

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(26)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015



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

Stand 20.04.2015

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Zielgruppen	6
Präventionsziele	7
Ärztliche Präventionsempfehlungen	9
Finanzierung primärpräventiver Leistungen	11
Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	13
Betriebliche Gesundheitsförderung	16
Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz	19
Ärztliche Präventionsempfehlungen	22
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen	24
Bonusprogramme	25
Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte	26
Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen	27
Streichung.Einrichtung eines Überlauftopfes	27
Prävention in Pflegeeinrichtungen	29
Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit	31
Pflegekurse für Angehörige	32
Expertenstandards Pflege	33

Grundsätzliche Anmerkungen

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

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

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

Mit der Gründung kassenartenübergreifender, regionaler Koordinierungsstellen im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung soll der Versuch unternommen werden, den Zugang der Betriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Die Innungskrankenkassen bewerten den Regelungsansatz negativ. Ein niedrigschwelliger, unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben sichergestellt.

Mit diesem Gesetz soll auch die Prävention in der Pflege gestärkt werden. Damit wird die immer wichtigere Gruppe der Älteren, Multimorbiden und Pflegebedürftigen in den Blick genommen. Die Innungskrankenkassen haben sich schon seit langem für mehr Prävention in der Pflege ausgesprochen und begrüßen daher dieses Ziel des Gesetzgebers sehr. Allerdings sehen wir kritisch, dass nur Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Einrichtungen, nicht jedoch im ambulanten Bereich profitieren sollen. Daher schlagen wir vor, Prävention auch in der ambulanten Pflege zu fördern.

Finanzierung/Risikostrukturausgleich

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

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

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

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

Präventionsneutralität des Morbi-RSA als gesetzliche Zielvorgabe im § 268 SGB V zu verankern.

Darauf aufbauend ist auch der RSA selbst anzupassen. Die oben dargelegte Entwicklung wurde bereits durch den alten Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes vorhergesehen. Sie ist insbesondere in der übermäßigen Berücksichtigung von der Prävention zugänglichen Volkskrankheiten begründet. Wir plädieren daher nachdrücklich dafür, die Methodik der Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich anzupassen. Ziel muss das Ende der übermäßigen Berücksichtigung der leichten, durch Prävention vermeidbaren und kostengünstigen Volkskrankheiten sein. Zusätzlich kann auch die Möglichkeit diskutiert werden, Krankheitskosten von der Prävention zugänglichen Krankheiten nicht mehr vollständig auszugleichen. Nur durch die Beseitigung der Präventionsdefizite des RSA können wieder Anreize zu größeren Präventionsanstrengungen in der GKV gesetzt werden.

Bei jenen Gesetzesänderungen, die in dieser Stellungnahme unerwähnt bleiben, verweisen wir auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.

Zielgruppen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 2b SGB V: Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Geschlechtsspezifische Besonderheiten sollen bei den Leistungen der Krankenkassen berücksichtigt werden.

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

Präventionsziele

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Die zertifizierten Leistungen der Krankenversicherung veröffentlicht der GKV-Spitzenverband neben den festgelegten einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien auf seiner Internetseite. Hierzu sollen die Kassen die erforderlichen Auskünfte und die erforderlichen nicht versichertenbezogenen Daten an den GKV-Spitzenverband übermitteln.

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

Bewertung

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

Beruhend auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand fordern die Innungskrankenkassen gemeinsam mit vielen Akteuren schon seit langem die Entwicklung einer übergreifenden, integrierten Präventionsstrategie. Hierfür muss eine gemeinsame

Zielausrichtung und Kooperation aller auf diesem Feld tätigen Akteure erfolgen. Eine Zielorientierung, die sich nur auf die Leistungen im SGB V beschränkt, ist zu kurz gegriffen. Eine ergebnisorientierte Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Finanzierung muss übergreifend und gesamtgesellschaftlich sichergestellt werden und nicht nur für die Kassen verpflichtend sein.

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

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

Auch wenn es grundsätzlich nachvollziehbar und eine Anerkennung der u.a. durch die GKV finanzierten und unterstützten Arbeit von gesundheitsziele.de ist, dass die in diesem Rahmen erarbeiteten Gesundheitsziele Eingang in das Präventionsgesetz finden sollen, muss dabei berücksichtigt werden, dass Stand und Auswahl der Ziele historisch gewachsen sind. Diese Liste kann keinesfalls abschließend sein, wie auch die Ziele selber einer regelmäßigen Überarbeitung bedürfen.

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

Änderungsvorschlag

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

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

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

Ärztliche Präventionsempfehlungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 4 und 5 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 5 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Gegen betriebsärztliche Präventionsempfehlungen spricht grundsätzlich nichts. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, innerhalb derer der Betriebsarzt auf Wunsch tätig werden kann, vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Diese Untersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Da eine betriebsärztliche Untersuchung nicht in jedem Fall mit der Früherkennungsuntersuchung nach § 25 SGB V vergleichbar ist, wird eine Nennung an dieser Stelle nicht für zwingend notwendig erachtet.

Der Verweis auf § 23 SGB V in § 20 Abs. 5 S. 2 sollte gestrichen werden, da diese Regelung Mitnahmeeffekte zur Folge haben kann.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: Streichung des im § 20 Abs. 5 Satz 2 (wohntferne Angebote).

Finanzierung primärpräventiver Leistungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, eine zweijährige Übergangsfrist bis zum Erreichen des Höchstbetrages aufzunehmen. Eine sofortige Verdoppelung der finanziellen Verpflichtung schon im Jahr 2016 birgt die Gefahr, dass die Mittel zunächst nach dem

„Gießkannenprinzip“ ohne eingehende Prüfung des tatsächlichen Bedarfs auf Unternehmen und nichtbetrieblichen Settings verteilt werden, um pro forma die erforderlichen Richtwerte zu erreichen.

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

Änderungsvorschlag

Schaffung einer Übergangsregelung in Form eines Stufenplans zur Anpassung des Jahresrichtwerts in den Settings (betrieblich und Lebenswelten) bis ins Jahr 2018 und Klarstellung im Gesetz, dass eine Überschreitung der Werte möglich ist. Die Kassen sollen selbst entscheiden können, ob sie betriebliche oder nichtbetriebliche Settings fördern.

Die Budgets für Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung sind entsprechend zusammen zu legen und mit vier Euro zu beziffern. Darüber hinaus ist die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sicherzustellen.

Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

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

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20a Absatz 3 Satz 3 SGB V: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bei der Leistungserbringung für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, sollen die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammenarbeiten.

Ab 2016 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom GKV-Spitzenverband beauftragt werden, kassenübergreifende Leistungen in Lebenswelten für gesetzlich Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, zu entwickeln, zu implementieren und wissenschaftlich zu evaluieren. Die BZgA soll dabei die Kassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen und zur Sicherung der Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beitragen. Hierfür sollen die Kassen pauschal mindestens ein Viertel (50 Cent) des Betrages aufbringen, den sie für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten verausgaben sollen. Die Geldmittel sollen entsprechend der Anzahl der gesetzlich Versicherten in den einzelnen Bundesländern verwendet werden.

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

Bewertung

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: Streichung des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V.

Zu Artikel 2: Streichung des § 20a Absatz 3 SGB V.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 4 und 6

§ 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V: Primäre Prävention

§ 20b Absatz 1 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (= § 20a alt)

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 20b Absatz 1 Satz 2: Betriebliche Gesundheitsförderung (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Die Beratungsfunktion der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit wird gestärkt, das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und BGF wird betont.

Im Rahmen der BGF erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention dürfen nur erbracht werden, wenn sie von einer Krankenkasse oder von einem für die Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten zuvor zertifiziert worden sind.

Bewertung

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

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Wie bei den Früherkennungsuntersuchungen im ambulanten Bereich wäre auch hier eine umfassende Qualifizierung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit notwendig. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen Untersuchung und Beratung der Betriebsärzte vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Betriebsärzte werden von den Arbeitgebern eingestellt und unterliegen vorrangig dem Arbeitssicherheitsgesetz. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeits-

sicherheit ist zielführend. Wenn es möglich ist, werden sie schon heute in die BGF-Maßnahmen einbezogen. Es ist allerdings zu beobachten, dass Betriebsärzte, die auf Honorarbasis tätig sind, nur gegen zusätzliche Honorare bei Maßnahmen der BGF teilnehmen. Diese Kosten dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen. Eine verpflichtende Einbeziehung von Betriebsärzten lehnen die Innungskrankenkassen ab. In Betrieben ohne Betriebsärzte sollte es dem Arbeitgeber überlassen bleiben, ob er (auf eigene Kosten) einen externen Betriebsarzt einbeziehen möchte.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Qualitätssicherung der Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Allerdings ist die Formulierung im Gesetzentwurf bezüglich individueller Prävention im Betrieb missverständlich. Mit dieser unklaren gesetzlichen Formulierung – wir unterscheiden im Gesetz sowie Leitfadens Prävention ausschließlich zwischen individueller Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung – besteht die Gefahr einer Vermischung von Maßnahmen der individuellen Prävention mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eine willkürliche Ausschüttung der zur Verfügung stehenden Gelder.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1: § 20b Absatz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

Zu Artikel 2: Streichung des § 20b Abs. 1 Satz 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 20c SGB V: Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (= § 20b alt)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur BGF nach § 20b erbringen und die Unfallversicherung über die daraus gewonnenen Erkenntnisse informieren.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird die vollständige Handlungspflicht auf die Krankenkassen übertragen. Bereits heute ist es fast unmöglich, eine Abstimmung konkreter Maßnahmen in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erreichen, da die regionalen Ansprechpartner bei den Unfallversicherungsträgern fehlen. Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Information der betriebsverantwortlichen Unfallversicherungen und eine Durchführung von Maßnahmen in der Hauptverantwortung und Entscheidungshoheit des Unternehmens bzw. seiner Leitung verbleiben müssen. Die Unfallversicherung sollte verpflichtet werden, den Hinweisen umgehend nachzugehen.

Änderungsvorschlag

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

„Insbesondere unterrichten sie diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die notwendigen Maßnahmen sind vom Arbeitgeber mit der verantwortlichen Unfallversicherung abzustimmen.“

Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 8 und 20

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

§140f Absatz 2 SGB V: Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Präventionsstrategie

Krankenkassen entwickeln gemeinsam mit Trägern der Rentenversicherung und gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie. Die nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung der präventiven Leistungen in Lebenswelten zuständigen Stellen und Träger und der Erstellung eines regelmäßigen Präventionsberichts. Der Bericht soll insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g enthalten. Das RKI liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen gewährleisten die Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie im Rahmen der Präventionskonferenz.

Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen sind bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einzubeziehen. Sie sollen ihre Erfahrungen in den Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums einbringen. Damit wird auch dem Anspruch aus der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung getragen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen benennen einvernehmlich sachkundige Personen, von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen. Ihre Anzahl ist auf die Anzahl der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter begrenzt.

Präventionskonferenz

Die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d SGB V mit je zwei

Sitzen wahrgenommen. Die private Krankenversicherung erhält einen Sitz, wenn sie sich an Umsetzung der Rahmenempfehlungen mit finanziert. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme, die Spitzenverbände der Arbeitnehmer/Arbeitgeber-Organisationen jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Die Bundesagentur für Arbeit entsendet ebenfalls einen Vertreter mit beratender Stimme.

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

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

Landesrahmenvereinbarungen

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

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

Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

Modellvorhaben

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

Bewertung

Präventionsstrategie

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

Die Einbeziehung des Sachverständigen von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten in der nationalen Präventionskonferenz wird grundsätzlich als sachgerecht angesehen. Allerdings erscheint die Auswahl des Personenkreises vor dem Hintergrund willkürlich, da auch weitere Personengruppen, wie z. B. pflegebedürftige Personen, einen Beitrag im Rahmen der Präventionskonferenz leisten könnten.

Präventionskonferenz

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

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

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

Die Führung der Geschäfte durch die BZgA wird von den Innungskrankenkassen ebenfalls kritisch gesehen. Eine von der nationalen Präventionskonferenz berufene, schlanke Geschäftsführung wäre zielführender.

Landesrahmenvereinbarungen

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

Modellvorhaben

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

Änderungsvorschlag

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

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

Ärztliche Präventionsempfehlungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 25 SGB V: Gesundheitsuntersuchungen

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung oder Früherkennungsuntersuchung kann der Arzt eine Präventionsempfehlung „auf Rezept“ verordnen. Dabei soll der Arzt gezielt auf zertifizierte Angebote der verhaltensbezogenen Prävention hinweisen, z.B. auf Angebote des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), Bewegungsangebote der Sportvereine oder Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen haben alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr beendet haben. Die präventionsorientierte Beratung soll die Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes einschließen.

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

Der G-BA soll zudem Näheres zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten beschließen.

Falls bei der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung deutlich wird, dass Erkenntnislücken bestehen, kann der G-BA Erprobungen durchführen. Dazu wird die Erprobungsregelung in § 137e entsprechend angewandt.

Bewertung

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

finanziellen Konsequenzen derzeit offen. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V zu beachten.

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

Finanzierungsfragen sind zu klären. Schon heute ist die Berücksichtigung primärpräventiver Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V Teil der ärztlichen Aufgaben. Aus diesem Grund darf sich aus den neuen Regelungen kein erweiterter Vergütungsanspruch ableiten. Eine Doppelfinanzierung bereits vergüteter Leistungen ist auszuschließen.

Änderungsvorschlag

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

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 26 SGB V: Kinderuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Beabsichtigte Neuregelung

Das Programm der Früherkennungsuntersuchungen wird bis zum 18. Lebensjahr aus-
geweitet. Die Untersuchungen beinhalten auch Überprüfung der Vollständigkeit des
Impfstatus. Der G-BA bestimmt Näheres zu den Untersuchungen.

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

Bonusprogramme

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a SGB V: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden grundsätzlich verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten vorzusehen. Aus der „Kann-Regelung“ wird eine „Soll-Regelung“. In Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ferner Boni sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern möglich sein.

Bewertung

Die Einschränkung der bonusfähigen Maßnahmen auf zertifizierte Leistungen wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich abgelehnt.

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

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

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

Änderungsvorschlag

Streichung der Soll-Regelung. Zudem Streichung der Einschränkung, dass als bonifizierbare Leistungen lediglich zertifizierte Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V gelten.

Schutzimpfungen und Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 18 und 19

§ 132e SGB V: Versorgung mit Schutzimpfungen

§ 132f SGB V: Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Beabsichtigte Neuregelung

Betriebsärzte sind berechtigt, Schutzimpfungen zulasten der GKV zu leisten.

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen Krankenkassen den Unternehmen in gemeinsamen einzu-richtenden regionalen Koordinierungsstellen (unter Nutzung von bestehenden Ge-schäftsstellen der Kassen oder gemeinsamen Servicestellen) Beratung und Unterstüt-zung anbieten. Darüber hinaus sollen örtliche Unternehmensorganisationen (Innungen, Handwerkskammern usw.) an der Beratung beteiligt werden. Näheres zur Aufgabener-füllung und Finanzierung dieser regionalen Koordinierungsstellen sowie zur Beteiligung der örtlichen Unternehmensorganisationen obliegt den Landesverbänden der Kranken-kassen und den Ersatzkassen in den Bundesländern.

Bewertung

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung ist nach wie vor ein Feld, in dem die Kassen mitei-ander im Wettbewerb stehen. Daran sollte festgehalten werden, weil gerade der Wett-bewerb den Betrieben hier ermöglicht, als Nachfrager eine für sich maßgeschneiderte Unterstützung zu erhalten. Ein wettbewerbsneutrales Vorgehen ist nicht sinnvoll. Des-wegen lehnen wir verpflichtende kassenartenübergreifende Koordinierungsstellen ab.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Einrichtung eines Überlauftopfes

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

Streichung. Absatz 4 sollte stattdessen wie folgt lauten:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1 verwenden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die nicht verwendeten Mittel für gemeinsame Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung.“

Prävention in Pflegeeinrichtungen

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 Abs. 1-3 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

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

ist die Vereinbarung von kassenartenübergreifenden Regelungen für Präventionsleistungen nachvollziehbar.

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

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

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

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

Änderungsvorschlag:

Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention sowohl im ambulanten Bereich wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige erbringen. Hinsichtlich des Jahresrichtwertes sollte eine Übergangsregelung in Form eines Stufenplans bis ins Jahr 2018 geschaffen werden. Darüber hinaus muss auch hier die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sichergestellt werden.

Präventionsberatung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

Zu Art. 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 2 und 3

§ 18 SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

§ 18a SGB XI: Berichtspflicht

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

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

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

Der IKK e.V. bewertet kritisch, dass verhältnispräventive Aspekte, die sich auf das Lebensumfeld der zu Pflegenden beziehen, in diesem Kontext nicht aufgegriffen werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Pflegekurse für Angehörige

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

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

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Expertenstandards Pflege

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 113a XI: Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Keiner.