

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(25)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
13_Prävention
13.05.2013



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung
der Prävention vom 11.3.2013
(Bundestagsdrucksache 17/13080)

Stand: 10. Mai 2013

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| 1. Vorbemerkung | 3 |
| 2. Positionen des vdek..... | 4 |
| 2.1. Präventionsangebote und Gesundheitsförderungsziele | 4 |
| 2.2. Finanzierung | 6 |
| 2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) | 8 |
| 2.4. Finanzielle Anreize | 9 |
| 2.5. Früherkennung und Vorsorge/ Sonstige Leistungen..... | 11 |

1. Vorbemerkung

Die Prävention ist eine wichtige Säule in der gesundheitlichen Grundversorgung. Ihr Stellenwert wird weiter wachsen. Eine älter werdende Gesellschaft mit sich verändernden Bedarfssituationen, aber auch wachsenden Verteilungskonflikten, wird in höherem Maße darauf angewiesen sein, alles zur Gesunderhaltung der Gesellschaftsmitglieder zu tun.

Aus diesem Grund werden die Bemühungen der Bundesregierung zur Stärkung der Prävention grundsätzlich begrüßt. Die Ausrichtung auf gemeinsame Gesundheitsziele ist ein richtiger Schritt, um die Kräfte der vielen Akteure in der Prävention zu bündeln. Hierbei allerdings die Gesundheitsziele des Kooperationsbundes *gesundheitsziele.de* als allein verbindlich für die gesetzlichen Krankenkassen zu erklären, ist verfehlt. Hier sollte die Regierung noch nachjustieren, um ein taugliches und praktikables Zielekonzept zu implementieren.

Trotz des Verständnisses von Prävention als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe nimmt die Koalition mit ihrem Gesetzentwurf allein die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Motor für die Prävention in die Pflicht und präsentiert ein Bündel an Präventionsaktivitäten, die keinen strukturierten Ansatz für eine nutzenorientierte Prävention erkennen lassen. Inwieweit sich durch eine einfache Erhöhung der Mittel auf sechs Euro je Versicherten zulasten der GKV die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nachhaltig stärken und weiterentwickeln lässt, muss kritisch hinterfragt werden. Die vorgesehene Quotierung für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) engt die Gestaltungsmöglichkeiten der GKV ein. Auch die Mittelzuweisung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen der Lebensweltenprävention stößt auf Widerspruch. Dies entspricht nicht den Kernkompetenzen der BZgA. Im Zweifel drohen Verschiebebahnhöfe zulasten der GKV.

Die Ersatzkassen sind bereit, ihr Engagement weiter qualitätsgesichert auszubauen. Das setzt voraus, dass sich auch alle anderen relevanten Akteure finanziell beteiligen. Eine Anhebung der GKV-Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung ist dann vertretbar, wenn sie im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes erfolgt, der alle Beteiligten einbezieht. Ein solcher Ansatz ist im Entwurf des Gesetzes zur Förderung der Prävention aber nicht erkennbar.

2. Positionen des vdek

2.1. Präventionsangebote und Gesundheitsförderungsziele

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

- Der GKV–Spitzenverband legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention fest (§ 20 Absatz 2).
- Die Leistungen sollen die von *gesundheitsziele.de* entwickelten sieben Ziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verbindlich umsetzen.
- Bei den Leistungen nach §§ 20a und 20b (betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) sind die Ziele der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz zu berücksichtigen.
- Der Leistungsumfang umfasst neben der individuellen Verhaltensprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Diese sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens (§ 20 Absatz 3).
- Der GKV–Spitzenverband bestimmt die Kriterien zur Zertifizierung von Leistungsangeboten der Krankenkassen und veröffentlicht eine Übersicht über diese Angebote im Internet (§ 20 Absatz 4).
- Einrichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim BMG, die dem Bundestag einmal in der Legislaturperiode über die Umsetzung auf den Ebenen und Optimierungsmöglichkeiten berichtet (§ 20e).

Stellungnahme vdek:

Die Orientierung an Gesundheitszielen kann in einem föderalen System helfen, die Gesundheitspolitik und Prävention auszurichten und zu fokussieren. Die GKV verfügt über konsentrierte Präventionsziele. Diese basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen, sind messbar und werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Bereits heute findet ein fachlicher Austausch zwischen GKV und *gesundheitsziele.de* statt. Ein enger Austausch wird begrüßt. Die Gesundheitsziele von *gesundheitsziele.de* können aber nicht eins zu eins über-

nommen werden. Denn der Zielekanon von *gesundheitsziele.de* reicht zum einen über die Primärprävention deutlich hinaus und bis weit in die Sekundär- und Tertiärprävention hinein. Zum anderen sind die Gesundheitsziele von *gesundheitsziele.de* an epidemiologische Notwendigkeiten mit einem Public-Health Ansatz ausgerichtet und haben keinen primärpräventiven Charakter. Die GKV braucht aber handhab- und umsetzbare Gesundheitsziele und Maßnahmen, die sich anhand von Evidenzkriterien beurteilen lassen. Diese Ziele müssen demokratisch legitimiert sein, was für GKV-Ziele grundsätzlich gilt (Sozialwahl). Ziele, Handlungsfelder und Kriterien, die ausschließlich für die GKV verbindlich sind, können nur von ihr beschlossen werden.

Der Begriff der „Lebenswelt“ wird nun näher definiert („abgrenzbare soziale Systeme insbesondere [...] der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens [...]). In diesem Zuge werden aber auch Sport- und Freizeitvereine antragsberechtigt. Allerdings handelt es sich bei Sport und Spiel nicht um ein Setting, sondern um Aktivitäten. Im Bereich des Sports existieren bereits mit Partnern und Anbietern Vereinbarungen über förderfähige, leitfadenskonforme Leistungen. Durch die Neuformulierung des § 20 Absatz 3 wird massiv in die Satzungshoheit der gesetzlichen Krankenkassen hineinregiert. Konnten bislang die Kassen noch gemäß unternehmenspolitisch sinnvoller Schwerpunktsetzung entscheiden, in welchen Lebenswelten sie aktiv werden wollten, werden nun nahezu alle Bereiche des menschlichen Lebens als Setting ausgelobt und sind somit zugänglich für die Prävention. Das ist kontraproduktiv.

Der „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) ist seit vielen Jahren anerkanntes und bewährtes Instrument zur Qualitätssicherung von Maßnahmen nach §§ 20 und 20a SGB V. Darin sind verbindliche und dezidierte Vorgaben zu den Inhalten und Voraussetzungen sowie klare Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität von Präventionsmaßnahmen festgelegt. Damit wird dem Anspruch des Gesetzentwurfs bereits Genüge getan. Derzeit existieren und entstehen abgestimmte bundesweite und kassenartenübergreifende Verfahren zur zentralen Anerkennung von Leistungsanbietern von Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 1 SGB V, die den GKV-Leitfaden für ihre Arbeit zugrunde legen. Damit ist eine Umsetzung gewährleistet.

Die Aufgaben und Kompetenzen der Ständigen Präventionskonferenz liegen in der Berichtspflicht gegenüber dem Bundestag. Daneben soll sie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Prävention aufzeigen. Die dazu abzugebenden Empfehlungen werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Da die Kostenträger auf diesem Wege auch zu überstimmen sind, sollten konkrete Vorgaben gemacht werden, dass der Präventionsbericht auch explizit darauf hinweisen muss, wer welchen Finanzierungsbeitrag in der Prävention leistet und auch finanziell zur Umsetzung der Maßnahmen beiträgt. Beschlüsse dürfen nicht gegen das Votum der finanzierenden Organisationen gefasst werden.

Mit der Präventionskonferenz wird ein Instrument geschaffen, mit dem letztlich der Bund unter vorbereitender Beteiligung von Ländern, kommunalen Spitzenverbänden, Arbeitgebern und Arbeitnehmerorganisationen sowie Vertretern der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen die Präventionszielsetzung der GKV mitbestimmt. Auch wenn die Einrichtung dazu geeignet erscheint, dem Thema Prävention in der Politik einen höheren Stellenwert zu verleihen – hier findet ein tiefer Eingriff in die Selbstverwaltungsaufonomie der gesetzlichen Krankenkassen statt. Die bisherige Grundausrichtung des § 20 ff SGB V, nach der die Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen als Satzungsrecht ausgestaltet ist, wird so in Frage gestellt.

2.2. Finanzierung

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

- Erhöhung des Richtwertes auf sechs Euro je Versicherten ab 2014 (2013: 3,01 Euro) (§ 20 Absatz 4).
- Quotierung: mindestens zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens ein Euro für nicht-betriebliche Settings.
- Mindestens die Hälfte des Setting-Betrages (2014 = 0,50 Euro) wird für als Pauschalabgeltung für die BZgA zur Verfügung gestellt.
- Die BZgA wird vom GKV-Spitzenverband beauftragt, kassenartenübergreifende Aufgaben im Bereich der Lebensweltenprävention zu übernehmen (§ 20 Absatz 5).

Stellungnahme vdek:

Eine einfache Mittelerhöhung allein verbessert die Prävention nicht. Bislang fehlt ein Gesamtkonzept für die Prävention und die Konkretisierung der Aufgaben für die jeweiligen Akteure. Der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung wird nicht Rechnung getragen, denn wiederum wird nur die GKV als Finanzier für die Stärkung der Prävention in die Pflicht genommen.

Die Ersatzkassen haben immer wieder betont, dass sie bereit sind, ihr Engagement weiter qualitätsgesichert auszubauen. Der Richtwert nach § 20 Absatz 2 SGB V wurde bereits für das Jahr 2013 auf 3,01 Euro pro Versicherten entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepasst. Die Anhebung dieses Wertes auf 6 Euro ist eine unverhältnismäßig hohe Steigerung, die kurzfristig qualitätsgesichert von der GKV nicht zu leisten ist. Eine Ausgabensteigerung kann nur mit Augenmaß und unter Berücksichtigung langsam wachsender Strukturen vollzogen werden. Sie setzt auch eine adäquate finanzielle Beteiligung aller weiteren relevanten Akteure in der Prävention voraus.

Die BZgA soll 2014 etwa 35 Millionen Euro aus Beitragsmitteln erhalten. Der Betrag wird in den Folgejahren in Anlehnung an die Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV angepasst. Was genau mit dem Geld gemacht werden soll, ist nicht näher definiert. Die Kernaufgabe der BZgA liegt in der Gestaltung und Durchführung von Aufklärungskampagnen sowie in der Erarbeitung von Informations- und Aufklärungsmaterial und in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen. Die Setting-Prävention erfordert aber andere Kompetenzen sowie eine personalintensive Begleitung konkreter Projekte vor Ort, d. h. in Schulen, Kindergärten usw.

Die Finanzierung bevölkerungsbezogener Informationsmaterialien und Aufklärungskampagnen hat aus Steuermitteln zu erfolgen. Es ist auch fraglich, ob die GKV die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG mit der Durchführung bestimmter Maßnahmen tatsächlich beauftragen kann. Faktisch handelt die BZgA ausschließlich auf Erlass des BMG. Hier sind auch rechtliche Bedenken zu erheben. Während in anderen Bereichen das Vergaberecht für die Kassen gilt, soll hier in Höhe eines zweistelligen Millionenbetrags die GKV Leistungen eines ge-

setzlich bestimmten Anbieters „einkaufen“. Daran ändert auch die Formulierung, dass die BZgA diese Leistungen nicht nur im Auftrag der GKV, sondern auch nur für deren Versicherte erbringt, nichts. Grundsätzlich droht auch ein Verschiebepbahnhof, nämlich dann, wenn Standardaufgaben der BZgA künftig über GKV-Mittel finanziert werden. Daneben geht der Krankenkasse die Steuerungsfunktion verloren. Sie kann weder inhaltlich noch finanziell kalkulieren, wie über diesen Weg angestoßene Maßnahmen auf das Inanspruchnahmeverhalten bzw. die Nachfrage nach Präventionsleistungen wirken.

2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

- Verpflichtung der Krankenkassen, gemeinsame regionale Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen einzurichten, um kleinere und mittlere Unternehmen zu beraten und zu unterstützen. Dafür sollen Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen werden (§ 20a Absatz 4).
- Schöpfen die Krankenkassen den vorgegebenen Mindestbetrag von zwei Euro für die BGF nicht aus, fließen sie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu, die Kooperationsvereinbarungen zur BGF geschlossen haben zu (§ 20a Absatz 5).
- Die Krankenkassen können auch Verträge für die Durchführung von Schutzimpfungen mit Betriebsärzten abschließen (§ 132e Absatz 1).

Stellungnahme vdek:

Die Forderung nach Einrichtung gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen knüpft an das Modellprojekt „Gesunde Arbeit“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) an. Dabei wurden sechs Regionalstellen (in Neumünster, Münster, Köln, Dresden, Nürnberg und München) aufgebaut. Aufgrund der guten Zusammenarbeit der Kassen untereinander und mit den Unfallversicherungsträgern sowie den verschiedenen regionalen Verbänden wurde der Aufbau weiterer Strukturen nach Beendigung der Modellphase als nicht notwendig erachtet.

Auch wenn bestehende Strukturen genutzt werden sollen; es wird eine neue und zusätzliche Beratungsstruktur zur BGF auf regionaler Ebene aufgebaut, die kostenträchtig ist und deren Nutzen unklar bleibt. Die Krankenkassen beraten interessierte Betriebe bereits eingehend und stimmen mit ihnen betriebsbezogene Maßnahmen ab. Die Möglichkeiten individuellen und eigenverantwortlichen Handelns der Kassen sollen uneingeschränkt erhalten bleiben.

Nicht verausgabte Mittel der Krankenkassen für die Finanzierung der regionalen BGF-Stellen zu verwenden, schafft die gleichen Probleme, wie sie momentan in der Selbsthilfeförderung bestehen. Zum einen eignet sich diese Finanzierungsart nicht für eine verlässliche Unterstützung von Strukturen oder Projekten, weil unbekannt ist, welche Mittel („Restmittel“) im nächsten Jahr zur Verfügung stehen. Zum anderen werden die Krankenkassen versuchen, ihr Geld möglichst vollständig in eigene Projekte fließen zu lassen, damit sie nicht gesichtslos in einer Gemeinschaftsförderung untergehen.

Betriebsärzte stellen einen guten Zugangsweg für Impfungen dar. Sie können bestimmte Personengruppen zielgerichtet ansprechen und für einen notwendigen Impfschutz bei impfpräventablen Infektionskrankheiten sorgen. Gute Erfahrungen sind bereits in der Vergangenheit im Rahmen von Gripeschutzimpfungen gemacht worden, wo über Betriebsärzte eine Vielzahl von Versicherten zu günstigen Konditionen geimpft werden konnte.

2.4. Finanzielle Anreize

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

- Die Kann-Regelung zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten wird in eine Soll-Regelung umgewandelt.
- Ein Bonus wird nur noch in Form einer Geldleistung gewährt.
- Boni der Krankenkassen für zertifizierte Präventionsleistungen sollen vorrangig an der Zielerreichung der Maßnahme ausgerichtet werden (§ 65a Absatz 1).
- Für Maßnahmen der BGF können sowohl Arbeitgeber als auch der teilnehmende Versicherte eine Geldleistung als Bonus erhalten (§ 65a Absatz 2).

- Gruppentarife (§ 20a Absatz 3).

Stellungnahme vdek:

Die Überführung der Kann-Regelung des § 65 a SGB V in eine Soll-Regelung wird abgelehnt. Den Kassen sollte selbst überlassen sein, mit welchen Mitteln sie die Präventionsziele erreichen. Die Verknüpfung von Boni und Erfolg einer Maßnahme dürfte im Regelfall schwierig herzustellen sein. Prävention ist langfristig ausgerichtet und ermöglicht in der Regel keine kurzfristige Erfolgskontrolle. Deshalb motivieren die Krankenkassen mit ihren Maßnahmen zu nachhaltigen Verhaltensänderungen durch dauerhafte Umstellung der Ernährung oder Überführung von Bewegungselementen in den Alltag der Versicherten. Boni könnten hier falsche Anreize setzen. Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung und Erfolgsmessung dieser zusätzlichen Gratifizierungsmaßnahmen sind von den Krankenkassen bereits entwickelt worden.

Daneben ist die Beschränkung der Boni auf Geldleistungen kontraproduktiv; aus steuerlichen wie aus pädagogischen Gründen.

Normalerweise gilt: Gruppentarife sind im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu verankern. Entweder sind sie höher als der normale Tarif (Beitrag), da mit ihnen Zusatzleistungen verbunden sind. Dann geht keine Anreizwirkung von ihnen aus. Sind sie niedriger, gehen sie zulasten der Versicherten, die nicht in diesem Gruppentarif sind. Die Bedingungen der Wahltarife der Aufsichtsbehörden sollen den zweiten Fall ausschließen. Der Wahltarif muss sich aus sich selbst heraus rechnen. Die Aufwendungen müssen sich aus Einnahmen, Einsparungen, Effizienzsteigerungen finanzieren.

Allerdings stellen sie sich in der Entwurfsfassung des Gesetzes durchaus als interessantes Instrument dar. Der mit der Kabinettsfassung aufgenommene Einschub in § 20 Absatz 3 Satz 6 SGB V – neu – begrenzt die Auflage für Wahltarife ausschließlich auf Leistungen, die über die Leistungen nach Absatz 1 (betriebliche Gesundheitsförderung) und nach § 20d Absatz 1 und 2 (Schutzimpfungen) hinausgehen. Damit müssen sich die eigentlichen BGF-Angebote inklusive der im Betrieb durchgeführten Schutzimpfungen nicht mehr im Rahmen eines Gruppentarifs „rechnen“. Der Begriff „Gruppentarif“ ist insofern irre-

führend, als dass die Regelung ihren Wahltarif-Charakter verliert und als eine vertragliche Grundlage für BGF- und Schutzimpfungsmaßnahmen, die ausschließlich für die Personen im „Gruppentarif“ (z. B. die Versicherten der Krankenkasse) gelten, anzusehen ist. Hier erschließt sich für die Kassen eine Option, BGF-Maßnahmen zielgerichtet für ihre Versicherten zu konzipieren oder Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention in die Betriebe hineinzutragen. Durch die konkrete Ausgestaltung des § 20a Absatz 3 sind allerdings nur zertifizierte Leistungen und Leistungen der BGF von Druck befreit, sich „rechnen“ zu müssen. Mit dieser Neuregelung wird die BGF stärker zum Wettbewerbsfeld. Grundsätzlich sollten dabei die gleichen Qualitätsmaßstäbe wie in der individuellen Primärprävention gelten. Allerdings muss es auch möglich sein, spezifische betriebliche Bedarfslagen zu berücksichtigen.

2.5. Früherkennung und Vorsorge/ Sonstige Leistungen

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

Gesundheits-Check-up 35

- präventionsorientierte Weiterentwicklung des Check-up 35 durch präventionsorientierte Beratung und Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen durch Ärzte (§ 25 Absatz 1)
- Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung
- Die Krankenkasse hat die Präventionsempfehlung zu berücksichtigen; auch die Präventionsempfehlungen, die im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegeben werden (§ 20 Absatz 2)

Stellungnahme vdek:

Ein Gesundheits-Check-up wird heute in vielen Industrieländern angeboten. Es bestehen keine Einwände, Früherkennungsleistungen präventionsorientiert weiterzuentwickeln. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gefordert, dies inhaltlich zu bestimmen. Das gilt auch für den Check-up 35. Grundsätzlich notwendig wäre jedoch eine Überprüfung seiner Evidenz. Dies wird auch seitens der Wissenschaft gefordert. Laut einer Meta-Analyse des däni-

schen Nordic Cochrane Centre vom Oktober 2012 zufolge sind viele Check-up Untersuchungen nicht evidenzbasiert. Für die im Cochrane Database of Systematic Reviews (2012; 10: CD009009) analysierten Studien gibt es keine sicheren Hinweise auf eine Senkung von Morbidität oder Mortalität. Die Check-ups belasten nach Ansicht der Autoren die Patienten im Zweifel durch unnötige Diagnosen. Mit einer Überversorgung wächst auch das Risiko einer Verunsicherung der Patienten. Allerdings beruhen die Ergebnisse teilweise auf Daten aus älteren Studien, sodass für die Weiterentwicklung von Check-up Untersuchungen eine bessere Evidenz geschaffen werden muss. Auch hier ist der G-BA gefordert, dies inhaltlich zu bestimmen.

Bereits heute unterliegen die Ärzte einer Verpflichtung zur allgemeinen Gesundheitsberatung. Grundsätzlich kann ein Arzt schon heute Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (auch Präventionsmaßnahmen) aussprechen. Novum ist, dies in Form einer ärztlichen Bescheinigung zu tun. Es ist davon auszugehen, dass das Ausstellen der Bescheinigung separat vergütet werden soll, was die Prävention verteuert, ohne das damit positive Wirkungen verbunden wären. Um dies zu vermeiden, braucht es eine entsprechende gesetzliche Klarstellung. Daneben entzieht sich dieser Weg der Steuerung durch die Krankenkasse. Eine belastbare Kalkulation der Präventionsausgaben im Haushalt wird erschwert.

Sinnvoll könnte eine ärztliche Steuerung sein, wenn sie im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgen würde. Positive Wirkungen könnten auch entfaltet werden, wenn es tatsächlich gelingen würde, besondere Zielgruppen, hier insbesondere sozial Benachteiligte, in diese Angebote zu steuern. Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann auch im Rahmen eines kurativen Behandlungsanlasses durchgeführt bzw. angebahnt werden. Dabei sollen gemäß BMG insbesondere diese Zielgruppen angesprochen werden. Es ist fraglich, ob dies erfolgreich gelingen kann. Eher steht zu befürchten, dass solchen mit erhobenem Zeigefinger ausgesprochenen Empfehlungen nicht Folge geleistet wird. Damit würden im Zweifel ärztliche Bescheinigungen ausgestellt und bezahlt, die nicht eingelöst werden. Insgesamt verführt diese Regelung zu bezahlten Präventionsempfehlungen aus finanziellen Motiven, denen keine Leistung gegenübersteht und die die Prävention unnötig verteuern.

Unklar ist, aus welcher Leistung von Betriebsärzten heraus Präventionsempfehlungen abgeben sollen. Das SGB VII kennt keine „betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchung“, sondern nur „von Unternehmer veranlasste „arbeitsmedizinische Untersuchungen“ (§ 15 Absatz 1 Nr. 3), die branchenspezifisch in unterschiedlichen Verordnungen konkretisiert werden und damit sehr heterogen sind. Dies muss präzisiert werden; auch damit keine leistungsrechtlichen Unsicherheiten entstehen.

Die Präventionsangebote der Krankenkassen werden auch heute schon von den Versicherten in der Regel bedarfsbezogen in Anspruch genommen. Eine Auswertung der von den Krankenkassen durchgeführten Gesundheitskurse hat ergeben, dass die Versicherten diese Kurse in Abhängigkeit vom jeweils bestehenden persönlichen Beschwerdepil wahrnehmen.

Der Gesetzentwurf sieht im Weiteren vor:

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

- Ausbau der Früherkennungsuntersuchungen durch Anhebung der Altersgrenze von 6 auf 10 Jahre. Damit wird eine neue Früherkennungsuntersuchung etabliert (§ 26 Absatz 1)
- primärpräventive Beratung als verbindlicher Inhalt von Früherkennungsuntersuchungen inklusive Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung

Stellungnahme vdek:

Die heutige Kinderrichtlinie zieht den Leistungsrahmen für die Früherkennungsuntersuchungen bis zum Alter von sechs Jahren. Darüber hinaus gibt es eine Jugenduntersuchungen. Die Notwendigkeit einer Ausweitung des Leistungsrahmens wird mit einer Expertise im Auftrag des BMG begründet, die trotz der schwierigen Evidenzlage eine zusätzliche U-Untersuchung im Alter von 9 Jahren, gekoppelt an eine wissenschaftliche Begleitforschung, empfiehlt. Die Ersatzkassen bieten bereits vielfach auf freiwilliger Basis zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter an. Deshalb wird eine verbindliche zusätzliche Untersuchung wie im Gesetzentwurf vorgesehen begrüßt.

Der Gesetzentwurf sieht auch noch vor:

wohntferne Präventions- und Vorsorgeleistungen

- Erhöhung des täglichen Zuschusses für wohnortferne ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (bis zu 16 Euro für Erwachsene und bis zu 25 Euro für chronisch kranke Kleinkinder) (§ 23 Absatz 2).

Stellungnahme vdek:

Aufgrund der allgemeinen Preissteigerung bestehen prinzipiell keine Einwände gegen die Erhöhung dieses Zuschusses. Vorsicht ist jedoch geboten: Der besondere Teil des Gesetzentwurfes weist darauf hin, dass der Zuschuss auch bei Inanspruchnahme von Kompaktangeboten der Primärprävention gewährt werden soll. Ein „Übernachtungsbonus“ für Kompaktangebote oder Präventionsreisen ist kritisch zu sehen. Es darf nicht zu Fehlanreizen, aber auch nicht zu Mitnahmeeffekten kommen. Daneben besteht die Gefahr einer Höherstufung der Versorgung. Heute werden die Mehrleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V ausschließlich gewährt, wenn medizinische Gründe dafür sprechen. Dabei werden auch besondere Belastungsfaktoren einbezogen. Die vorgesehene Änderung, nunmehr auch besondere berufliche oder familiäre Belastungssituationen als anspruchsbegründende Faktoren ohne eine Prüfung, ob entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichend sind, geht über die medizinische Notwendigkeit hinaus, lässt das Wirtschaftlichkeitsgebot außer Acht und wird in Ermangelung objektiver Beurteilungs- und Prüfmaßstäbe (Was sind besondere berufliche oder familiäre Belastungen?) zu Problemen in der Umsetzungspraxis führen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
 Askanischer Platz 1
 10963 Berlin
 Tel.: 030/2 69 31 – 0
 Fax: 030/2 69 31 – 2900
info@vdek.com