

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(18)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
2013_Prävention
10.05.2013



GKV
Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.05.2013

**zum Entwurf
eines Gesetzes zur Förderung der Prävention
17/13080**

GKV–Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahmen zu den einzelnen Änderungsvorschriften	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung	7
§ 11 Absatz 1 Nr. 3 – Leistungsarten	8
§ 20 Abs. 1 – Primäre Prävention	9
§ 20 Abs. 2 – Primäre Prävention	11
§ 20 Abs. 3 – Primäre Prävention	13
§ 20 Abs. 4 – Primäre Prävention	14
§ 20 Abs. 5 – Primäre Prävention	16
§ 20 Abs. 6 – Primäre Prävention	18
§ 20 Abs. 7 – Primäre Prävention	20
§ 20a Abs. 1 Satz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung	21
§ 20a Abs. 1 Satz 2 – Betriebliche Gesundheitsförderung	22
§ 20a Abs. 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung	23
§ 20a Abs. 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung	25
§ 20a Abs. 5 – Betriebliche Gesundheitsförderung	26
§ 20e Abs. 1–3 – Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention	27
§ 23 Abs. 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen	29
§ 23 Abs. 2 Satz 2 – Medizinische Vorsorgeleistungen	30
§ 23 Abs. 2 Satz 3 – Medizinische Vorsorgeleistungen	31
Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels	32
§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen	33
§ 26 – Kinderuntersuchung	35
§ 65a Abs. 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	37
§ 65a Abs. 2 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	38
§ 132e Abs. 1 Satz 1 – Versorgung mit Schutzimpfungen	39



Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)	40
§ 8 Absatz 2c (neu)	40
Artikel 3 (Inkrafttreten)	41



I. Vorbemerkung

1. Prävention und Gesundheitsförderung

Die GKV tritt dafür ein, die Gesundheit ihrer Versicherten zu fördern, zu erhalten und im Falle von Beeinträchtigungen wiederherzustellen. Das Vorherrschen nichtübertragbarer chronischer Krankheiten im Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum in einer Gesellschaft des langen Lebens macht die Stärkung vorbeugender, auf die Verhinderung von Risiken und Erkrankungen bezogener Interventionen zu einem Gebot der Vernunft. Der Schutz vor Krankheiten und die Förderung gesundheitlicher Ressourcen in allen Lebensphasen und Lebensbereichen müssen daher einen größeren Stellenwert als bisher erhalten. Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Grundgedanken des Gesetzgebers, Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich weiterzuentwickeln. Die angestrebte Stärkung der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten entspricht der Zielsetzung der GKV und wird unterstützt. Auch die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung von Transparenz, Koordination, Qualitätssicherung und Evaluation liegen auf der von der GKV verfolgten Linie.

Das zur Erreichung des Gesetzesziels gewählte Instrument, ausschließlich die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten weiter zu entwickeln und finanziell zu verstärken, wird allerdings der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung und Verantwortlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerecht und greift daher zu kurz. GKV-Leistungen der Primärprävention können besonders dann Wirkung entfalten, wenn auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen und erhalten werden; dies geht weit über die Verantwortung der GKV hinaus. Die GKV ist der größte Förderer der Prävention in Deutschland und kommt für etwa die Hälfte der Gesamtausgaben in diesem Bereich auf. Demgegenüber ist der Anteil der Gebietskörperschaften an der Finanzierung der Prävention seit der deutschen Wiedervereinigung stark rückläufig. In der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung übertreffen die Leistungen der Krankenkassen den gesetzlichen Richtwert seit vielen Jahren deutlich. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verdoppelung der Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung begrenzt auf den Bereich der GKV ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Eine Anhebung der GKV-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung ist stattdessen in eine gesamtgesellschaftliche Strategie unter finanzieller Beteiligung aller relevanten Akteure einzubetten.

Eine regelmäßiger Bericht über die Ziele der verschiedenen Akteure in der Prävention und deren Umsetzung für die gesetzgebenden Körperschaften wäre ein erster Schritt, um die auf den unterschiedlichen föderalen Ebenen geleisteten Beiträge, aber auch ggf. Defizite der verschiedenen Akteure transparent zu machen. Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung der Bundesregierung, dass es in Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsamer Ziele bedarf, um die Aktivitäten der Verantwortlichen auf diesem Feld im Interesse höherer Durchschlagskraft zu bündeln. Hiervon ausgehend hat die GKV für ihre eigenen Aktivitäten auf Basis der Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (GKV-Leitfaden Prävention) eigene Ziele für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen entwickelt, die diese erfolgreich umsetzen. Diese Ziele wurden auf epidemiologisch-



gesundheitswissenschaftlicher Grundlage in enger Abstimmung mit den verschiedenen Ziele-Initiativen von nationaler Bedeutung (neben „gesundheitsziele.de“ insbesondere die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, der Nationale Aktionsplan IN FORM sowie der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes entwickelt. Festlegungen zu den Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen können aber nur durch die hierfür legitimierten GKV-eigenen Entscheidungsgremien und nicht von Dritten vorgenommen werden. Daher wird die vorgesehene Fremdbestimmung der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der GKV durch Zielvorgaben Dritter („gesundheitsziele.de“) abgelehnt.

Eine verpflichtende Übertragung von Beitragsmitteln der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten wird abgelehnt. Die BZgA hat als nachgeordnete Bundesbehörde im Geschäftsbereich des BMG den Auftrag, die Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und die Möglichkeiten ihrer Verhütung zu informieren und wird hierfür vom Bund finanziert. Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, kann dies sinnvoll sein, ist dann aber auch aus Mitteln des Bundes zu finanzieren.

Die Krankenkassen wirken bei ihren primärpräventiven Maßnahmen in Lebenswelten gemeinsam mit den für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Trägern und weiteren Partnern auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten sowie auf die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen der hier lebenden Menschen hin. Es muss den Krankenkassen selbst überlassen bleiben zu entscheiden, mit wem sie bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten zusammen arbeiten und wen sie gegebenenfalls mit der Durchführung von Maßnahmen beauftragen. Beitragsmittel der Versicherten und Arbeitgeber dürfen nicht zwangsweise auf eine Bundesbehörde zur gesundheitlichen Aufklärung verschoben werden. Die GKV kann und muss auch in Zukunft in Eigenregie eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verausgabung der Mittel für die Prävention in Lebenswelten sicherstellen. Grundsätzlich sollte in der Prävention die Selbstverwaltungsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen gewahrt bleiben und von verpflichtenden Einflussnahmen auf das Satzungsrecht abgesehen werden.

2. Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die rechtliche Klarstellung, dass die Leistungen nach §§ 25 und 26 SGB V nicht nur der Früherkennung von Krankheiten, sondern auch der Vermeidung von Krankheiten dienen. Sowohl die Gesundheitsuntersuchung als auch die Kinderuntersuchungen beinhalten bereits jetzt die Erfassung von allgemeinen Gesundheitsrisiken und eine diesbezügliche ärztliche Beratung. Die im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehene ärztliche Präventionsempfehlung kann sicherlich dazu beitragen, dass Versicherte mit schwerwiegenden Gesundheitsrisiken Leistungen nach § 20 SGB V in Anspruch nehmen.

Vor einer Einführung zusätzlicher Verfahren zur Risikoerfassung muss wie bei Früherkennungsuntersuchungen eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung durchgeführt werden. Bei besonderen Risiken werden nicht nur primärpräventive Leistungen nach § 20 SGB V empfohlen,



sondern beispielsweise auch medikamentöse Therapien. Verfahren zur Risikoerfassung haben – ebenso wie Untersuchungen auf manifeste Erkrankungen – ein Schadenpotential durch Überdiagnostik und Übertherapie und müssen daher unbedingt hinsichtlich Nutzen und Schaden überprüft werden.

Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung durch zielgruppenspezifische Zuweisung von primärpräventiven Leistungen. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwändigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit primärpräventiven Interventionen belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein höherer Ressourcenverbrauch ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten.



II. Stellungnahmen zu den einzelnen Änderungsvorschriften

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung hebt die Förderung gesundheitlicher Eigenkompetenz und –verantwortung der Versicherten in den Kreis der GKV-Kernaufgaben.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung bringt die in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung von der GKV bereits verfolgte Zielsetzung zum Ausdruck: Die Leistungen sind auf die Entwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen der Versicherten gerichtet und tragen damit zu einer Förderung gesundheitlicher Eigenkompetenz und Eigenverantwortung bei.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 11 Absatz 1 Nr. 3 – Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nrn. 7 und 8.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 1 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, in ihrer Satzung Leistungen zur Primärprävention vorzusehen. Damit wird die bisherige Soll-Leistung „Primärprävention“ in eine Pflichtleistung überführt.

Die bisherige Aufgabenstellung der Primärprävention – Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen – wird beibehalten. In der Begründung wird hierzu ausgeführt, dass bei der anzustrebenden Verminderung sozialbedingter Ungleichheit auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen sind. Grundlage der Leistungen sind die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach Abs. 2.

Mit Leistungen der Primärprävention sind auch die Ziele und Teilziele von „gesundheitsziele.de“ von den Krankenkassen umzusetzen. Diese Ziele werden im Gesetzestext explizit aufgelistet. Bei den Leistungen der BGF und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach §§ 20a und 20b sind von den Krankenkassen auch die Arbeitsschutzziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Alle gesetzlichen Krankenkassen sehen in ihren Satzungen primärpräventive Leistungen für ihre Versicherten vor. Die Stärkung der Primärprävention als eine „verpflichtende Satzungsleistung“ entspricht damit der von den Krankenkassen seit Jahren gelebten Praxis. Die Bezugnahme auf den GKV-Leitfaden Prävention als Grundlage der Leistungen ist im Interesse der Qualitätssicherung sinnvoll und wird begrüßt.

Demgegenüber ist die für die Krankenkassen verbindliche Bezugnahme auf die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele und Teilziele als Grundlage für die Leistungen der Krankenkassen nicht sinnvoll und wird abgelehnt. Diese Ziele und Teilziele betreffen nur teilweise die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung und gehen weit über die in diesem Leistungsspektrum relevante Aufgabenstellung der Krankenkassen hinaus. Beispielsweise wurden zum Gesundheitsziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ keine primärpräventiven Ziele, sondern Ziele für die Früherkennung (Mammographiescreening) sowie die Diagnostik, Therapie, Nachsorge sowie weitere Bereiche formuliert. Zum Ziel „gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken“ werden u.a. Teilziele und Maßnahmen zur Förderung von gesundheitsbezogenen Selbstmanagementfähigkeiten durch Schulung kommunikativer Kompe-



tenzen empfohlen. Bisher hat die GKV ihren Leistungskatalog in Primärprävention und Gesundheitsförderung auf vier empirisch abgeleitete primärpräventive Handlungsfelder begrenzt. Zudem hat die GKV für ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen seit 2007 unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen eigene Ziele entwickelt und setzt diese erfolgreich um. Sie berücksichtigt dabei sowohl die von „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Ziele als auch die Festlegungen weiterer Initiativen mit nationaler Bedeutung wie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), des Nationalen Aktionsplans IN FORM und des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Der GKV-Spitzenverband hält, damit überhaupt bevölkerungsbezogene Gesundheitseffekte erreichbar sind, weiterhin eine Konzentration auf einige zentrale Ziele für sinnvoll anstelle einer Auffächerung auf viele Ziele. Neben einer unverhältnismäßigen Vergrößerung des GKV-Leistungskatalogs in der Primärprävention birgt die genannte Ausweitung zudem die Gefahr, dass (Finanzierungs-)Aufgaben anderer gesellschaftlicher Akteure auf die GKV übertragen werden („Verschiebeparkplätze“). Durch die unmittelbare Nennung von Gesundheitszielen im Gesetz stellt sich auch die Frage, wie bei der Verabschiedung eines weiteren Gesundheitszieles durch „gesundheitsziele.de“ verfahren werden sollte, das dann nicht im Gesetz aufgeführt wäre. Alle verbindlich umzusetzenden Gesundheitsziele bedingen zudem die Zusammenarbeit und Erklärung der Verantwortung von Kommunen und Ländern sowie der Bildungsträger. Besonders den Ländern und Kommunen kommt eine besondere Verantwortung für die Ausgestaltung gesunder Lebensräume, für die Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen sowie Senioreneinrichtungen, für die Ausbildung von Erzieherinnen, Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern, für die Jugendhilfe sowie für die Wirkungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu. Insbesondere in der Tabakprävention ist ersichtlich geworden, welche Wirkungen entfaltet werden können wenn alle Akteure an einem Strang ziehen. Der Gesetzesentwurf bleibt hier hinter der schon existierenden Realität zurück und überlässt allein der GKV die Verantwortung.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, die GDA-Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen, würde zwingend eine Beteiligung der GKV an der GDA erfordern.

Vor diesem Hintergrund sollte festgelegt werden, dass die GKV unter Berücksichtigung der verschiedenen Zieleprozesse mit bundesweiter Bedeutung ihre Ziele selbst festlegt (vgl. Änderungsvorschlag; siehe auch § 20 Abs.2).

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Sätze 3 bis 6.

Einfügung eines Satzes in § 20 Abs. 2: „Bei der Definition von Zielen berücksichtigt der GKV-Spitzenverband Zieleprozesse mit bundesweiter Bedeutung.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 2 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen zu definieren. Hierbei hat er die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Ziele und Teilziele sowie die Arbeitsschutzziele der GDA zu berücksichtigen. Außerdem erhält der GKV-Spitzenverband folgende weitere Aufgaben:

- Definition von weiteren Kriterien der primärpräventiven Leistungen (Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung)
- Festlegung von Kriterien für die Leistungszertifizierung zur Sicherstellung einer einheitlichen Leistungsqualität der individuellen Präventionsmaßnahmen
- Veröffentlichung der Handlungsfelder und Kriterien sowie einer Leistungsübersicht der primärpräventiven Leistungen im Internet

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

B) Stellungnahme

Die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen zu definieren, ist sachgerecht; sie entspricht dem bisherigen Gesetzesauftrag. Eine unmittelbare Steuerung der GKV-Handlungsfelder durch Ziele-Festlegungen Dritter – Ziele und Teilziele von „gesundheitsziele.de“ sowie GDA-Arbeitsschutzziele – wird abgelehnt. Primärpräventive Handlungsfelder müssen wie bisher auf der Grundlage der wichtigsten Krankheiten und ihrer Risikofaktoren ermittelt werden. Darauf aufbauend sind geeignete präventive Leistungen nach Inhalt, Methode und Qualität zu definieren und im dritten Schritt aus diesem Katalog möglicher Leistungen für einige dieser Leistungen Zielvorgaben für einen quantitativen Ausbau und ggf. qualitative Optimierung zu formulieren. Dies ist die von der GKV gewählte und erfolgreiche Vorgehensweise. Sie ist logisch konsistent und sollte beibehalten werden. Die bestehenden GKV-Ziele sind synergetisch zu den in anderen Zusammenhängen erarbeiteten nationalen Zielen (zusätzlich zu gesundheitsziele.de auch Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), Nationaler Aktionsplan IN FORM, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit). Ziele, Handlungsfelder und Kriterien, die ausschließlich für die GKV verbindlich sind, können nur von dieser selbst beschlossen werden, wobei selbstverständlich bedeutsame nationale Ziele-Initiativen berücksichtigt werden. Hierfür könnte in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.



Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Definition von weiteren Kriterien für die Leistungserbringung sowie für eine einheitliche Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen ist zur Stärkung der Qualität der primärpräventiven Leistungen sachgerecht.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Handlungsfelder und Kriterien spiegelt die bestehende Praxis wider und ist sachgerecht. Die zu veröffentlichende Übersicht der Leistungen kann in Anknüpfung an die bereits geleisteten Vorarbeiten zur weiteren Verbesserung der Transparenz auf diesem Feld beitragen.

Bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien ist die bisherige Verpflichtung zur Einbeziehung unabhängigen Sachverständes in § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V (alt) entfallen. Der GKV-Spitzenverband hat zur Einbeziehung unabhängigen Sachverständes eine Beratende Kommission für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung berufen, die sich erfolgreich eingebracht hat. Sie sollte beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 Abs. 2 Satz 1 wird ersetzt durch:

„Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Abs. 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielen, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung. Dabei sind auch Regelungen zu treffen, die den Ausbau der Gesundheitsförderung in Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung sicherstellen. Bei der Definition von Zielen berücksichtigt der GKV-Spitzenverband Zieleprozesse mit bundesweiter Bedeutung. Er überprüft die Handlungsfelder und Kriterien regelmäßig anhand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und der in der Praxis gesammelten Erfahrungen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 3 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung differenziert die Primärprävention in die individuelle Verhaltensprävention und die Prävention in Lebenswelten sowie Gesundheitsförderung in Betrieben. Dabei werden Lebenswelten definiert als abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens, in denen die Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen.

B) Stellungnahme

Die Differenzierung der primärpräventiven Leistungen nach individueller Verhaltensprävention, Prävention in Lebenswelten und betrieblicher Gesundheitsförderung entspricht der Gliederung im GKV-Leitfaden Prävention und ist sachgerecht. Die Definition von Lebenswelten als abgrenzbare soziale Systeme, in denen Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen, wird geteilt. Nach dieser Definition sind Einrichtungen der Freizeitgestaltung, wie z.B. Sportvereine oder Vereine anderer Art, allerdings keine Lebenswelt, da in der Regel Menschen nicht große Teile ihres Lebens dort verbringen. Lebensweltbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen zielen darauf ab, die Lebenswelt selbst durch Veränderungen von Abläufen und Strukturen gesundheitsförderlich weiter zu entwickeln und damit zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beizutragen. Sportvereine als Organisationen auch der Gesundheitsförderung sind mit ihrem Angebot darauf ausgerichtet, Menschen niedrigschwellig mit Bewegungsangeboten zu erreichen. Sie sind deshalb seit Jahren wichtige, kompetente Partner der Krankenkassen als Anbieter von individuellen Präventionsmaßnahmen und haben wie andere Systeme der Freizeitgestaltung eine besondere Bedeutung als Zugangsweg zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Auf diese wichtigen Zugangswege sollte in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 20 Abs. 3 Satz 2 werden die Worte „sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens“ gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 4 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungserbringung im Bereich der individuellen Verhaltensprävention setzt zwingend eine Zertifizierung nach Abs. 2 Satz 2 voraus. Bei der Entscheidung über Leistungen der individuellen Verhaltensprävention hat die Krankenkasse in Zukunft betriebsärztliche oder vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen“ nach den §§ 25 Abs. 1 Satz 2 und 26 Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen. Satz 3 ermöglicht es Krankenkassen durch Bezug auf § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V, zukünftig im Rahmen ihrer Satzung Zuschüsse zu den „sonstigen Kosten“ (Verpflegung/Unterkunft) für Versicherte im Zuge einer Inanspruchnahme wohnortferner Primärpräventionsmaßnahmen in Kurorten vorzusehen. Die Regelung zielt auf die bessere Erreichung von Versicherten mit besonderen Arbeitszeiten oder familiären Verpflichtungen durch primärpräventive Maßnahmen, die oftmals nicht an regelmäßig stattfindenden Präventionsmaßnahmen am Wohnort teilnehmen können.

B) Stellungnahme

Mit einer verbindlichen Zertifizierung wird die Qualitätssicherung gestärkt. Präventionsempfehlungen durch Vertragsärzte im Rahmen ihrer Leistungen nach § 25 bzw. § 26 SGB V sind ein sinnvoller Zugangsweg. Sie müssen im Rahmen der G-BA-Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchungen erfolgen und an die im GKV-Leitfaden definierten Handlungsfelder und Kriterien gebunden bleiben. Bereits jetzt sieht die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V vor, dass der Vertragsarzt auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung dem Versicherten bei Bedarf einen Präventionskurs der Krankenkasse in einem der präventiven Handlungsfelder des GKV-Leitfadens Prävention empfiehlt. Präventionsempfehlungen für individuelle Präventionsmaßnahmen kommen nicht für Kinder unter sechs Jahren in Frage; für diese sind lebensweltbezogene Maßnahmen geeignet. Eine Präventionsempfehlung im Rahmen betriebsärztlicher Vorsorgeuntersuchungen muss auf Basis der Dokumentationsvorgaben der Richtlinien des G-BA erfolgen. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die vom Arbeitgeber zu finanzierenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes nicht auf die Krankenkassen verlagert werden.

Eine Bezuschussung von Übernachtungs- und Verpflegungskosten in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme wohnortferner Präventionsleistungen wird abgelehnt. Es sind Mitnahmeeffekte zu befürchten. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen trotz einer Bezuschussung die Übernachtungs- und Verpflegungskosten nicht aufbringen können und durch diese Regelung eine zusätzliche Diskriminierung erfahren. Die GKV hat in der Vergangenheit Kontrollmechanismen eingeführt, um Verpflegungs- und Übernachtungs-



kosten auszuschließen. Dies hatte auch der Bundesrechnungshof in seiner Prüfungsmitteilung vom 17. Juni 2009 gefordert.

C) Änderungsvorschlag

In § 20 Abs. 4 Satz 2 wird nach dem Wort „Empfehlung“ der Halbsatz „, die den Dokumentationsvorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht,“ eingefügt.
Satz 3 wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 5 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Richtwert für die Ausgaben nach Abs. 1 und den §§ 20a und 20b SGB V soll nach dem Gesetzesvorschlag von 3,01 Euro (2013) auf 6,00 Euro (2014) je Versicherten verdoppelt werden. Der Gesetzesvorschlag sieht darüber hinaus erstmals ab 2014 Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung (2,00 Euro je Versicherten) und für Leistungen in Lebenswelten (1,00 Euro je Versicherten) vor. Der Richtwert und die Mindestwerte sollen jährlich entsprechend der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße (West) angepasst werden.

B) Stellungnahme

Eine finanzielle Stärkung der Prävention ist grundsätzlich sachgerecht. Die Krankenkassen geben seit Jahren mehr Mittel für Präventionsmaßnahmen aus als der gesetzliche Richtwert vorsieht. So lagen die entsprechenden Ausgaben der Krankenkassen in 2011 mit 3,87 Euro je Versichertem rund 35 % über dem Richtwert. Prävention stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Stärkung nicht nur mit GKV-Mitteln erfolgen kann, sondern auch zusätzliche Ausgaben anderer verantwortlicher Akteure (Bund, Länder, Kommunen und weitere Sozialversicherungszweige) erfordert. Es sind verstärkt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (z.B. Verpflegungsangebot und Sport in Ganztagschulen) zu schaffen, die nachhaltig wirksam sind und die auch die Basis für das gesundheitsförderliche Engagement der Krankenkassen verbessern. Wenn sich Lehrkräfte und Schülerinnen und Schüler z.B. mit Unterstützung der Krankenkassen im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit gesunder Ernährung befassen, so sollte dieser Lernprozess z.B. auch durch das Erleben der Mittagsverpflegung unterstützt statt konterkariert werden. Ohne verbindliche Steigerung der von den Gebietskörperschaften und den weiteren Sozialversicherungszweigen eingebrachten Finanzierungsbeiträge zur Prävention im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise wird die vorgesehene Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung deshalb abgelehnt. Einer verpflichtenden Ausweitung der von der GKV eingebrachten finanziellen Ressourcen über die bestehenden Regelungen hinaus kann nur bei einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise zur Ausweitung der Finanzierungsbeiträge aller verantwortlichen Akteure zugestimmt werden. Wird dieser Vorgehensweise entsprochen, wird angeregt, anstelle von Richtwerten Mindestwerte zu definieren, die die Problematik unterschiedlicher aufsichtsrechtlicher Prüfungs- und Bewertungsmaßstäbe von Bundes- und Landesaufsicht ausräumen.

Die GKV kann selbst Regelungen treffen, mit denen sie ihr gesundheitsförderliches Engagement in Lebenswelten gemeinsam auch kassenübergreifend und unter Kooperation mit regio-



nen Partnern verstärkt und die betriebliche Gesundheitsförderung ausbaut; solche Regelungen können dazu beitragen, dass der Anteil der betrieblichen und der settingbezogenen Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben gesteigert wird. In den Kriterien und Handlungsfeldern nach Absatz 2 (GKV-Leitfaden Prävention) könnten hierfür Regelungen getroffen werden (s. Vorschlag).

C) Änderungsvorschlag

Sofern keine gesamtgesellschaftliche Finanzierungssystematik etabliert wird, sind in Satz 1 die Wörter „und ab dem Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 6 Euro“ zu streichen. Satz 2 entfällt. Satz 3 wird Satz 2; darin werden die Wörter „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt durch „Satz 1“.

Einfügung eines Satzes in § 20 Abs. 2: „Dabei sind auch Regelungen zu treffen, die den Ausbau der Gesundheitsförderung in Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung sicherstellen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 6 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Gesetzesvorschlag soll ab dem Jahr 2014 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag der GKV primärpräventive Leistungen in Lebenswelten kassenübergreifend erbringen oder dafür geeignete Kooperationspartner heranziehen. Nach der Gesetzesbegründung dient die Norm zur Verbesserung der Voraussetzungen, „um auf sozial benachteiligte Gruppen eingehen zu können.“ Die BZgA soll für diese Maßnahmen die Hälfte des Betrages erhalten, den die Krankenkassen für diese Leistungen mindestens aufzuwenden haben (0,50 Euro je Versicherten und Jahr). Diese Mittel sollen über den GKV-Spitzenverband als pauschale Vergütung für die primärpräventiven Leistungen in Settings, insbesondere Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie Lebenswelten älterer Menschen quartalsweise ausgezahlt werden.

B) Stellungnahme

Die BZgA ist nicht als die geeignete Institution, um im Auftrag der Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Lebenswelten durchzuführen und wird als Auftragnehmer bzw. Auftraggeber für weitere Kooperationspartner abgelehnt. Maßnahmen in Lebenswelten bedürfen einer strukturellen Verankerung in der Einrichtung und Nachhaltigkeit bei der Durchführung unter Beteiligung der Zielgruppen und aller verantwortlichen Akteure für die jeweilige Lebenswelt. Die Kernkompetenz der BZgA besteht in Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung, in der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien zur praktischen Gesundheitserziehung sowie in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen. Gesundheitsförderung in Lebenswelten erfordert eine personalintensive prozessuale Begleitung der verantwortlichen Akteure vor Ort. Die Verantwortung zur Vernetzung von unterschiedlichen Akteuren, um Prävention nachhaltig in die Lebenswelten zu integrieren, tragen vor allem Entscheidungsträger in Ländern und Kommunen. Sie stellen die Infrastrukturen Kita, Schule, sowie für weitere Lebensbereiche zur Verfügung, und sind für die Kinder-/Jugendhilfe, Bildung, Öffentlichen Gesundheitsdienst etc. verantwortlich. Die Krankenkassen haben langjährig theoretisches und praktisches Know-how aufgebaut, und arbeiten dort, wo die erforderlichen Rahmenbedingungen vorhanden sind, mit den verantwortlichen Partnern der Lebenswelten in der Region zusammen und können auf kompetente Auftragnehmer vor Ort zurückgreifen.

Aufklärungsmaßnahmen können und sollen langfristige und ganzheitliche lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen sinnvoll flankieren und mit diesen bei getrennter aufgabengerechter Finanzierung verzahnt werden. Aus ordnungspolitischen Gründen ist für die Finanzierung von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen gesundheitlicher Aufklärung der Bund



zuständig. Es ist auszuschließen, dass die BZgA für Aufgaben und Leistungen, die ihr in diesem Zusammenhang bereits jetzt obliegen, in Zukunft durch Mittel der GKV finanziert wird.

Der GKV-Spitzenverband lehnt daher die verpflichtende Beauftragung der BZgA ab. Hierdurch würden der GKV die Entscheidungskompetenzen über die Verwendung der Mittel weitgehend entzogen. Hierfür spricht auch die Konstruktion, die ein Tätigwerden der BZgA bereits vor Abschluss einer Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband ermöglicht und der BZgA einen pauschalen Vergütungsanspruch zuerkennt.

Die GKV kann selbst regeln, wie sie ihr gesundheitsförderliches Engagement in Lebenswelten gemeinsam auch kassenübergreifend und unter Kooperation mit regionalen Partnern verstärkt und damit auch den Anteil der settingbezogenen Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben steigert. In den Kriterien und Handlungsfeldern nach Absatz 2 (GKV-Leitfaden Prävention) könnten hierfür Regelungen getroffen werden (s. Vorschlag).

Die Möglichkeit der freiwilligen Mittelzuwendung des Verbandes der privaten Krankenversicherung an die BZgA für Tätigkeiten im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber der verbindlichen Finanzierungsverpflichtung der GKV dar. Sie ist zudem ordnungspolitisch nicht dem § 20 SGB V zuzuordnen. Im Übrigen besteht diese Möglichkeit bereits jetzt.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 Abs. 6 wird gestrichen.

Einfügung eines Satzes in § 20 Abs. 2 hinter Satz 1: "Dabei sind auch Regelungen zu treffen, die den Ausbau der Gesundheitsförderung in Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung sicherstellen."



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Abs. 7 – Primäre Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erstmals bis zum 30. Oktober 2013 sollen die BZgA und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Erbringung und Vergütung von Leistungen nach Abs. 6 treffen, in der „das Nähere“ insbesondere zu Inhalt, Umfang, Qualität, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen u.a. geregelt wird. Bei Nichtzustandekommen dieser Vereinbarung zu dem genannten Termin soll die BZgA auf der Basis des zu diesem Zeitpunkt erreichten Verhandlungsstandes und der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes die Leistungen dennoch erbringen. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Satzung die Aufbringung der Mittel für die kassenübergreifenden Setting-Leistungen zu regeln. Ausführungs- und Auskunftspflichten des Auftragnehmers (BZgA) und Kontrollbefugnisse des Auftraggebers (GKV-Spitzenverband) werden in Satz 4 unter Verweis auf § 89 Abs. 3–5 SGB X geregelt. Im abschließenden Satz 5 erhält der Verband der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit zugesprochen, die Tätigkeit der BZgA mit Zuwendungen zu fördern.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die verpflichtende Beauftragung der BZgA ab (s. Stellungnahme zu § 20 Abs. 6).

Für den Fall, dass die Präventionsausgaben in einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise ausgeweitet werden, sollten die Krankenkassen selbst regeln, wie sie auch gemeinsam kassenübergreifend ihr Engagement verstärken. In den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 könnten hierfür Regelungen getroffen werden (siehe auch Änderungsvorschlag zu § 20 Abs.2).

Die Möglichkeit der freiwilligen Mittelzuwendung des Verbandes der privaten Krankenversicherung an die BZgA für Tätigkeiten im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber der verbindlichen Finanzierungsverpflichtung der GKV dar. Sie ist zudem ordnungspolitisch nicht dem § 20 SGB V zuzuordnen. Im Übrigen besteht diese Möglichkeit bereits jetzt.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 Abs. 7 wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 20a Abs. 1 Satz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Gegen die explizite Erwähnung der Betriebsärzte als einer an der BGF zu beteiligenden Akteursgruppe bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 20a Abs. 1 Satz 2 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Aufhebung von Satz 2 wird der Bezug der Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V auf die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) gestrichen.

B) Stellungnahme

Zwar ist in § 20 Abs. 3 SGB V (neu) in Verbindung mit § 20 Abs. 1 SGB V (neu) klargestellt, dass die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes auch für die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung gelten. Der GKV-Spitzenverband befürwortet jedoch aus Gründen der Klarheit den Bezug auf die Handlungsfelder und Kriterien auch im § 20a SGB V zu verankern.

C) Änderungsvorschlag

Einfügung Satz 2: „§ 20 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Abs. 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm werden Gruppentarife in der betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht. Gruppentarife werden zwischen dem Arbeitgeber und der Krankenkasse vertraglich vereinbart. Auch Verträge über Gruppentarife zwischen Organisationen von Unternehmen und einer oder mehreren Krankenkassen sollen ermöglicht werden. Beschäftigte des Unternehmens, mit dem der Gruppentarif vereinbart wurde, und die bei der entsprechenden Krankenkasse versichert sind, sollen diesem Tarif beitreten können. Verträge über Gruppentarife können die folgenden Leistungen umfassen:

- Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V
- Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2 SGB V
- Beratungs- und Betreuungsleistungen (in der Begründung werden beispielhaft Zielvereinbarungen mit dem Unternehmen, Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie vereinbarte Servicestandards der Krankenkasse für das Unternehmen genannt).

In den Verträgen kann auch die Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen durch spezialisierte Anbieter von Präventionsleistungen wie z.B. Betriebsärzten geregelt werden. Die über die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 1 und über Leistungen zu Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2 hinausgehenden Aufwendungen für jeden Gruppentarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Gruppentarifen auf Dauer finanziert werden, wobei sich die Einnahmen eines Gruppentarifs aus Prämienzahlungen des Mitglieds sowie Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen können. Hiermit soll verhindert werden, dass die Krankenkassen die Aufwendungen für Gruppenverträge aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen subventionieren. Die Krankenkasse hat hierfür die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

B) Stellungnahme

Die Einführung von Gruppentarifen soll als Kann-Regelung die Wettbewerbsparameter der Krankenkassen erweitern. Die Idee „gruppenspezifischer Wahltarife“ ist zunächst nicht kompatibel mit dem Grundverständnis einer Betrieblichen Gesundheitsförderung, die sich am Bedarf der Belegschaft oder Teilgruppen der Belegschaft orientiert. Zielgruppen in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch Bedarfskriterien wie Risikoexposition und –



verhalten definiert. Insofern wird angeregt die Wirkung gruppenspezifischer Wahltarife zu evaluieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 a Abs. 3 SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt: „Die Auswirkungen gruppenspezifischer Wahltarife auf die Zielsetzungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 2 SGB V (neu) sind nach 5 Jahren zu evaluieren.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Abs. 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm zielt auf die Verstärkung der kassenübergreifenden Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Ermöglichung eines niedrigschwelligen, 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; lt. der Begründung dient diese Vorschrift der besseren Erreichung von kleinen und mittleren Unternehmen, die in Dachorganisationen wie den Handwerkskammern zusammengeschlossen sind. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Bundesländern, „das Nähere“ zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der 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 kassenübergreifende Information über die Angebotspalette unter Nutzung der Infrastrukturen von Unternehmensorganisationen ist sinnvoll. Dies kann nur in Anknüpfung an bestehende Strukturen für die genannten Zwecke ist sachgerecht (Länder-Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in den Bundesländern können hierfür genutzt werden). Neue Strukturen mit zusätzlichem Finanzierungsbedarf würden den bürokratischen Aufwand erhöhen ohne zusätzlichen Nutzen zu stiften. Insoweit besteht für zusätzliche Regelungen der Finanzierung kein Bedarf.

C) Änderungsvorschlag

In § 20a Abs. 4 Satz 4 wird das Komma zwischen „die Aufgaben“ und „die Arbeitsweise“ durch das Wort „und“ ersetzt; die Wörter „und die Finanzierung“ werden gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Abs. 5 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm sollen die Krankenkassen veranlasst werden, den Mindestbetrag für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 5 Satz 2 erster Halbsatz SGB V (neu)) 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

Der Mindestbetrag für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird abgelehnt (s. Stellungnahme zu § 20 Abs.5 und Änderungsvorschlag). Dies vorausgeschickt, wird die vorgesehene Regelung aus Gründen der Bürokratievermeidung abgelehnt. Der komplizierte Finanzierungsweg – von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband und von diesem zurück an die Landesverbände und Ersatzkassen – ist aufwändig und stellt darüber hinaus keine verlässliche Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen sicher. Die Vorschriften von Abs. 4 fördern die regionale Koordination der betrieblichen Gesundheitsförderung in ausreichendem Maße. Übergreifende Regelungen für die regionale kassenübergreifende Information und Beratung könnten im Rahmen des GKV-Leitfadens Prävention getroffen werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20e Abs. 1–3 – Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm wird eine „Ständige Präventionskonferenz“ beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet. Der erste Absatz bestimmt, dass das BMG die Geschäftsführung der Ständigen Präventionskonferenz übernimmt.

Der zweite Absatz bestimmt als Aufgaben der Ständigen Präventionskonferenz

- die Berichterstattung „über die Entwicklung von Präventions- und Gesundheitsförderungszielen und deren Umsetzung“,
- das Aufzeigen von „Wege[n] und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung“.

Alle vier Jahre soll die Ständige Präventionskonferenz einen Bericht zu den genannten Themen an das BMG erarbeiten, den dieses den gesetzgebenden Körperschaften unter Beifügung einer Stellungnahme der Bundesregierung mit den von ihr für notwendig gehaltenen Forderungen vorlegt.

Der dritte Absatz regelt die Zusammensetzung der Ständigen Präventionskonferenz unter Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit, das auch die Mitglieder beruft. Genannt werden betroffene Bundesministerien, die Bundesländer, die kommunalen Spitzenverbände, die Sozialleistungsträger, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie Vertreter der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände. Die Ständige Präventionskonferenz soll sich eine Geschäftsordnung geben. Die Beschlussfassung soll mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder erfolgen.

B) Stellungnahme

Mit der Ständigen Präventionskonferenz wird eine trägerübergreifende Plattform wichtiger Träger und Verantwortlicher in diesem Bereich etabliert. Die Aufgabe regelmäßig einen übergreifenden Bericht über die Ziele und deren Umsetzung aller relevanten Akteure in der Prävention an die gesetzgebenden Körperschaften zu erstellen, kann zur Erhöhung der öffentlichen Aufmerksamkeit für die Prävention führen, die Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen der verschiedenen Träger fördern und Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention liefern. Bei den in Aussicht genommenen Mitgliedern der Ständigen Präventionskonferenz handelt es sich um die wesentlichen Verantwortlichen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.



Grundsätzlich sollte in der Prävention die Selbstverwaltungsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen gewahrt bleiben und von verpflichtenden Einflussnahmen auf das Satzungsrecht abgesehen werden. Sollte die Neuregelung übernommen werden, ist auf eine bürokratiearme Umsetzung zu achten. Die Entscheidungsfindung in der Ständigen Präventionskonferenz, sollte auf Konsens angelegt sein; Empfehlungen mit erheblichen Auswirkungen auf einzelne Mitglieder dürfen nicht gegen deren Votum gefasst werden. Dies könnte durch sinngemäße Übernahme der Regelung in der Geschäftsordnung des Drogen- und Suchtrates sichergestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20e Abs. 3 Satz 3 wird durch folgende Formulierung ersetzt:

„Die ständige Präventionskonferenz fasst ihre Entscheidungen möglichst im Konsens aller Mitglieder. Ist dies nicht möglich, werden die Entscheidungen mit einfacher Mehrheit gefasst. Hiervon ausgenommen sind Empfehlungen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen auf eine in der Ständigen Präventionskonferenz vertretene Organisation haben oder die Zuständigkeiten einer in der Ständigen Präventionskonferenz vertretenen Organisation erheblich berühren. Diese können nur im Konsens getroffen werden.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe a)

§ 23 Abs. 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Versicherte, die wegen besonderen beruflichen oder familiären Belastungen – laut Gesetzesbegründung z.B. Beschäftigte im Schichtdienst oder pflegende Angehörige – ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zur medizinischen Vorsorge nicht in ihren regulären Tagesablauf integrieren und nicht regelmäßig in Anspruch nehmen können, wird die Möglichkeit geschaffen, unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch zu nehmen. Es wird nicht vorausgesetzt, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

B) Stellungnahme

Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V setzen die Notwendigkeit eines über die kurative Versorgung hinausgehenden, interdisziplinären sowie mehrdimensionalen und somit komplexen Ansatzes voraus. Maßgebend für die insoweit erforderliche Vorsorgebedürftigkeit sowie die Ermessensentscheidung der Krankenkasse über die Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sind allein medizinische Gründe. Dabei werden besondere Belastungsfaktoren bereits heute berücksichtigt. In die Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit werden sowohl positiv wie negativ wirkende umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren einbezogen. Entsprechende Leistungen werden auch dann erbracht, wenn die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen sind somit ausreichend, bei medizinischer Notwendigkeit auch dem angesprochenen Personenkreis Leistungen der ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten zu ermöglichen.

Die vorgesehene, über die zuvor dargestellte Systematik hinausgehende Berücksichtigung von besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen unmittelbar als anspruchsbegründende Faktoren ohne Prüfung, ob entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichend sind, stellt eine Abkehr von der bei Leistungen der GKV erforderlichen abschließlichen Orientierung an der medizinischen Notwendigkeit der Leistung dar. Sie lässt darüber hinaus das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V außer Acht und wird in der praktischen Umsetzung mangels objektivierbarer Beurteilungs- und Prüfmaßstäbe hinsichtlich „beruflicher oder familiärer Belastungen“ erkennbar zu erheblichen Problemkonstellationen führen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b)

§ 23 Abs. 2 Satz 2 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen – per Satzungsregelung – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten vorsehen können, wird von 13 auf 16 Euro täglich angehoben.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages erweitert den durch Satzungsregelungen der Krankenkassen auszufüllenden Handlungsspielraum. Dies ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe c)

§ 23 Abs. 2 Satz 3 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen – per Satzungsregelung – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten für chronisch kranke Kleinkinder vorsehen können, wird von 21 auf 25 Euro täglich angehoben.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages erweitert den durch Satzungsregelungen der Krankenkassen auszufüllenden Handlungsspielraum. Dies ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Überschrift des vierten Abschnitts „Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten“ wird entsprechend den Änderungen in §§ 25 und 26 angepasst und künftig auch die Vermeidung von Krankheiten umfassen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 8 und 9 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 25 werden die Absätze 1, 3 und 4 mit dem Ziel einer primärpräventionsorientierten Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung geändert. Die bisherigen Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle und Zielerkrankungen werden gestrichen und sollen künftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 festgelegt werden. Neben der Früherkennung von Krankheiten soll die Erfassung gesundheitlicher Belastungen und Risikofaktoren betont und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung angeboten werden. Sofern medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausgestellt werden.

In § 25 Absatz 3 werden die Voraussetzungen für Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten angepasst. Es muss sich entweder um Krankheiten handeln, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Absatz 3 und 4 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Ansonsten werden die bisherigen Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nicht geändert.

Das Nähere zur Präventionsempfehlung soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in Richtlinien nach § 92 regeln.

B) Stellungnahme

Gemäß den aktuellen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben alle gesetzlich Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle 2 Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Bereits die ärztliche Anamnese beinhaltet die Erfassung der wichtigsten lebensstilbezogenen Risikofaktoren die damit einer ebenso bereits vorgesehenen Beratung zum individuellen Risikoprofil zugänglich werden. Die Versicherten sollen dabei auch auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hingewiesen werden. Auf dieser Grundlage kann der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb der vorgegebenen Frist von 1 Jahr Näheres zur Präventionsempfehlung regeln.

Der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung wird von vielen Experten kritisch bewertet. Der GKV-Spitzenverband befürwortet daher eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. In Ergänzung zu den Regelungen in § 92 sollte auch in § 25 Absatz 3 der nachgewiesene Nutzen als Voraussetzung



aufgeführt werden. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist dem Absatz 3 des § 25 folgende Nummer 4 hinzuzufügen: „der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Für Verfahren zur Risikoerfassung, die über die allgemeine, sich aus der Anamnese und der im Rahmen der Früherkennung durchgeführten ärztlichen Untersuchung erfolgende Feststellung lebensstilbedingter Gesundheitsrisiken hinaus gehen, muss gelten, dass sie wie Früherkennungsuntersuchungen bewertet werden. Bei besonderen Risiken werden nicht nur Leistungen nach § 20 empfohlen, sondern beispielweise auch medikamentöse Therapien verordnet. Verfahren zur Risikoerfassung haben wie Untersuchung auf manifeste Erkrankungen ein Schadenpotential durch Überdiagnostik und Übertherapie und müssen daher unbedingt hinsichtlich Nutzen und Schaden überprüft werden.

Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung durch zielgruppenspezifische Zuweisung von primärpräventiven Leistungen. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwändigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit der primärpräventiven Intervention belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein höherer Ressourcenverbrauch ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten. Ebenso kann eine effektivere Ressourcenverwendung nicht bedeuten, dass für das Ausstellen einer ärztlichen Präventionsempfehlung zusätzliche Kosten entstehen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass die Gesundheitsuntersuchung bereits eine Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Risiken sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung enthält. Der Erfüllungsaufwand für das Ausstellen einer Präventionsempfehlung wird bei entsprechender Ausgestaltung als gering eingeschätzt, so dass eine gesonderte Berücksichtigung bei der Kalkulation der Gebührenordnungspauschale im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht erforderlich ist.

C) Änderungsvorschlag

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

„der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 26 – Kinderuntersuchung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 26 Absatz 1 wird die bisherige Altersgrenze angehoben. Kinder haben künftig bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen. Außerdem wird klargestellt, dass die Untersuchungen u. a. das Ziel haben, Krankheiten früh zu erkennen, die die psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Gesetzlich geregelt wird auch die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Sofern medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 4 Satz 1 in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausgestellt werden.

In § 26 Absatz 2 wird auf den neuen Satz 4 in § 25 Absatz 4 verwiesen. Auch für die Kinderuntersuchungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Präventionsempfehlung in Richtlinien nach § 92 regeln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Anhebung des Anspruchsalters für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Damit werden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Schulalter beraten kann. Untersuchungen, auch zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken sollten aber nur verändert oder neu eingeführt werden, wenn der Nutzen hierfür zuverlässig belegt ist. Die in der Gesetzesbegründung zitierte Expertise empfiehlt zwar eine zusätzliche Untersuchung für Kinder im Alter von 8 Jahren, gleichzeitig wird aber auf die limitierte Evidenzlage hingewiesen.

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass bereits im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Aufgrund des veränderten Krankheitsspektrums soll auch künftig die psychosoziale Entwicklung bei den Früherkennungsuntersuchungen stärker berücksichtigt werden. Dies sind sicherlich wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Allerdings muss man sich auch darüber klar sein, dass bei diesen Erkrankungen und Risiken eine alleinige Ausweitung der medizinischen Versorgung wenig nützen wird. Vielmehr müssen auch in anderen Politikbereichen, wie beispielsweise Familie und Bildung, entsprechende Maßnahmen folgen. Dies gilt auch für die meisten Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern. Es darf nicht nur um Diagnostik gehen, denn nicht alle Untersuchungsergebnisse sind auf medizinische Ursachen zurückzuführen. Beispielsweise die Sprachentwicklung und die daraus oft



resultierenden Entwicklungsdefizite von Kindern mit ihren einschränkenden Faktoren sind ein grundlegendes soziales Problem, das weder Ärzte noch Krankenkassen lösen können.

Bei den Kinderuntersuchungen (U1 – U9) und der Jugenduntersuchung (J1) werden bereits jetzt Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken erhoben und bewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung werden mit den Eltern/Kindern/Jugendlichen in einem ärztlichen Beratungsgespräch besprochen. Für Kinder unter 6 Jahren werden aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention gemäß § 20 Absatz 4 Satz 1 angeboten. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich daher besonders bei primärpräventiven Maßnahmen in den Lebenswelten der Kinder unter 6 Jahren. (z. B. Stadtteilen, Kindergärten). Für Jugendliche werden individuelle Präventionsmaßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die gesetzlichen Vorgaben zur Präventionsempfehlung können daher zeitnah in den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung des Gemeinsamen Bundesausschusses umgesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 65a Abs. 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung wird die bisherige Kann-Regelung zu Bonussystemen für gesundheitsbewusstes Verhalten zu einer Soll-Regelung weiterentwickelt. Gegenüber dem bisherigen Wortlaut des § 65 a SGB V enthält die vorgeschlagene Norm die folgenden Änderungen:

- Die bonusfähigen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention werden auf die Wahrnehmung von Maßnahmen nach § 20 SGB V begrenzt.
- Boni können nur als Geldleistungen gewährt werden.
- Die Gewährung von Boni soll vorrangig an der Zielerreichung der Maßnahme ausgerichtet sein.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Soll-Regelung zu Bonussystemen wird abgelehnt. Es sollte den Krankenkassen selbst überlassen bleiben zu entscheiden, ob und welche Bonussysteme angeboten werden.

Gesetzliche Einschränkungen der bonusfähigen Maßnahmen werden ebenfalls abgelehnt. Die gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a SGB V der verschiedenen Krankenkassen haben übereinstimmend Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten im Kontrollgruppenvergleich ergeben. Bonussysteme haben sich demnach durch Einsparungen selbst getragen. Es besteht daher keine Notwendigkeit für Änderungen an erfolgreich arbeitenden Systemen. Die im Gesetzentwurf angesprochene „Zielerreichung“ als Grundlage für Boni kann nur in einer ordnungsgemäßen Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme bestehen. Weitergehende Ziele – wie z.B. Gewichtsreduktion oder Änderung von Verhaltensweisen – würden einen überzogenen Kontrollaufwand erfordern. Diesbezüglich bedarf es daher keiner gesetzlichen Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 65a Abs. 2 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm werden die Bonussysteme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von einer Kann-Regelung in eine Soll-Regelung überführt. Boni an Arbeitgeber und Versicherte sollen ausschließlich als Geldleistung erfolgen und sich an der Zielerreichung der Maßnahmen ausrichten.

B) Stellungnahme

Die Kritik an der Ausgestaltung der bestehenden Regelung zu Bonussystemen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung als Kann-Leistung wird nicht geteilt. Die Entscheidung über das Angebot von Bonussystemen sollte den Krankenkassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Eine Verpflichtung zum Angebot von Bonussystemen in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher abgelehnt. Die vorgeschlagene Ausrichtung der Boni an der „Zielerreichung“ ist wegen des hohen Kontrollaufwandes nicht praktikabel.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 132e Abs. 1 Satz 1 – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Ergänzung der Wörter „einschließlich der Betriebsärzte“ soll klargestellt werden, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände auch mit Betriebsärzten Verträge nach § 132e SGB V zur Durchführung von Schutzimpfungen schließen können.

B) Stellungnahme

Gegen die klarstellende Ergänzung bestehen keine Bedenken; Verträge mit Betriebsärzten waren auch bisher schon durch die Formulierung „mit geeigneten Ärzten“ möglich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Nr. 1

siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 1 und Nr. 2

Nr. 2

§ 8 Absatz 2c (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des Absatzes 2c in § 8 wird klargestellt, dass die Neuregelung des § 20 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 20a Abs. 5 SGB V nicht für die landwirtschaftliche Sozialversicherung gilt. Das heißt, dass die Abführung nicht verausgabter Mittel für betriebliche Gesundheitsförderung entfällt. Außerdem entfällt die Soll-Regelung zu Boni für Arbeitgeber und Versicherte.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Gesetzesänderungen, zu denen eine Ausnahmeregelung für die landwirtschaftliche Sozialversicherung formuliert wird, ab (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 20 Abs. 5), Nr. 4 (§ 20a Abs. 5) und Nr. 10 (§ 65a Abs. 2)).

C) Änderungsvorschlag

Bei Berücksichtigung der Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes ist die Einfügung des Abs. 2c entbehrlich: Streichung.



Artikel 3 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll grundsätzlich am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Abweichend davon sollen das Erbringen von nach § 20 Abs. 2 Satz 2 zertifizierten Leistungen der individuellen Verhaltensprävention durch Krankenkassen (§ 20 Abs. 4 Satz 1) sowie die Regelungen zur Einrichtung regionaler Koordinierungsstellen der betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Verfahren bei Unterschreiten der den Krankenkassen vorgegebenen jährlichen Ausgaben (§ 20a Abs. 4 und 5) zum 01.01.2014 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Gegen das im Grundsatz vorgesehene Inkrafttreten nach Verkündung (Satz 1) bestehen keine Bedenken, auch nicht gegen die Ausnahmeregelung in Satz 2 zur Regelung des § 20 Abs. 4 Satz 1. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Regelungen in § 20a Abs. 4 und 5 ab; sollte jedoch an diesen festgehalten werden, so ist die Ausnahmeregelung in Satz 2 auch hierzu nicht zu beanstanden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

