

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
Anhörung des Gesundheitsausschusses**

am 15. Mai 2013

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU,
FDP
„Entwurf eines Gesetzes
zur Förderung der Prävention“**

BT-Drucksache 17/13080

sowie zum

**Antrag der SPD-Fraktion
„Kinder- und Jugendgesundheit:
Ungleichheiten beseitigen –
Versorgungslücken schließen“**

BT-Drucksache 17/9059

Stand 06.05.2013

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten
Politik und Unternehmensentwicklung
Versorgung
Markt/Produkte

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(11)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
13_Prävention
08.05.2013





Übersicht:

	Seite
I. Vorbemerkung	3
II. Gesetzentwurf	5
Nr. 1 (§ 1 SGBV) Eigenkompetenz und Eigenverantwortung	5
Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention - Absatz 1	6
Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention - Absatz 2	7
Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention - Absatz 5	9
Nr. 3 (20) Primäre Prävention – Absätze 6 und 7	10
Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung - Absatz. 1	12
Nr. 4 (§ 20 a Abs. 3 SGB V) Gruppentarife in der betrieblichen Gesundheitsförderung	13
Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung – Absatz 4	15
Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung – Absatz 5	16
Nr. 5 (§ 20 e SGBV) Ständige Präventionskonferenz	17
Nr. 6 (§ 23 SGBV a) - Medizinische Vorsorgeleistungen	18
Nr. 10 (§ 65a SGBV) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	20
Nr. 11 (§ 132e Absatz 1 Satz 1 SGB V) - Betriebsärzte	23
Antrag der SPD-Fraktion „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen	24



I. Vorbemerkung

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren deutlich gemacht, dass sie sich ihrer besonderen Verantwortung für Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung bewusst sind und investieren deshalb auch jedes Jahr mehr als fünf Milliarden Euro in die Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten. Hierbei nimmt die AOK eine führende Rolle ein und belegt in 2012 mit rd. 4,41 Euro je Versichertem an Ausgaben für Präventionsmaßnahmen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder die Spitzenposition.

Die Hoffnung, dass sich allein durch eine Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auf sechs Euro je Versichertem eine Verbesserung bei der Gesundheit von Kindern und Erwachsenen erreichen lässt, wird sich jedoch nicht erfüllen. Denn entscheidend ist nicht die Quantität, sondern der Ansatz und die Qualität der angebotenen Maßnahmen.

Deshalb investiert die AOK in qualitätsgesicherte und auf Nachhaltigkeit angelegte Projekte, so z. B. in Kindertagesstätten, Schulen oder in die betriebliche Gesundheitsförderung. Die hier umgesetzten Maßnahmen passen in die Lebensrealität der Betroffenen und werden so Bestandteil des täglichen Handelns der Kinder und Erwachsenen sowie der Unternehmer. Dieser individuelle, auf die regionalen Besonderheiten ausgerichtete Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung wird gefährdet, wenn zentralistische Maßnahmen durch den GKV-Spitzenverband vorgeschrieben werden. Auch müssen Gesundheitsziele dem Auftrag der GKV in der primären Prävention entsprechen. Die GKV hat für ihre Aufgaben bereits Gesundheitsziele definiert, die sich aus dem Gesundheitszieleprozess ableiten. Daher appelliert der AOK-Bundesverband an den Bundesgesetzgeber, diese Vorgabe in § 20 ersatzlos zu streichen.

Die AOK hat vielfältige Maßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen auf- und ausgebaut. Basis dafür ist die gute regionale Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Akteuren in den Ländern und Kommunen. Der Bundesgesetzgeber kann darüber hinaus mit den Bundesländern, außerhalb gesetzlicher Vorgaben des SGB V, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vereinbaren und diese durch die BZgA aus Steuermitteln umsetzen lassen. Die im Wesentlichen von Versicherten und Arbeitgebern aufgebrachten GKV-Mittel müssen weiterhin direkt den Versicherten zu Gute kommen und für individuelle, regionale Besonderheiten berücksichtigende Projekte zur Verfügung stehen. Nur so wird gewährleistet, dass Beitragsgelder effizient eingesetzt und notwendige staatliche Aufgaben auch aus Steuermitteln finanziert werden. Beitragsmittel dürfen nicht dazu benutzt werden, Versäumnisse von Bund, Ländern und Kommunen zu kompensieren.

Weil die gesetzlichen Krankenkassen keine kommunalen oder Länderaufgaben ersetzen können, kommt diesen eine besondere Verantwortung für die Ausgestaltung gesunder Lebensräume zu. Sie sind verantwortlich für die Rahmenbedingungen, in denen Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schule sowie Senioreneinrichtungen stattfindet. Sie entscheiden über die Ausbildung von Erzieherinnen, Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern, die Jugendhilfe sowie die Wirkungsfähigkeit



des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie gestalten gesundheitsfördernde Lebenswelten für Familien, Senioren und Erwachsene. Die gesetzlichen Krankenkassen können Länder und Gemeinden bei Initiierung und Umsetzung von Präventionsprojekten unterstützen und dabei ihr personelles Know-how einbringen. Dabei sind die sich auch ihrer finanziellen Mitverantwortung bewusst. Die Rahmenbedingungen und die nachhaltige Finanzierung können jedoch nur in der organisatorischen Zuständigkeit erfolgen.

Für den AOK-Bundesverband ist die Einrichtung einer ständigen Präventionskonferenz unter den geplanten gesetzlichen Rahmenbedingungen entbehrlich. Ein solches Gremium ist nur sinnvoll, wenn es verbindliche Vorgaben für alle Beteiligten gibt, an einer gemeinsamen Präventionsstrategie zu arbeiten, sie zu finanzieren und diese dann auch umzusetzen. Besonders wird das auch im Anliegen des Gesetzgebers zur Erweiterung der Kinderuntersuchungen deutlich. Schon heute gibt es Lücken, um Eltern, deren Kinder Entwicklungsdefizite aufweisen, nachhaltig zu unterstützen. Soziale Defizite sowie mangelnde Erziehungskompetenzen lassen sich dabei aber nicht über das SGB V kompensieren.

Nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes bleibt es zielführender, auf Basis der regionalen Besonderheiten konkrete Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die sich an den Gesundheitszielen orientieren und vor allem sozial benachteiligte Gruppen in den Fokus nehmen.

Soweit zu einzelnen Regelungsbereichen vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird - um Doppelungen zu vermeiden - insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von eigenen Ausführungen abgesehen.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Entwurfes eines Gesetzes zur Förderung der Prävention Stellung genommen.



II. Gesetzentwurf

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 (§ 1 SGBV) Eigenkompetenz 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 muss 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 Lebenskompetenz zu kommen.

C Änderungsvorschlag

keiner



Nr. 3 (§20) Primäre Prävention – Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bezug zum GKV-Leitfaden Prävention wird wieder gestärkt. Die Leistungen sollen sich auf die von „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten sieben Gesundheitsziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung beziehen. Die Ziele werden im Gesetzestext explizit genannt. Verbindlich zu berücksichtigen sind die Ziele 3 bis 5 (Tabakkonsum reduzieren; gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern; gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken). Bei den Leistungen zur BGF nach §20a sind auch die Arbeitsschutzziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Nach dem Gesetzesvorschlag soll sich die Definition der Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ orientieren. Eine verbindliche Steuerung der GKV-Handlungsfelder durch Ziele-Festlegungen durch Dritte wird abgelehnt. Primärpräventive Handlungsfelder müssen wie bisher auf der Grundlage der epidemiologisch wesentlichen Krankheiten und ihrer nachgewiesenen Risikofaktoren ermittelt werden. Ergänzend dazu wären die „gesundheitsziele.de“ zu berücksichtigen und/oder zu bestätigen.

Die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ sind schon jetzt die Grundlage für das Handeln der gesetzlichen Krankenkassen und der AOK. Alle verbindlich umzusetzenden Gesundheitsziele bedingen der Zusammenarbeit und Erklärung der Verantwortung von Kommunen und Ländern sowie der Bildungsträger. Insbesondere in der Tabakprävention ist ersichtlich geworden, welche Wirkungen entfaltet werden können, wenn alle Akteure an einem Strang ziehen. Der Gesetzentwurf bleibt hier hinter der schon existierenden Realität zurück und überlässt allein der GKV die Verantwortung.

C) Änderungsvorschlag

Länder, Kommunen und die gesetzlichen Krankenkassen erklären sich gemeinsam bereit, an den Gesundheitszielen 3 bis 5 verbindlich zu arbeiten.



Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention - Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband erhält durch die Neuformulierung eine Erweiterung seines Zuständigkeitsbereiches zugesprochen. Durch die Vorschrift werden die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes bei der Ausgestaltung und Qualitätssicherung der primärpräventiven Leistungen erweitert. Bei der Definition der „Handlungsfelder und Kriterien“ der primärpräventiven Leistungen hat der GKV-Spitzenverband die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele nach Absatz 1 genannten Ziele zu berücksichtigen. Außerdem erhält der GKV-Spitzenverband folgende weitere Aufgaben:

- Festlegung der Definition von weiteren Kriterien der primärpräventiven Leistungen (Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele).
- Festlegung von Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention sicherzustellen. Veröffentlichung der Handlungsfelder und Kriterien sowie einer Leistungsübersicht der primärpräventiven Leistungen im Internet.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem GKV hierfür sowie für den Bericht nach § 20e (neu) die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

B) Stellungnahme

Die Verstärkung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zur erweiterten und verbindlichen Konkretisierung des Präventionsauftrages durch Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien ist mit dem anvisierten Qualitäts-wettbewerb der Kassen nicht zu vereinen. Die AOK konnte durch den Präventionsbericht 2011 wieder eindrücklich nachweisen, dass sie sowohl in den nichtbetrieblichen Lebenswelten als auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung die qualitativen und quantitativen Maßstäbe maßgeblich setzt. Die Partizipation des Leistungsträgers in der Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien einzuschränken, ist nicht zielführend. Sie sind einheitlich und gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. Begrüßenswert ist die Erweiterung der Leistungskriterien um Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung für eine einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Kriterien und einer Übersicht der Leistungen ist wichtig.

Darauf aufbauend sind erprobte, wirksame sowie geeignete präventive Leistungen nach Inhalt, Methode und Qualität zu definieren und im nächsten Schritt sollen aus diesem Katalog für einige Leistungen ausgewählte Zielvorgaben für einen quantitativen Ausbau und ggf. qualitative Optimierung formuliert werden. Dies ist die von den Verbänden der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband gewählte, erfolgreiche Vorgehensweise. Sie ist logisch, konsistent



und soll beibehalten werden. Hierauf sollte in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

Bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien ist die bisherige Verpflichtung zur Einbeziehung unabhängigen Sachverständes durch den Verweis auf die Berücksichtigung der von „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Ziele ersetzt worden. Der GKV-Spitzenverband hat zur Einbeziehung unabhängigen Sachverständes eine Beratende Kommission für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung berufen, die sich nachhaltig bewährt hat. Sie sollte daher beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 wird ersetzt durch: „Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Einbeziehung der Verbände der Krankenkassen und unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Abs. 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielen, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung.“



Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention - Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Richtwert für die Aufgaben nach §§ 20, 20a und 20b SGB V soll nach dem Gesetzesvorschlag von 3,01 Euro (2013) auf 6,00 Euro je Versicherten (2014) verdoppelt werden. Davon sollen mindestens 2 Euro in die betriebliche Gesundheitsförderung und 1 Euro in Lebenswelten fließen. Es ist eine Anpassung an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen.

B) Stellungnahme

Deutlich wird, dass allein die Beitragszahler für die Präventionskosten aufkommen sollen und somit die finanzielle Verantwortung anderer Akteure auf die GKV delegiert wird. Wo bleibt das Engagement der Länder und Kommunen, wenn es z.B. um ein gesundes Aufwachsen von Kindern geht. Die AOK bietet Gesundheitsprogramme in KiTas und Schulen in allen Bundesländern an. Doch, wo Kinder nicht in die KiTa gehen, deren Eltern Unterstützung bei der Erziehung benötigen, versagt dieser Ansatz. Auch fehlt die Bereitschaft von Bildungsträgern, Curricula in die Aus- und Fortbildung von KiTa-Erzieherinnen und Erziehern sowie Lehrerinnen und Lehrern zu übernehmen. Das würde die Effizienz, überall ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu organisieren, erhöhen.

Die geplante Verdoppelung der Präventionsaufwendungen entbehrt jeglicher empirischer Basis. Der Präventionsbericht der GKV zeigt deutlich, dass gerade die Ansätze in den Lebenswelten nachhaltig und qualitätsgesichert mit hoher Effizienz durchgeführt werden. Nachgewiesen wurde auch, dass dauerhaft implementierte Maßnahmen in der Ausbildung von Multiplikatoren lediglich einer Anschubfinanzierung bedürfen und sich dann selbst tragen können. Die AOK hat hier vor allem in den Lebenswelten gezeigt, dass bestimmte Maßnahmen, wie die Qualifikation des KiTa-Personals, einmalige Investitionen darstellen. Schnell aufgesetzte Projekte, die vielleicht viel Geld kosten, aber positive Ergebnisse erzielen, leider aber nach Projektende nicht von den zuständigen Trägern übernommen werden, sind reine Verschwendung von Beitragsgeldern und mühsam aufgebautem Wissen. Die AOK gibt schon jetzt 0,66 Euro/pro Versicherten für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in nichtbetrieblichen Lebenswelten aus. Sie erreicht damit 94% der Kinder und Erwachsenen in nichtbetrieblichen Lebenswelten, die im Rahmen der GKV-Aktivitäten angesprochen werden. Bundesweit ist die AOK in über 5.000 Kindertagesstätten über mindestens drei Jahre tätig geworden.

Der Fokus muss daher nicht auf der Ausgabenseite liegen, sondern auf Qualität, Nachhaltigkeit sowie Zahl der erreichten Kinder und Erwachsenen.

C) Änderungsvorschlag

Die Erhöhung des Richtwertes ist zu streichen.

Der Absatz 5 sollte einen Nachweis der erreichten Präventionsziele, deren Qualität und Nachhaltigkeit sowie die erreichten Versicherten umfassen.



Nr. 3 (§ 20) Primäre Prävention – Absätze 6 und 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen soll der GKV-SV Aufträge an die BZgA geben, um kassenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten zu unterstützen. Dazu kann die BZgA „geeignete“ Kooperationspartner einbinden. Dafür soll die BZgA ab 2014 eine pauschale Vergütung für GKV-Versicherte erhalten, die mindestens 50% der Aufwendungen im Setting (mindestens 0,50 €) entspricht. Bis zum 30.10.2013 sollen die BZgA und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Erbringung und Vergütung sowie zu Inhalt, Umfang, Qualität, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen regeln. Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, kann die BZgA auf Basis des bisherigen Verhandlungsstandes Leistungen erbringen. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Satzung die Aufbringung der Mittel zu regeln. Ausführungs- und Auskunftspflichten des Auftragnehmers (BZgA) und Kontrollbefugnisse des Auftraggebers (GKV-Spitzenverband) werden unter Verweis auf § 89 Abs. 3-5 SGB X geregelt. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann die Tätigkeit der BZgA fördern.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung soll eine Bundesbehörde, die keinerlei Durchgriffsrechte auf föderale Strukturen und eine angemessenen Finanzierungsbeitrag zur Initiierung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten sowie der Organisation von Netzwerken in den Ländern und Kommunen hat, die Arbeit der Krankenkassen in den Lebenswelten unterstützen. Laut Gesetz sind ausschließlich die Beitragszahler verpflichtet, Finanzmittel bereitzustellen, obwohl dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und damit alle Steuerzahler in der Pflicht sind. Damit entfielen auch die „Hilfskonstruktion“ zur unverbindlichen Einbindung der PKV, die ordnungspolitisch nicht dem § 20 SGB V zuzuordnen ist. Hier sollen mit Beitragsmitteln Parallelstrukturen finanziert werden, deren Effizienz zweifelhaft ist. Besonders kritisch ist, dass die BZgA Beitragsgelder an Subunternehmen weitergeben darf, auf deren Auswahl und Vertragsbedingungen die GKV keinen gesetzlich garantierten Einfluss hat.

Aktivitäten in den Lebenswelten können NICHT von zentral agierenden Akteuren bestimmt werden. Hier müssen regionale Prozesse der Ausschlag für primärpräventive Aktionen sein. Dazu sind in erster Linie Länder und Kommunen in der Verantwortung. Auf Basis ihrer eigenen Gesundheitsberichterstattung und den aus *gesundheitsziele.de* abgeleiteten Länderzielen müssen Schwerpunkte bestimmt werden und regionale Netze entstehen. Wenn dazu das Know-how der BZgA eingebunden werden soll, müssen Aufträge an diese von Ländern und Kommunen ausgelöst werden. Ohne, dass Länder und Kommunen sich mit personellen und finanziellen Ressourcen einbringen, gibt es keinen erfolgversprechenden Präventionsansatz, der verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente verbindet.

Im Wettbewerb haben die Kassen wirksame Initiativen entwickelt. Sie haben langjährig theoretisches und praktisches Know-how aufgebaut, arbeiten mit den verantwortlichen Partnern der Lebenswelten in der Region zusammen und können auf kompetente Auftragnehmer vor Ort zurückgreifen.



C) Änderungsvorschlag
Regelung ist zu streichen



Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung a) Abs. 1

aa) Einfügung der Wörter „sowie der Betriebsärzte“

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung werden die Betriebsärzte in den Kreis der an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligenden Akteure aufgenommen.

B) Stellungnahme

Wichtig ist Arbeitnehmern im Setting Betrieb, Angebote zu unterbreiten, die einen niedrighschwelligen Zugang zur Prävention und Gesundheitsförderung bieten. Betriebsärzte kennen die unternehmensspezifischen Besonderheiten der Arbeitsanforderungen und bilden damit eine wichtige Schnittstelle zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Daher ist es schon heute Praxis, Betriebsärzte aktiv einzubinden. Die gesonderte Erwähnung ist damit sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

bb) Ersetzung der Angabe „§ 20 Abs. 1 Satz 3“ durch die Angabe „20 Abs. 2 Satz 1, 3 und 4“

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ist eine Folgeänderung zur Gesetzesnovelle des § 20 Abs. 2 (neu). Der GKV-Spitzenverband legt für Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Handlungsfelder und Kriterien fest. Ferner soll die Veröffentlichungspflicht nach § 20 Abs. 2 SGB V auch für die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten.

B) Stellungnahme

Die Verstärkung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zur erweiterten und verbindlichen Konkretisierung des Präventionsauftrages durch Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien ist mit dem anvisierten Qualitätswettbewerb der Kassen nicht zu vereinen.

C) Änderungsvorschlag

Wie zu Nr.3 § 20 Absatz 2.



Nr. 4 (§ 20 a Abs. 3 SGB V) Gruppentarife in der betrieblichen Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelungen

- a) Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen. Arbeitnehmer können einem Gruppentarif ihres Arbeitgebers und ihrer Krankenkasse beitreten.
- b) Die Tarife haben folgende Rahmenbedingungen:
 - Bestandteil sind Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a Abs.1 Satz 1 SGB V.
 - Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Dauer des Tarifangebotes sind verpflichtender Bestandteil der Verträge, optionale Bestandteile können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2 SGB V sowie koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote und Mindestbindungsfristen sein.
- c) Für die Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentari-
fen können die Vertragspartner (Krankenkassen und Arbeitgeber) Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsleistungen einschließlich der Betriebsärzte schließen.
- d) Die Kostentragung regeln die Vertragspartner gemeinsam. Die Aufwendungen für über die Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V und § 20d Absätze 1 und 2 SGB V hinausgehende primärpräventive Leistungen eines Gruppentarifs müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Gruppentarif auf Dauer finanziert werden. Einnahmen aus den Gruppentari-
fen können auch Prämienzahlungen der dem Gruppentarif beigetretenen Mit-
glieder sowie Leistungen des Arbeitgebers sein. Die Einnahmen und Ausgaben sind von der Krankenkasse in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

B Stellungnahme

Im Grundsatz ist es positiv zu bewerten, dass Kassen die Möglichkeit erhalten sollen, Gruppentarife mit Arbeitgebern anzubieten. Dies eröffnet zusätzliche Chancen gerade zur Steuerung von Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung, erhöht die Attraktivität der betrieblichen Gesundheitsförderung und erweitert den Wettbewerb um das beste Versorgungsangebot auf das betriebliche Umfeld. Wichtig ist, dass die Handlungsmöglichkeiten in einem Rahmen erweitert werden, der unsachgerechte Wettbewerbsverzerrungen vermeidet.

Dabei ist zunächst zu begrüßen, dass der Zugang zu den Arbeitgebern allen Kassen im Sinne eines freien Wettbewerbes offen steht und dass das Angebot und der Abschluss von Gruppentari-
fen jeweils einer beidseitigen Zustimmung des Arbeitgebers und der Krankenkasse bedarf.

Die optionale Einbeziehung von Betriebsärztinnen und -ärzten ist sinnvoll, da hierdurch - in Abhängigkeit von den konkreten Rahmenbedingungen des Betriebs - eine engere Verzahnung zwischen den Anforderungen des betrieblichen Umfelds



und den konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erreicht werden kann. Die Einbindung anderer Anbieter von Präventionsleistungen sollte vom Vorliegen spezifischer Qualitätsanforderungen abhängig gemacht werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass bei einem fehlenden Anforderungskatalog ein undurchsichtiger Markt an Anbietern für Gesundheitsleistungen entsteht.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Anforderungen an „geeignete“ Anbieter von Präventionsleistungen sind zu konkretisieren.



Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung
b) Folgende Absätze 3 bis 5 werden angefügt - Abs. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm zielt auf die Verstärkung der Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Ermöglichung eines niedrighschwelligen, unbürokratischen Zugangs von Betrieben zu diesen Leistungen. Die Krankenkassen sollen den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Dies schließt Informationen über die Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung der zuständigen Krankenkasse für die Erbringung der Leistung im Einzelfall ein. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Beratung örtliche Unternehmensorganisationen beteiligt werden. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Bundesländern, „das Nähere“ zur Aufgabenerfüllung und Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die angestrebte Verbesserung von Information und Zugangsmöglichkeiten für Betriebe zu GKV-Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu begrüßen. Eine verstärkte Information über die Angebotspalette unter Nutzung bestehender Infrastrukturen von Unternehmensorganisationen ist sinnvoll und wirtschaftlich. Auch die vorgesehene Nutzung bestehender Strukturen für die genannten Zwecke ist sachgerecht (Länder-Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen auf freiwilliger Basis existieren in den meisten Bundesländern).. Eine Schaffung von zusätzlichen regionalen Koordinierungsstellen und deren strukturelle Finanzierung ist nach § 12 SGB V als unwirtschaftlich abzulehnen. Hinzu kommt, dass die vorgesehene Finanzierung bürokratisch und nicht zielgenau ist sowie keine Verlässlichkeit darstellt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung in Satz 4 „...und ihre Finanzierung...“.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Koordinierung von Netzwerken sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.

**Nr. 4 (§ 20a) Betriebliche Gesundheitsförderung****b) Folgende Absätze 3 bis 5 werden angefügt: Abs. 5****A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Norm sollen die Krankenkassen veranlasst werden, den Mindestbetrag für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 4 Satz 2 erster Halbsatz SGB V) in voller Höhe auszugeben. Sie verpflichtet die Krankenkassen dazu, im Falle der Unterschreitung des Mindestbetrags die nicht verausgabten Mittel dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Der GKV-Spitzenverband soll diese Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

B) Stellungnahme

Die Verwendung nicht verausgabter Mittel aus dem Mindestbetrag für die betriebliche Gesundheitsförderung für die kassenartenübergreifende regionale Information und Beratung ist nicht sachgerecht, da hier Mittel ohne die Bedarfe in den Unternehmen genau zu kennen, zentral umverteilt werden sollen. Weiterhin würden durch den vorgesehenen Mechanismus Gelder in Regionen umverteilt, in denen es bereits hohe Aktivitäten gibt. Vielmehr wäre es wichtig, Praxiserfahrungen niedrigschwellig für die Unternehmen verfügbar zu machen.

C) Änderungsvorschlag

Der Gesetzesvorschlag ist zu streichen.



Nr. 5 (§ 20 e SGBV) Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 wird die Einrichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim BMG mit eigener Geschäftsstelle geregelt, die die Organisation sowie Zusammenstellung und Aufbereitung von Unterlagen für das Gremium übernehmen soll. Deren Aufgaben umfassen im Absatz 2, den Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen sowie das „Aufzeigen“ von Wegen und Möglichkeiten zu deren Weiterentwicklung. Der gesetzgebenden Körperschaft wird alle vier Jahre ein Bericht ergänzt durch eine Stellungnahme der Bundesregierung zu notwendigen Folgerungen vorgelegt. Unter Vorsitz des BMG werden Vertreter „betroffener“ Bundesministerien, von Ländern und kommunalen Spitzenverbänden Sozialversicherungsträger, Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie maßgeblicher Organisationen und Verbänden der Gesundheitsförderung und Prävention in das Gremium berufen. Entscheidungen und Beschlüsse werden mit einfacher Stimmmehrheit der Anwesenden gefasst.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz macht im Rahmen des SGB V keinen Sinn, da hier keine für alle Akteure verbindlichen Beschlüsse gefasst werden können. Allein die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen des SGB V zu „beobachten“ erfordert keine neuen Strukturen. Neue Gremien sind nur dann nützlich, wenn die verantwortlichen Akteure vor allem das Umsetzen von Zielen und Maßnahmen zum Inhalt der Arbeit machen. Gerade bei der praktischen Umsetzung sind eher die regionalen Akteure mit ihren föderal geprägten Zuständigkeiten gefragt, die eine zentrale Steuerung ausschließen. Eine koordinierende Verständigung der Akteure kann auch außerhalb einer Ständigen Präventionskonferenz organisiert werden. Dazu bedarf es keiner neuen Strukturen mit zusätzlichen finanziellen Ausgaben. Schon heute gibt es gute Quellen, um einen Überblick über die derzeitigen Präventionsaktivitäten einzelner Akteure zu erhalten. Diese zusammenzutragen, auszuwerten und Schwerpunkte zu definieren, kann zielführend im Rahmen eines Forschungsauftrages erfolgen. Die eigentliche Herausforderung besteht doch darin, die richtigen Schlüsse zu ziehen und an die Ursachen z.B. für eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit heranzugehen. Hier sind vor allem die Länder gefordert, die vorliegenden Erkenntnisse zum Anlass zu nehmen, um in jedem Politikfeld Prävention zu integrieren und einen Maßnahmenplan sowie dessen Umsetzung mit allen relevanten Akteuren zu vereinbaren. Prozesse dazu laufen schon in vielen Ländern, beispielhaft genannt sind hier die Stiftung Gesundheit Baden-Württemberg oder die Initiative „Kein Kind zurücklassen“ aus NRW.

C Änderungsvorschlag

Der Gesetzesvorschlag ist zu streichen.



Nr. 6 (§ 23 a SGBV) - Medizinische Vorsorgeleistungen (Absatz 2 Satz 1)

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 durchgeführt werden“ können.

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. Der Gesetzgeber hat aber – so in der Begründung zu Änderungen zu Nr. 3 in § 20 Abs. 3 (siehe S. 21) – vorgesehen, dass ein täglicher Zuschuss für diesen Personenkreis auch für Wochenendkurse nach § 20 zu zahlen ist, wobei nicht einmal eine Durchführung dieser Maßnahmen in anerkannten Kurorten als verbindlich angesehen wird. Die Vermischung von Leistungsansprüchen nach § 20 und Zuzahlungen, die für den Leistungsbereich „ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten“ geregelt sind, ist abzulehnen. Wird eine Zuzahlung für Wochenendkurse oder ähnliche Maßnahmen nach § 20 SGB V durch die Krankenkassen erwartet, so wäre dies auch im § 20 zu regeln.

In der Begründung zu Nr. 6 im Kabinettsentwurf wird weiterhin 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 und praktisch muss damit jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ und „Wochenendkurse“ genehmigt werden, da eine Klärung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, praktisch kaum möglich ist.

Bezüglich der Anhebung der Zuzahlung für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ist festzustellen, dass über die Wirksamkeit von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten („Badekuren“) kein Forschungsbestand vorhanden ist, deshalb ist der gesundheitliche Nutzen zur Zeit nicht bewertbar. Die geplante gesetzliche Regelung ist eher im Zusammenhang mit einer Förderung des Kur- und Bäderwesens in Deutschland zu sehen. Problematisch ist die offene Formulierung „unter besonderen beruflichen und familiären Umständen“, die keine klaren Kriterien vorgeben. Damit soll offensichtlich eine möglichst großzügige Leistungsbewilligung der Kassen erreicht werden.



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 auch die Anhebung der Zuzahlungsmöglichkeit der Kasse und auf bis zu 16, - Euro (über Satzung regelbar) für Erwachsene keine hohe Inanspruchnahme bei Berufstätigen erwartet. Allerdings besteht aus unserer Sicht ein Eingriff in die Gesetzeswirkung des § 14 SGB IX (die grundsätzliche Zuständigkeit von Teilhabeansprüchen im Sinne des Erhalts der Erwerbsfähigkeit bei berufstätigen Personen liegt in der Hand der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI).

Für die Gruppe der „Familierversicherten“ gibt es das gesonderte Angebot der Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen nach § 24 SGB V, die ebenfalls auf Grund der mütter- oder väterspezifischen sozialmedizinischen Aspekte ohne Ausschöpfung der ambulanten Versorgungsangebote erfolgen kann. Für die Gruppe der Rentner kann ggf. eine leichte Erhöhung der Inanspruchnahme durch die Erhöhung der Zuzahlung erwartet werden. Die Inanspruchnahme von „chronisch kranken Kleinkindern“ wird bisher als geringfügig eingeschätzt. Auch bei dieser Gruppe könnte ggf. eine Inanspruchnahmeerhöhung eintreten.

C Änderungsvorschlag

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



Nr. 10 (§ 65a SGBV) 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) oder im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 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. Künftig sollen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention nur unter der Voraussetzung bonifiziert werden können, dass diese nach § 20 Absatz 4 SGB V zertifiziert wurden. Außerdem soll die Bonifizierung vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.
- c) Der Bonus soll künftig nur noch als Geldleistung erbracht werden.

B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die bisherige „Kann-Regelung“ für das Angebot eines Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte (§ 65a Abs. 1 SGB V) durch eine „Soll-Regelung“ abgelöst wird. Dies bildet die aktuelle Angebotsituation ab und bestätigt die hohe Bedeutung entsprechender Programme. Kritisch ist allerdings die künftig vorgesehene „Soll-Regelung“ in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 65a Abs. 2 SGB V zu bewerten, da sich eine derartige Anpassung mit der im Rahmen der Neuregelung ebenfalls vorgesehenen Option zum Angebot von Gruppentarifen (§ 20a Abs. 3 SGB V i. d. F. des Entwurfs eines Präventionsförderungsgesetzes) überschneidet.

Die mit der Neuregelung einhergehende Einschränkung des Handlungsspielraumes der Krankenkassen bei der Umsetzung von versichertenorientierten und attraktiven Gesundheitsbonusangeboten wird als zu weitgehend abgelehnt. Sie verkennt die Erfolgsparameter, die letztlich dazu beitragen, Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten auch erfolgreich umzusetzen.

- a) Die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit auf zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Absatz 4 SGB V verhindert innovative und an der Lebenssituation der Versicherten anknüpfende Bonusprogramme. Ziel der Gesundheitsbonusangebote ist es, gerade Versicherte zu motivieren, die bisher keinen Bezug zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben. Die vorgesehene Neuregelung engt jedoch die Möglichkeiten massiv ein, diese Versicherten für Gesundheitsbonusangebote zu erreichen und entsprechende Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. Das trifft in besonderem Maße auf Jugendliche und junge Erwachsene zu. Diese werden von den zur Bonifizierung vorgesehenen Maßnahmen nach §§ 25 und 26 bzw. den nach § 20 Abs. 4 SGB V zertifizierten Leistungen schon aufgrund der für ihre Lebensspanne nicht vorgesehenen Angebote gerade nicht angesprochen werden.



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

- **Schutzimpfungen**
Schutzimpfungen sind nach § 20d SGB V Maßnahmen zur primären Prävention. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Durchführung von Schutzimpfungen nicht explizit als bonifizierungsfähige Maßnahme aufgeführt wird.
 - **Verhütung von Zahnerkrankungen**
Mit den Gesundheitsbonusangeboten sollte das Ziel verfolgt werden, gesundheitsbewusstes Verhalten umfassend zu fördern. Es ist daher ebenfalls nicht nachvollziehbar, warum Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach §§ 21 und 22 SGB V hiervon ausgeschlossen sein sollen.
 - **Aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen**
Die Hinführung zu aktivem gesundheitsbewusstem und -förderndem Verhalten muss eine wesentliche Kernaufgabe von Gesundheitsbonusangeboten sein. Dies wird dauerhaft nur dann gelingen, wenn auch niederschwellige Zugangswege Berücksichtigung finden. Es wäre im Interesse der Solidargemeinschaft auch wirtschaftlich unsinnig, wenn vom Versicherten selbst finanzierte Leistungen zur Primärprävention nicht als bonifizierungsfähige Maßnahmen eingebunden werden könnten.
- b) Ein Hindernis für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsbonusangeboten stellt auch die vorgesehene Eingrenzung der Boni auf Geldzahlungen dar. Denn je nach individueller Einschätzung können attraktive Sachleistungsboni, wie z.B. Pulsuhren, durchaus geeignet sein, die Motivation der Versicherten zu gesundheitsbewusstem Verhalten aktiv zu steigern. Vor diesem Hintergrund sollte die Bonifizierung sowohl in Richtung Sach- als auch Geldleistungen dem satzungsrechtlichen Handlungsrahmen vorbehalten bleiben. Der in der Begründung zum Entwurf eines Präventionsförderungsgesetzes enthaltene Aspekt, dass durch die Neuregelung Sachprämien ohne Gesundheitsbezug ausgeschlossen werden sollen, ist ohnehin nicht nachvollziehbar. Denn gerade bei einer Bonifizierung in Form von Geldleistungen liegt es (zu Recht) in der Disposition der Versicherten, frei über die Verwendung des Bonus zu entscheiden. Fazit: Anreizeffekte sollten nicht durch Bevormundungen beseitigt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 65a Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

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



Die zu § 65 Abs. 2 SGB V vorgesehene Änderung wird ersatzlos gestrichen.



Nr. 11 (§ 132e Absatz 1 Satz 1 SGB V) In § 132e Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern "geeigneten Ärzten" die Wörter "einschließlich der Betriebsärzte" eingefügt

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können bisher mit kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Gemeinschaften, Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge schließen, um die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen nach § 20d Abs.1 und 2 SGB V sicherzustellen. Der Vorschlag ergänzt nun den Begriff „geeigneten Ärzten“ um die Betriebsärzte.

B Stellungnahme

Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen bereits bisher Verträge zur Durchführung von Schutzimpfungen ab. Es obliegt somit den Krankenkassen oder ihren Verbänden, sich geeignete Vertragspartner zu suchen und entsprechende Verträge abzuschließen. Die Ergänzung eröffnet somit lediglich eine weitere Vertragsoption bzw. dient zur Klarstellung, dass unter dem Begriff „geeignete Ärzte“ auch Betriebsärzte zu verstehen sind. Jede Erweiterung, die Durchführung von Schutzimpfungen zu intensivieren, ist zu begrüßen. Hierbei erscheint die Möglichkeit, sich im Arbeitsumfeld von einem Betriebsarzt impfen zu lassen, für die Versicherten attraktiv und kann zu einer höheren Durchimpfungsrate führen.

C Änderungsvorschlag

keiner



Antrag der SPD-Fraktion „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen

Die SPD greift ein bereits viel diskutiertes Thema zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der medizinischen Versorgung von Kindern mit Behinderung und deren Inklusion auf. Die AOK sieht hier aber vorrangig Handlungsbedarf im Versorgungsalltag als die Notwendigkeit weiterer neuer gesetzlicher Vorschriften.

Grundsätzlich muss der Prävention Vorrang gegeben werden, um dem Entstehen von Krankheiten und den im Antrag besonders herausgehobenen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zu begegnen. Die Ursachen der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen sind hinreichend belegt. Daher greifen Ansätze, die rein die gesundheitliche Prävention tangieren, zu kurz. Eine Verschiebung der Verantwortung aus dem sozialen in den gesundheitlichen Bereich kann dem notwendigen Handlungsbedarf nicht gerecht werden. Bei Eltern, die Unterstützung in der Erziehung benötigen, um z.B. die Sprachentwicklung der Kinder zu begleiten, müssen niedrigschwellige Angebote sozialer Prävention greifen, die aus Steuermitteln zu finanzieren sind.

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zu verbessern, bedarf es aus Sicht der AOK einer konkreten Analyse des bisherigen Versorgungsgeschehens. Zu klären ist, was passiert in den einzelnen Versorgungsbereichen, welche Defizite bestehen und welche Veränderungen sind in den bestehenden Versorgungsstrukturen notwendig. Hier sind die verantwortlichen Akteure auf Landesebene gefordert, die Bedarfe zu analysieren und entsprechend der jeweiligen Verantwortungsbereiche gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln.

Zu begrüßen ist der Ansatz, dass Bund und Länder bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen schnittstellenübergreifend zusammenarbeiten sollen. Das ist vor allem in der Prävention und Gesundheitsförderung notwendig, um einen ressortübergreifenden Ansatz bis hinein in die Kommunen zu organisieren. Vor allem in der Bildungspolitik liegen die größten Potentiale, Teilhabe zu fördern, Gesundheitsbildung und Lebenskompetenz zu vermitteln und Verhältnisse zu schaffen, die gesunde Lebensstile prägen. Hier hat die AOK gute Ansätze, z.B. in Kindertagesstätten entwickelt, die ohne großen finanziellen Aufwand in den Alltag integriert werden können. Dazu müssten nur die Curricula in die Aus- und Fortbildung übernommen werden, damit möglichst alle Kinder Gesundheit in der KiTa erleben können.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes kennen alle Akteure ihre gesetzlich verbrieften Pflichten, wenn es um das gesunde Aufwachen von Kindern geht. Neue Regelungen führen nicht automatisch dazu, dass die Verantwortung umfassend wahrgenommen wird und Aktivitäten aufeinander abgestimmt werden. Auch das nationale Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ beschreibt ausführlich die notwendigen Handlungsfelder. Es ist nun Aufgabe von Ländern und Kommunen, gemeinsam mit den regionalen Akteuren Handlungsfähigkeit unter Beweis zu stellen.