2 entgegen, der eher eine individuelle – mit dem Versicherten und der konkreten Pflegeeinrichtung abgestimmte - Leistungsdefinition statt einer kassenübergreifenden schematisch festgelegten Leistungsdefinition vorsieht. Oder ist eine Reihenfolge von 2,3,1 geplant. D.h. in einem ersten Schritt werden regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet und die unter Punkt 2 geplanten Vorschläge werden unter Beteiligung von Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen erarbeitet. In einem zweiten Schritt sind diese Vorschläge an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten, damit dieser unter Einbezug der Vorschläge Kriterien für die Präventionsleistung festlegen kann. Sollen dann auf der Basis in einem letzten Schritt unter den Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen und auf dieser Basis Verträge mit Pflegeeinrichtungen vereinbart werden?

Um diese aufgezeigten Unsicherheiten zu beseitigen, ist eine Klarstellung seitens des Gesetzgebers erforderlich.

Zur vertraglichen Umsetzung:

Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber im Rahmen der vertraglichen Umsetzung vom bisherigen Grundsatz in der Pflegeversicherung – die Zuständigkeit liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen - abweicht. Bisher stand das gemeinschaftliche Handeln im Vordergrund. Indem nun die Pflegekassen die Kooperationsvereinbarungen abzuschließen haben, wird eine neue Vertragsebene implementiert, mit der zusätzlicher Verwaltungsaufwand einhergeht.

In Form von Arbeitsgemeinschaften sollen die Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen erarbeiten. Die Kooperationsvereinbarungen dienen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention. Unklar ist, wie die zusätzlichen vertraglichen Beziehungen auszugestaltet sind. Schließen die Pflegekassen in einem ersten Schritt die Kooperationsvereinbarung untereinander ab, da es sich um kassenübergreifende Leistungen handelt? Wie wird die Pflegeeinrichtung vertraglich eingebunden, so dass die Pflegekassen auch Präventionsleistungen in Einrichtungen erbringen können? Wie wird mit Pflegeeinrichtungen umgegangen, in denen diverse Pflegekassen nur einen geringen bzw. sehr geringen Belegungsanteil haben, um „Rosinenpickerei“ zu vermeiden?

Insgesamt sind die Vorgaben des § 5 in der jetzigen Fassung nicht eindeutig und auch nicht umsetzbar. Viele Fragen bleiben ungeklärt und erschweren eine Umsetzung. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Pflegekassen sich nicht an einer kassenübergreifenden Präventionsleistung beteiligen, ihre pflegebedürftigen Versicherten werden hierdurch benachteiligt.

Vielmehr soll den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet werden, die Situation von Pflegebedürftigen durch aktivierend-therapeutische Unterstützung bei der Wiedererlangung, Erhalt und Stärkung der Selbstständigkeit zu verbessern. Die Pflegeeinrichtungen erhalten einen Rechtsanspruch auf Finanzierung der zusätzlichen aktivierend-therapeutischen Pflege

## **C     Änderungsvorschlag**

Änderungen in § 5 sind zu streichen.

Stattdessen ist in Analogie zu § 87b SGB XI ein neuer § 87c SGB XI „Vergütungszuschläge für koordinierte niedrigrschwellige Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und Erhalt der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen“ aufzunehmen. Damit verbunden wird das Ziel, die präventive und rehabilitative Ausrichtung in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Hierfür werden Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen durch aktivierend-therapeutisches Personal – insbesondere durch Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden - unterstützt, um die gesundheitliche Situation und die Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen deutlich zu verbessern.

## **Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen der Pflegebegutachtung zur Feststellung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, haben die Gutachter zusätzlich eine Aussage zu treffen, ob Beratungsbedarf hinsichtlich Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

### **B Stellungnahme**

Nachdem die Gutachter gemäß § 18 Abs. 1 Satz 3 prüfen, inwieweit Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, ist es sinnvoll, gleichzeitig einen verhaltenspräventiven Beratungsbedarf abzuklären. Laut Begründung ist Ziel der Neuregelung, „eine Pflegebedürftigkeit insbesondere bei einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 zu vermeiden bzw. deren Eintritt zu verzögern oder aber einer Verschlechterung vorzubeugen“.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

### **Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen werden verpflichtet, bei der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln und Stellung zu beziehen, inwieweit Maßnahmen zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind.

#### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 18 SGB XI.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die unentgeltlichen Pflegekurse sollen künftig darauf ausgerichtet werden, der Entstehung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen vorzubeugen.

### **B Stellungnahme**

Der größte Pflegedienst Deutschlands ist die Familie: Rund 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden im häuslichen Bereich von Angehörigen und Freunden betreut. Um Angehörige dabei zu unterstützen, werden in Pflegekursen Basiswissen für den Alltag sowie praktische und theoretische Tipps für die Pflege vermittelt. Der präventive Ansatz bei der Konzeption und Durchführung der Pflegekurse ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ist sicherzustellen, dass auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden.

### **B Stellungnahme**

Expertenstandards tragen dazu bei, die Qualität in der Pflege zu sichern und weiterzuentwickeln. Sie legen fest, wie Pflegekräfte bei bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten vorgehen sollten, um das angestrebte Qualitätsniveau in der Pflege sicherzustellen. Die o.g. Ergänzung ist zu begrüßen. Die darüber hinaus gehende Berücksichtigung des Einsatzes von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht jedoch über den im Rahmen von pflegerischen Expertenstandards abzubildenden Regelungsbereich hinaus und sollte deshalb gestrichen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

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

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

### III. Anträge

#### **Antrag Bündnis90/Die Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz**

##### **A Inhalt**

Die Grünen betonen in ihrem Antrag, dass Gesundheitsförderung die nichtmedizinische, ganzheitliche, individuelle und soziale Primärprävention umfasst und Veränderungsprozesse mit allen Beteiligten dort anstoßen soll, wo sie leben, lernen und arbeiten. Ziele sind aus Sicht der Grünen, das Wohlbefinden zu steigern, Gesundheitsrisiken zu reduzieren und damit letztendlich Krankheiten zu vermeiden.

Die Bundesregierung wird in dem Antrag aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgenden Themen aufgreift:

- Abbau sozialbedingter ungleicher Gesundheitschancen
- Partizipation bei der Gestaltung von Alltagswelten
- Gesundheitsbelastungen senken – gesundheitsfördernde Ressourcen stärken
- Kleine und mittlere Betriebe in der BGF erreichen
- Nationale Gesundheitsförderziele
- Steuerung, Koordination und Umsetzung
- Regional gesteuerte partizipative Mittelvergabe
- BZgA als nationales Kompetenzzentrum
- Gesundheitsberichterstattung und Forschung
- Breite Finanzierungsbasis und Erhöhung des Finanzvolumens

##### **B Stellungnahme**

Gesundheit für alle durch einen gesamtgesellschaftlichen Präventionsansatz zu erreichen, ist ein wichtiges Anliegen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist dafür eine breite Allianz notwendig, mit der die erforderlichen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention verzahnt werden können.

Mit einer Betrachtung der Zusammenhänge von sozialen und gesundheitlichen Themen kann ein Beitrag zu mehr Gesundheit geleistet werden, wenn vor allem vulnerable Gruppen in den Blick genommen werden. Sobald aber die Finanzierung angesprochen wird, verkürzt sich der Blick - auch im Antrag der Grünen - wieder auf rein gesundheitliche Aspekte. Ohne Angleichung der Bildungs- und Teilhabechancen wird es keine gesundheitliche Chancengleichheit geben.

Die AOK bekennt sich zu ihrer Verantwortung und hat bereits in den Lebenswelten KiTa, Schule und in den Betrieben Maßnahmen und Programme auf den Weg gebracht, die Gesundheitskompetenz durch die Kombination von Bildung und Erleben alltagstauglich gestalten. Das Engagement hat aber dort seine Grenzen, wo die Beteiligung der notwendigen Partner fehlt und unklar ist, dass die Maßnahme auch dauerhaft fortgeführt wird.

Der Ansatz im Antrag der Grünen, Arbeitgeber mit wenigen Beschäftigten stärker für das betriebliche Gesundheitsmanagement zu interessieren, ist richtig. Denn dazu bedarf es anderer Strategien, um Aufgaben, die größere Unternehmen mit eigenem Personal regeln können, für die Unternehmen zu organisieren. Da das Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter vorhanden ist, sollten Angebote über Innungen und Handwerkskammern besser an die Bedingung der Unternehmen mit wenigen Beschäftigten angepasst werden.

Die Entwicklung nationaler Gesundheitsförderungsziele bietet Orientierung und ist sinnvoll. Grundsätzlich müssen diese Ziele aber auf die jeweiligen regionalen oder betrieblichen Besonderheiten angepasst werden können. Das gelingt bei den regionalen AOKs sehr gut. Wichtig ist, dass Maßnahmen hinterlegt werden, die evidenz- und qualitätsgesichert sind. Weiterhin müssen Gesundheitsdaten sowie Evaluationskriterien vorliegen, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen.

Grundsätzlich haben die jeweiligen Verantwortungsträger die Prozesse zu steuern. Hier sollte die Initiative in NRW beispielgebend sein. Dort werden über eine regionale Analyse Schwerpunkte definiert, Ziele gesetzt und dann mit den Verantwortungsträgern gemeinsam umgesetzt. Entsprechende Landesrahmenvereinbarungen, wie sie auch im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen sind, können hierzu einen Beitrag leisten.

Hinsichtlich der Finanzierung ist entscheidend, dass eine Verständigung darüber erzielt wird, was zu leisten ist, wessen gesetzlicher Auftrag dies ist und wie man die Leistungen miteinander koordiniert. Es ist heute schon gute Praxis, dass dann jeder seinen Leistungsauftrag selbst finanziert. So kann eine Mischverwaltung ausgeschlossen werden.

Die Definition von Maßnahmen und Zielgruppen ist ein wesentliches Instrument, um Bedarfe zu erkennen und auch den Nutzen der Intervention deutlich zu machen. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass die Daten vergleichbar sind und auch von allen Akteuren in dem jeweiligen Verantwortungsbereich offen gelegt werden.

Fraglich ist, aus welcher Erkenntnis sich die Forderung im Antrag nach einer undifferenzierten Ausweitung des Finanzvolumens speist, die nur für die GKV dargestellt wurde. Es fehlt die Analyse, was, wann durch wen zu leisten ist und die Darstellung, welches Finanzvolumen Länder und Kommunen einbringen müssen.

## **Antrag Die Linke: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, den Entwurf eines Gesetzes zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention mit folgenden Eckpfeilern vorzulegen:

### **Koordinierte und integrierte Gesamtstrategie**

#### **A Inhalt**

Eine integrierte und koordinierte Gesamtstrategie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit soll insbesondere die Punkte umfassen:

- gesamtgesellschaftliche Aufgabe, mit der die gesamte Bevölkerung umfasst wird
- Beseitigung der Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut in allen Gesetzen
- bundeseinheitliche Gesundheitsziele
- 2/3 der Ausgaben in Lebenswelten
- funktionsfähige, flächendeckende und barrierefreie Infrastruktur
- Zentrale Auswertung von Evaluation und Qualitätssicherung, Wissenschaftliche Forschung und Public-Health-Strategien

#### **B Stellungnahme**

Es ist ein wichtiges Anliegen, den Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention vor allem auf die Bevölkerungsgruppen zu legen, die einen schwierigeren Zugang zu einem gesunden Lebensstil haben. Das kann, wie in dem Antrag der Linken zum Ausdruck gebracht, aber nur gelingen, wenn Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen verankert und somit als gesamtgesellschaftliches Anliegen verstanden wird.

Dazu sind Anstrengungen in allen Politikbereichen gefordert. Bei der Definition von Gesundheitszielen können bundeseinheitliche Ziele allerdings nur eine Orientierung geben. Die Bevölkerungs- und Infrastrukturentwicklung in den Ländern erfordert ein notwendiges Maß an Gestaltungsspielraum, um auf die Bedarfe vor Ort angemessen reagieren zu können. Aber auch in den Kommunen gibt es unterschiedliche Entwicklungen, die die politischen Verantwortungsträger differenziert angehen müssen.

Die regionale Gesundheitsberichterstattung ist eine gute Quelle, um Entwicklungen aufzeigen und daraus notwendige Maßnahmen abzuleiten zu können. Dazu ist es notwendig, vorhandene Standards in der Entwicklung, Implementierung und Überprüfung von Maßnahmen zur Verfügung zu stellen bzw. fehlende zu entwickeln.

## Vernetzte Organisationsstrukturen

### A Inhalt

Vernetzte Organisationsstrukturen sollen durch eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene an die BZgA angebunden werden. Ein eigener Fonds soll aus Mitteln von Bund, Ländern und SV-Trägern gespeist werden. Die Finanziere plus Kommunen, Wissenschaft, Gewerkschaften, Sozialverbände und Patientenvertreter sollen diesem Gremium angehören. Dort sollen Ziele festgelegt, Präventionsforschung vorangetrieben und Qualitätsberichte zusammengeführt werden. Auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sollen Strategien entwickelt werden, mit denen partizipative Entscheidungsstrukturen zur Umsetzung von Präventionsprojekten gewährleistet werden können. Vorhandene Strukturen auf Landesebene sollen verstetigt, die Vernetzung gestärkt und Präventionsberichte sollen vorgelegt werden.

### B Stellungnahme

Eine zu starke Zentralisierung von Aufgaben negiert die föderalen Strukturen. Grundsätzlich sollte es einen Rahmen geben, in dem die Länder eigenverantwortlich handeln können. Sie kennen die Bedarfe und die regionalen Strukturen, auf die sie zielgenaue Maßnahmen aufsetzen können. Kein zentraler Akteur ist in der Lage, Angebote so zu konzipieren, mit denen die spezifischen Bedarfe und Strukturen sowie die Vielfalt der Akteure berücksichtigt werden können.

Eine zentrale Einheit wäre sinnvoll, um wissenschaftliche Expertise, Bedarfsanalysen, Präventionsforschung, Entwicklung von Standards in der Qualitätssicherung und Evaluation voranzutreiben, transparent zu machen, zu verbreitern sowie die Entwicklung der Präventionsaktivitäten in den Regionen zu vergleichen.

Für eine bessere Vernetzung auf der Landesebene sind Rahmenvereinbarungen eine gute Grundlage. Schon heute hat die AOK in vielen Ländern Vereinbarungen zu bestimmten Themenschwerpunkten in den Lebenswelten geschlossen, an denen sich die unterschiedlichsten Partner beteiligen.

## Finanzierung

### A Inhalt

Prämissen zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Antrag der Linken sind:

- Bildung eines Fonds zur Gesundheitsförderung durch Bund, Länder, SV-Träger sowie PKV. Zum Start sind in den ersten vier Jahren jeweils 1 Mrd. € von Bund einzuzahlen
- 75 % sollen von der kommunalen Ebene abgerufen werden – ohne dass sie selbst Kosten tragen müssen
- Mindesthöhe des Finanzierungsbeitrag des Bundes soll nach der Aufbauphase festgelegt werden
- Prüfung einer Beteiligung von Industriezweigen, die hohe Gesundheitsrisiken haben

- Arbeitgeber sollen verpflichtend beteiligt werden.

## **B      Stellungnahme**

Vor Überlegungen zur Finanzierung sollten die Bedarfe ermittelt werden. Es gibt eine Reihe von Aufgaben zur Daseinsvorsorge, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben, allerdings in die Verantwortung von Ländern und Kommunen fallen, wie der frühe KiTa-Besuch, die Unterstützung der Eltern, die Schulausbildung, die eine Berufsausbildung ermöglicht, das Lebensumfeld, das auch ärmeren Bevölkerungsschichten und alten Menschen eine Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht.

Auch das Verursacherprinzip bedarf einer differenzierteren Betrachtung. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat in seiner jüngsten Fehlzeitenanalyse festgestellt, dass auch der Bildungsgrad in bestimmten Berufen Einfluss auf die Gesundheit hat. Daher setzt die AOK schon seit Jahren auf eine gute Zusammenarbeit mit den Unternehmen, um herauszufinden, welche Erkrankungen durch die Arbeitsbedingungen verursacht werden, die von den Arbeitgebern in eigener Verantwortung auch beeinflusst werden können.

Aus Sicht der AOK ist es daher wesentlich, in Bildung und Gesundheitsbildung schon in frühen Jahren zu investieren. Denn gut gebildete Menschen verfügen oft auch bei geringerem Einkommen über eine bessere Gesundheit.