



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(10)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
13_Prävention
08.05.2013

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention
BT-Drs. 17/13080

sowie zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
„Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“
A.-Drs. 17(14)0416

Berlin, 8. Mai 2013





Gesundheitspolitik darf sich nicht nur mit der Bekämpfung von Symptomen beschäftigen. Vielmehr müssen Erkrankungen im Vorfeld vermieden werden. Mit dem bereits im Koalitionsvertrag angekündigten und nun vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention wird nun ein erster Schritt unternommen, Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen einen höheren Stellenwert zuzuschreiben.

Zentraler Motor eines Präventionsgesetzes muss die demografische Entwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte sein. Einerseits führt die steigende Lebenserwartung zu einem Mehrbedarf an qualifiziertem Personal, welches durch den vielfach prognostizierten Fachkräftemangel zukünftig zu einem knappen Gut werden wird. Andererseits folgen aus dem medizinisch-technischen Fortschritt kostenintensivere Behandlungsmethoden. Volkskrankheiten wie etwa Diabetes Mellitus sind auf dem Vormarsch und werden - ohne ein präventives Gegensteuern mit dem Ziel eines gesundheitsbewussteren Verhaltens - zu unkalkulierbaren Folgekosten für die Träger der Sozialversicherung führen.

Prävention kann einen wichtigen Beitrag im Umgang mit knappen Ressourcen leisten: einerseits wird durch die Vermeidung von Erkrankungen der zweifelsfrei drohende Fachkräftemangel abgemildert, andererseits werden die ohnehin im Gesundheitssystem knappen finanziellen Ressourcen geschont.

Die Erkenntnis, dass heutige Investitionen in die Gesunderhaltung bzw. die Vermeidung von Erkrankungen letztendlich Ersparnisse von Morgen sind, spiegelt sich im vorliegenden Gesetzentwurf wider. Der dbb fordert seit Jahren in seinen gesundheitspolitischen Stellungnahmen dem Thema Prävention ein deutlich höheres Gewicht zu verleihen, und begrüßt infolgedessen die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgte Intention der Förderung präventiver Maßnahmen.

Leider bleibt der Gesetzentwurf allerdings im Hinblick auf die Anwendungsbreite hinter den Erwartungen des dbb zurück. Da neben den Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Träger für Leistungen nach dem Zweiten, Dritten, Sechsten und Siebten Buch Sozialgesetzbuch von den mittel- bis langfristigen positiven Effekten einer Stärkung der Prävention profitieren, wäre es aus Sicht des dbb nur konsequent, die entsprechenden Träger ebenfalls im Rahmen des Präventionsgesetzes zu erfassen.



zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu § 1 SGB V

Die eigene Gesundheit ist ein hohes Gut, zu deren Erhaltung der Gesetzgeber lediglich die Rahmenbedingungen schaffen kann. Im Endeffekt obliegt es jedoch der Eigenverantwortung jedes Einzelnen, ob entsprechende Präventionsangebote und Maßnahmen angenommen werden oder nicht. Der dbb hat sich bereits in zahlreichen zurückliegenden Gesetzgebungsverfahren nicht grundsätzlich gegen eine Stärkung der Eigenverantwortung ausgesprochen, sei es in der Pflegeversicherung oder etwa bei der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Allerdings muss aus Sicht des dbb sicher gestellt werden, dass entsprechende Präventionsangebote niedrigschwellig genug angeboten werden, um auch die besonders gefährdeten Personengruppen zu erreichen.

zu § 20 SGB V

Die in § 20 Abs. 1 SGB V vorgesehene künftige Verpflichtung der Krankenkassen, Leistungen zur Primärprävention in ihrer Satzung vorzusehen, ist richtig. Im Hinblick auf den Zugang zu individueller Verhaltensprävention wird den Versicherten in § 20 Abs. 4 SGB V mit der ärztlichen Präventionsempfehlung ein Mittel an die Hand gegeben, bedarfsgerechtere Präventionsmaßnahmen zu erhalten, da der Arzt in der Regel wesentlich besser als die Krankenkasse über die Präventionserfordernisse des Patienten informiert ist und somit deren Bedarfsprüfung erleichtert wird. Auch wenn diese Empfehlung für die Krankenkasse nicht bindend ist, so stellt sie doch eine Möglichkeit dar, das Heranführen an Präventionsmaßnahmen im Rahmen eines Arztbesuches niedrigschwellig zu gestalten.

§ 20 Abs. 4 Satz 3 SGB V nimmt sich ausdrücklich einer Personengruppe an, deren Zugang zu Präventionsmaßnahmen aufgrund ihrer beruflichen oder privaten Rahmenbedingungen besonders erschwert ist. Zu nennen sind hier etwa von Nacht- und Schichtarbeit Betroffene oder beispielsweise pflegende Angehörige. Der dbb begrüßt die vorgesehene Flexibilisierung im Sinne einer wohnortfernen und zeitlich komprimierten Leistungserbringung, da die von dieser Vereinfachung betroffene Personengruppe aufgrund ihrer besonderen Belastungssituation häufig ein besonderes Präventionsbedürfnis aufweist. Auch die Möglichkeit der Bezuschussung seitens der Krankenkasse in Höhe von 16 Euro pro Tag zu den übrigen Kosten ist aus Sicht des dbb ein richtiger Schritt. Gleiches gilt für die Neuregelung des § 23 SGB V, mit der genannter Personengruppe ein erleichterter Zugang zu ambulanten Vorsorgeleistungen in Kurorten



ermöglicht wird, ohne dass zuvor entsprechende Leistungen am Wohnort erbracht worden sein müssen.

Für verhaltenspräventive Maßnahmen wird in § 20 Abs. 4 SGB V festgelegt, dass die Qualität der entsprechenden Angebote sichergestellt werden muss. Die Erfahrung der Vergangenheit (beispielsweise im Bereich des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) hat jedoch gezeigt, dass es einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle bedarf. Insofern ist dafür Sorge zu tragen, dass etwaige Zertifizierungen in regelmäßigen Abständen erneuert werden müssen.

Der dbb begrüßt ausdrücklich die Verdoppelung der in § 20 Abs. 1 SGB V geregelten Richtwerte für die Präventionsausgaben der Krankenkasse. Es ist bereits vielfach kritisiert worden, dass es sich bei diesem Betrag lediglich um einen nicht bindenden Orientierungswert handelt. Vor diesem Hintergrund befürwortet der dbb die in § 20 Abs. 5 vorgesehene Regelung, einen Mindestbeitrag festzulegen, der zumindest die Hälfte des Richtwertes abdeckt. Gleiches gilt für die Sanktionsregelung des § 20a Abs. 5 SGB V im Falle eines Nichtausschöpfens des Mindestbetrages.

Die mit der deutlichen Anhebung der Mindestbeträge und des Richtwertes einhergehende finanzielle Zusatzbelastung der Krankenkassen beläuft sich auf jährlich rund 150-180 Millionen Euro. Dieser Betrag ist aus Sicht des dbb besonders vor dem Hintergrund zukünftiger Einsparungen durch Vermeidung von Erkrankungen zumutbar.

Die Dynamisierung sowohl des Richtwertes als auch der Mindestbeträge erfolgt, der bereits geltenden Regelung entsprechend, auf Basis der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV. Dies ist zwar konsequent, berücksichtigt jedoch nicht den medizinisch-technischen Fortschritt. Hier wäre eine eigene Dynamisierungssystematik aus Sicht des dbb zielführender.

§ 20a SGB V

Die neu vorgesehenen Kooperationsmöglichkeiten von Krankenkassen und Arbeitgebern in Form von Gruppentarifen sind grundsätzlich zu begrüßen. Arbeitnehmer erhalten so einen einfachen und arbeitsplatznahen Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen. In den Gruppentarifen eingeschlossene primärpräventive Leistungen, die über die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbrachten hinausgehen, sind aus Einsparungen, Effizienzgewinnen, Prämienzahlungen der Versicherten und Arbeitgeberleistungen zu finanzieren. Diese Regelung ist erforderlich, um Quersubventionierungen und damit Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.



Der dbb begrüßt, dass die Neuregelung des § 65a SGB V die bereits bestehenden Möglichkeiten, finanzielle Anreize für die Teilnahme an präventiven Maßnahmen zu gewähren, nun verpflichtend regelt. Der dbb teilt die Einschätzung, dass entsprechende Bonusprogramme nur auf zertifizierte Leistungen zur primären Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 4 Satz 1 ausgerichtet sein dürfen, um die Zielgenauigkeit der Anreize sicher stellen zu können. Warum die Boni allerdings nur in Form von Geldleistungen gewährt werden dürfen, erschließt sich dem dbb nicht. Sachprämien mit Gesundheitsbezug sind ebenfalls vorstellbar.

Die in § 65a Abs. 2 SGB V eingefügte Kann-Regelung hinsichtlich der Bonifikation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist aus Sicht des dbb sachdienlich und wird unterstützt. Auch an dieser Stelle sollten gesundheitsbezogene Sachleistungen nicht per se ausgeschlossen werden.

zu den §§ 25 und 26 SGB V

Ausdrücklich begrüßt der dbb den Wegfall der bisher in § 25 Abs. 1 SGB V geregelten vorgegebenen Häufigkeit des Anspruchs der Gesundheitsuntersuchung (alle zwei Jahre), des erforderlichen Mindestalters von 35 Jahren sowie der Aufzählung von Zielerkrankungen für die Früherkennung. Die Festlegung von Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen wird nun gemäß § 25 Abs. 4 SGB V in die Hände des gemeinsamen Bundesausschusses gelegt, der gemäß der in § 92 SGB V geregelten Richtlinien auch die Einzelheiten zur ärztlichen Präventionsempfehlung festlegt. Hierbei stellt § 92 Abs. 1 SGB V sicher, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung in angemessener Weise Rechnung getragen wird.

Die Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder auf die Altersgruppe der bis 10-Jährigen ist richtig.

Fazit

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden präventive Maßnahmen zweifelsohne gestärkt. Dies ist richtig. Die Krankenkassen werden verpflichtet, satzungsgemäß Präventionsleistungen anzubieten. Die erstmalige Installation von Mindestbeträgen für betriebliche Gesundheitsförderung sowie für Leistungen zur primären Prävention in den Lebenswelten sind aus Sicht des dbb ein entscheidender Schritt, Prävention der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen.

Zwar fällt im vorliegenden Gesetzentwurf auch der Begriff der genderspezifischen Prävention, diese könnte aus Sicht des dbb allerdings noch stärker mit



Leben erfüllt werden. Frauen legen größeren Wert auf Gesundheitsprävention als Männer und nehmen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger wahr. Sie haben andere Präventionsnotwendigkeiten als Männer. Beide Geschlechter müssen mit angemessener Gewichtung in die Präventionsüberlegungen entsprechend ihren besonderen Bedarfen einbezogen werden. Aus Sicht des dbb sollten niedrigschwellige Präventionsangebote speziell für Männer stärker in den Fokus gerückt werden.

Prävention ist ein gesamtgesellschaftliches Thema. In diesem Zusammenhang greift der Gesetzentwurf mit der Beschränkung auf den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu kurz. Vor diesem Hintergrund sollte auch eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung an präventiven Leistungen zur Veränderung des individuellen Verhaltens, die sich aktuell lediglich in der Begründung zu § 20 Abs. 3 SGB V und vage formuliert ebenfalls in der Begründung zu § 20 Abs. 7 Satz 5 SGB V findet, entschlossener angegangen werden.

Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zu den Änderungen des SGB V (analog des KVLG)

Der dbb begrüßt ausdrücklich die in § 70 Abs. 3 SGB V formulierten Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Das Arzt-Patientenverhältnis gründet seit jeher auf Vertrauen. Aus diesem Grund gilt es zu verhindern, dass zweifelsfrei bestehende Informationsasymmetrien zu Gunsten der Leistungserbringer ausgenutzt werden. Der neu eingefügte § 70 Abs. 3 SGB V kann dies aus Sicht des dbb zwar nicht vollumfänglich sicherstellen, allerdings ist die Aufnahme des Verbots von Vorteilsnahme in den Gesetzestext ein richtiger Schritt der Vertrauen schafft und einen wichtigen Beitrag leistet, korruptionsbedingte Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung zu vermeiden. Dies gilt insbesondere auch in Kombination mit dem neu eingefügten § 307c SGB V, der das Strafmaß für entsprechende Verstöße regelt. Die Regelung, dass die Tat nur auf Antrag verfolgt wird, sieht der dbb als eine unnötige Entschärfung an und spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den mit dem Änderungsantrag vorgesehenen Abs. 3 des § 307 SGB V nicht aufzunehmen. Gleiches gilt für § 58 Abs. 3 KVLG.