



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(6)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
15.04.2015

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und
der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) – Regierungsentwurf vom
17.12.2014

Berlin, 19.01.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über das Gesundheitswesen hinausreicht und sowohl die gesundheitsbezogene Veränderung von Lebenswelten als auch von Lebensweisen einschließt. Dabei spielen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle, da sie Patienten aller gesellschaftlicher Schichten gleichermaßen erreichen und diese zum geeigneten Zeitpunkt auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote ansprechen und motivieren können. Zudem können sie an der Gestaltung von Lebenswelten durch ihr Wissen über Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung mitwirken.

Mit dem Gesetz sollen die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für die Primärprävention deutlich aufgestockt werden – von derzeit ca. 3 € pro Versicherten auf zukünftig 7 € pro Versicherten (ab 2016). Dadurch sollen insbesondere die Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden.

Leider ist die strukturelle Einbindung der Ärzteschaft in die vorgesehenen Leistungen bislang nur wenig ausgearbeitet. Dort, wo der Ärzteschaft Aufgaben übertragen werden, wird hingegen vorausgesetzt, dass damit für die Krankenkassen keine Mehrkosten entstehen. Vielmehr sollte aber mit dem Gesetzentwurf die Chance genutzt werden, die Möglichkeiten von Ärzten zur Patientenansprache und ihre gesundheitlichen Kompetenzen im Rahmen der Primärprävention zu stärken.

1. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zu § 20 Abs. 1:

Das im § 20 Abs. 1 angeführte Verständnis von Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ greift zu kurz. Vielmehr umfasst Gesundheitsförderung die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen, die eine entsprechende Gestaltung der Lebensbedingungen voraussetzt und damit gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht.

Zu § 20 Abs. 2:

§ 20 des Regierungsentwurfs sieht in Absatz 2 vor, dass der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung festlegen soll. Zudem soll er eigenständig die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen bestimmen.

Wie wir bereits in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf ausgeführt haben, sollte die Definition der Anforderungen an das Zertifizierungsverfahren von Leistungsangeboten nicht durch den GKV-Spitzenverband erfolgen, da die ihm angehörenden Krankenkassen gleichzeitig Anbieter der entsprechenden Leistungen sind. (Vgl. hierzu auch die nachfolgenden Ausführungen zu § 20 Abs. 5).

Des Weiteren kritisiert die Bundesärztekammer, dass der Regierungsentwurf zur Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen zwar die „Einbeziehung unabhängigen (...), ärztlichen, (...) Sachverständigen“ verlangt, er jedoch keine näheren Ausführungen dazu enthält, wie diese Vorgabe durch den GKV-Spitzenverband umzusetzen ist.

Im Falle einer Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch den GKV-Spitzenverband sollte zumindest sichergestellt werden, dass der in § 20 Abs. 2 Satz 1 geforderte Einbezug unabhängigen Sachverständigen im Gesetz klar geregelt wird. Daher schlägt die Bundesärztekammer die nachfolgende Formulierung vor (Änderungen im Fettdruck):

Änderungsvorschlag für § 20 Abs. 2:

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. ***Er bindet hierzu die entsprechenden Fachgesellschaften und Spitzenorganisationen auf Bundesebene strukturell in die Entscheidungsfindung ein.*** Er bestimmt außerdem (...).

Zu § 20 Abs. 3:

§ 20 Abs. 3 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband für die Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Präventionsleistungen auch die im Absatz 3 aufgeführten Gesundheitsziele berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Einbindung von Gesundheits- bzw. Präventionszielen als Steuerungsinstrument für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Allerdings sieht der Regelungsvorschlag in § 20 Abs. 3 keine verpflichtende Berücksichtigung dieser Gesundheitsziele vor. Demnach wäre es dem GKV-Spitzenverband weitgehend freigestellt, in wie weit er sich an den aufgeführten Zielen orientieren möchte.

Die Einbindung von konsentierten Präventions- bzw. Arbeitsschutzzielen als Steuerungsinstrument für Präventionsleistungen sollte daher im Gesetz verbindlich festgelegt werden. Die Präventionsziele sollten sich zudem an bestehenden gesundheitlichen Problemlagen orientieren. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das Selbstverständnis des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de weit über die Identifikation und Ausgestaltung von Präventionszielen hinausreicht. Die Bundesärztekammer spricht sich in diesem Kontext dafür aus, den seit 2000 bestehenden Kooperationsverbund und die Nationale Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen des Gesetzes hinsichtlich ihres Beitrages zu Präventionszielen verbindlich zu regeln.

Zu § 20 Abs. 5 Satz 1:

Nach § 20 Abs. 5 Satz 1 des Regierungsentwurfs soll eine Krankenkasse künftig nur dann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen können, wenn diese von einer Krankenkasse oder von einer anderen, zur Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Einrichtung zertifiziert ist.

Entsprechend unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 21. November 2014 weisen wir darauf hin, dass der Begriff „Zertifizierung“ ein feststehender Begriff für ein Verfahren ist, welches auf der Basis internationaler Normen und der europäischen Verordnung 765/2008 sowie einer staatlich beauftragten Stelle reguliert ist. In Deutschland ist dazu die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) per Gesetz eingerichtet. Sie akkreditiert Einrichtungen, die Zertifizierungen vornehmen dürfen. Ein wesentliches Verfahrensmerkmal von Zertifizierung ist die Unabhängigkeit des Zertifizierers von derjenigen Einrichtung, welche die Regeln für die Zertifizierung aufstellt.

Diesen Anforderungen genügen die Regelungen des vorliegenden Regierungsentwurfs nicht. Auch ist darauf hinzuweisen, dass mit der Zertifizierung noch keine Qualitätssicherung der zertifizierten Leistung sichergestellt ist, wie es § 20 Abs. 2 Satz 2 sowie Passagen des Begründungstextes implizieren. Die Qualitätssicherung von Präventionsleistungen sollte auf jeden Fall unabhängig von den Krankenkassen als Leistungsanbieter erfolgen.

Zudem ist anzumerken, dass die im Regierungsentwurf vorgesehene Formulierung des § 20 Abs. 5 Satz 1 insofern korrekturbedürftig ist, als Krankenkassen nicht alleinige Erbringer von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 sind. Nach der Gesetzessystematik des SGB V (siehe Kapitel 4) sind sie gar nicht als Leistungserbringer vorgesehen.

Zu § 20 Abs. 5 Satz 2:

Der Regierungsentwurf sieht in § 20 Abs. 5 Satz 2 vor, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention zukünftig eine Präventionsempfehlung zu berücksichtigen hat, die von einem Arzt im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 Satz 2, einer Kinder-Untersuchung nach § 26 Abs. 1 Satz 3 oder im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge ausgestellt wurde.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass auch der Regierungsentwurf mit der von einem Arzt ausgestellten Präventionsempfehlung eine Verbindung zwischen den Leistungen der Krankenkassen zur individuellen Verhaltensprävention und bereits bestehenden ärztlichen Prä-

ventionsleistungen herzustellen versucht. Nach dem vorliegenden Regierungsentwurf soll der Arzt jedoch lediglich im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung eine Bescheinigung ausfüllen, die eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und eine Information über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen beinhaltet (siehe § 25 Abs. 1). Diese Empfehlung soll nach § 20 Abs. 5 von der Krankenkasse bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden. Dabei stellt der Gesetzgeber im Begründungstext klar, dass die Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention auch weiterhin ohne ärztliche Empfehlung möglich sein soll (siehe Begründungstext zu Artikel 1 Nummer 4, Seite 39/40).

Eine wirksame Primärprävention durch den Arzt sollte jedoch nicht auf das Ausstellen einer Bescheinigung beschränkt werden. Vielmehr sollte die vorgesehene Präventionsempfehlung nach Auffassung der Bundesärztekammer in ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement integriert werden:

- Die Präventionsempfehlung sollte das Ergebnis einer Exploration und Bewertung bestehender gesundheitlicher Belastungen wie auch Ressourcen des Patienten und eines darauf aufbauenden motivierenden ärztlichen Gesprächs darstellen.
- Eine primärpräventive Beratung und eine darauf aufsetzende Präventionsempfehlung sollten auch zu anderen medizinischen Anlässen als zu Vorsorgeuntersuchungen strukturell vorgesehen und entsprechend vergütet werden. Hier bieten sich insbesondere solche Patienten-Arzt-Kontakte an, in denen gesundheitliche Probleme thematisiert werden, die einer Prävention gut zugänglich sind.
- Die Empfehlung sollte sich nicht allein auf präventive Kursangebote der Krankenkassen beschränken, sondern auch andere gesundheitsförderliche Maßnahmen und Angebote berücksichtigen – zumal geeignete Krankenkassenkurse nicht flächendeckend angeboten werden können.
- Im Kontext der Kinder- und Jugenduntersuchungen sollte die ärztliche Präventionsempfehlung nicht nur auf Präventionsangebote der Krankenkassen, sondern auch auf regionale Angebote Früher Hilfen verweisen können. Mit dem Präventionsgesetz könnte die im Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 noch mangelhafte Verzahnung von Gesundheitswesen (Leistungen nach SGB V) und Kinder- und Jugendhilfe (Leistungen nach SGB VIII) nachgebessert und im Ergebnis die psychischen und sozialen Ressourcen junger Eltern gestärkt werden.
- Die ärztliche Empfehlung sollte in eine Präventionsvereinbarung zwischen Arzt und Patient eingebunden werden. Diese sollte das Ergebnis einer Bewertung der bestehenden gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, eines motivierenden Gesprächs sowie

einer Beratung über wirksame präventive Maßnahmen sein und eine ärztliche Begleitung ihrer Umsetzung sowie Bewertung ihrer Ergebnisse beinhalten.

- Entsprechend sollte die Bewertung des Erfolgs der wahrgenommenen Maßnahme durch den Arzt erfolgen, der die Empfehlung ausgestellt hat bzw. mit dem eine entsprechende Präventionsvereinbarung geschlossen wurde, und das Ergebnis zur Grundlage einer möglichen Bonifizierung präventionsorientierten Verhaltens durch die Krankenkasse gemäß § 65a Abs. 1 gemacht werden.
- Die mit der Ausstellung der ärztlichen Präventionsempfehlung verbundenen Leistungen sind im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen bzw. einer hiervon unabhängigen Präventionsberatung zu bewerten und entsprechend zu vergüten.

(Siehe auch entsprechende Beschlüsse der Deutschen Ärztetage, z. B. des 117. Deutschen Ärztetages 2014, Drucksache II-01)

Zu § 20 Abs. 6:

Nach § 20 Abs. 6 sollen die primärpräventiven Ausgaben der Krankenkassen für 2015 auf 3,17 € und ab 2016 auf 7 € pro Versicherten und Jahr erhöht werden, wobei auf die Ausgaben für die Prävention in Lebenswelten und die betriebliche Gesundheitsförderung ab 2016 jeweils 2 € pro Versicherten entfallen sollen.

Die vorgesehene Stärkung der Prävention in Lebenswelten wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass für die entsprechenden Leistungen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt bzw. dieser aufgrund bestehender Studien zu erwarten ist. Auch dürfen diese Leistungen keine bereits bestehenden Leistungen der allgemeinen Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand ersetzen.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nach dem Regierungsentwurf auch weiterhin der größte Anteil der zu verausgabenden Summe, nämlich 3 €/Versicherten (neben den 2 € für die Prävention in Lebenswelten und weiteren 2 € für die betriebliche Gesundheitsförderung) den Kassen zur eigenen Ausgestaltung ihrer Kursangebote überlassen bleiben soll. Umso dringlicher ist es, dass für diese Mittel eine unabhängige Qualitätskontrolle sichergestellt wird (siehe § 20 Abs. 2), die Angebote der verhaltensbezogenen Prävention mit Präventionsmaßnahmen des Arztes verzahlt werden (siehe § 20 Abs. 5, Satz 2) und in die Ausgestaltung der Präventionsangebote der Krankenkassen ärztlicher Sachverstand mit einfließt (siehe § 20 Abs. 2).

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Zu § 20a Abs. 1:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass unter den förderungswürdigen Lebenswelten auch „Systeme (...) der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ aufgeführt werden. Es bedarf allerdings weiterer Konkretisierungen, welche settingbezogenen Leistungen zukünftig in diesen gefördert und angeboten werden sollen.

Zu § 20a Abs. 3:

§ 20a Abs. 3 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beauftragt und sie hierfür vom GKV-Spitzenverband einen Betrag erhält, der „mindestens einem Viertel aus dem Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben“ (umgerechnet ca. 35 Mio. € pro Jahr).

Nach Auffassung der Bundesärztekammer stellen die vorgesehenen zusätzlichen Mittel für die BZgA, einer dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten Bundesbehörde, eine ordnungspolitisch fragwürdige Querfinanzierung durch Mittel der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten dar. Zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten sollten v. a. die Akteure und Aktivitäten gestärkt werden, die mit den regionalen Gegebenheiten, insbesondere mit den Lebensbedingungen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, vertraut sind. Hierzu gehört insbesondere auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (siehe auch unsere nachfolgenden Ausführungen zu § 20f).

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu § 20b Abs. 1:

Die in § 20b Abs. 1 vorgesehene ergänzende Nennung der Betriebsärzte hinsichtlich der Erhebung der gesundheitlichen Situation in Betrieben und zur Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt.

Die Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Betrieben ist eine besondere Herausforderung und sollte durch das geplante Gesetz gestärkt werden. Die Aufgaben der nach § 20b Abs. 3 und 4 einzurichtenden regionalen Koordinierungsstellen sollten in diesem Sinne konkretisiert werden.

§ 20d und e: Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz

Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sind die Entwicklung einer umfassenden und abgestimmten Strategie sowie ein engerer Austausch der schon jetzt in der Prävention tätigen Träger der Sozialversicherung in einem gemeinsamen Gremium sinnvoll.

Aus diesem Grunde sollte die Entwicklung einer sog. „Nationalen Präventionsstrategie“ nicht auf die in § 20d Abs. 1 genannten Sozialversicherungsträger beschränkt werden. Um dem im Namen ausgedrückten Anspruch einer „Nationalen“ Präventionskonferenz gerecht zu werden, sollte in diesem Gremium ein breites Spektrum der für die Prävention relevanten Spitzenorganisationen vertreten sein. Eine Nationale Präventionskonferenz ohne Vertretung der Ärzteschaft ist nicht zielführend. Umso mehr irritiert, dass der Regierungsentwurf im Unterschied zum Referentenentwurf nun mit Artikel 1 Nr. 20 eine Änderung des § 140f Abs. 2 SGB V vorsieht, mit der den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in der Nationalen Präventionskonferenz ein Vertretungsrecht mit beratender Stimme eingeräumt werden soll. Dieser neue Sachverhalt findet hingegen in § 20e des Regierungsentwurfs selbst keine Erwähnung.

Nach § 20e Abs. 2 soll neben der Nationalen Präventionskonferenz zusätzlich ein beratendes Präventionsforum eingerichtet werden. Der Gesetzentwurf sieht für dieses jedoch weder Einwirkungsmöglichkeiten auf die Nationale Präventionskonferenz noch Mitbestimmungsrechte bei der Erstellung der Präventionsstrategie vor. Dem Forum sollen laut Regierungsentwurf „die für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ angehören, zu denen insbesondere auch „die der Selbsthilfe und die Fachmigrantenorganisationen“ [sic – siehe Begründungstext S. 45] gehören. Hingegen finden die Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung auch an dieser Stelle keine Erwähnung. Die Zusammensetzung des Präventionsforums soll letztlich einer durch die Nationale Präventionskonferenz zu verabschiedenden Geschäftsordnung vorbehalten bleiben (siehe Begründungstext S. 45 zu § 20e Abs. 2).

Mit der in den §§ 20d und e des Regierungsentwurfs vorgesehenen organisatorischen Struktur kann kein breiter gesellschaftlicher (nationaler) Konsens über die Ausrichtung präventiver

Maßnahmen erzielt werden. Mit den Regelungen zum Präventionsforum bliebe es ausschließlich den Sozialversicherungsträgern überlassen zu entscheiden, von welchen Verbänden sie sich in der Prävention beraten lassen wollen. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist auf jeden Fall sicherzustellen, dass in den beratenden und beschlussfassenden Präventionsgremien ärztlicher Sachverstand über die Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung und die Organisationen der Betriebsärzte sowie der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vertreten ist. Dies umso mehr, als der Regierungsentwurf nun den Interessensvertretungen der Patientinnen und Patienten ein solches Recht einräumen will.

Änderungsvorschlag für § 20e Abs. 1:

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 **sowie den Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung** mit je zwei Sitzen wahrgenommen. (...)

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass über die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung auf Landesebene zu schließenden Rahmenvereinbarungen die bestehenden lebensweltbezogenen Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gestärkt bzw. sinnvoll ergänzt werden. Der ÖGD besitzt auf der kommunalen Ebene ausgewiesene bevölkerungsmedizinische Kompetenzen und Strukturen, die für die lebensweltbezogene Prävention genutzt werden sollten.

Änderungsvorschlag für § 20f Abs. 1:

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen **in Zusammenwirken mit den für die Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zuständigen Stellen** mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ~~sowie mit den in den Ländern zuständigen Stellen~~ gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungs-

gesetzen **und sollten flächendeckend angeboten werden. Den in den Gesundheitsdienstgesetzen beschriebenen Aufgaben und Zuständigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Koordination und Steuerung von Prävention und Gesundheitsförderung ist bei dem Abschluss der Rahmenvereinbarung Rechnung zu tragen.**

§ 20g Modellvorhaben

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass sich für die Durchführung bzw. Koordination regionaler Modellvorhaben zur Prävention auch regionale Ärztenetze eignen.

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

Zu § 25 Abs. 1:

Bislang haben gemäß § 25 Abs. 1 SGB V „Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten.“ Nach dem vorliegenden Regierungsentwurf soll diese Gesundheitsuntersuchung zukünftig durch einen allgemeinen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen“ ersetzt werden. Nach § 25 Abs. 4 obliegen die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Untersuchungen sowie die Festlegung der zeitlichen Intervalle dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (siehe auch Begründungstext S. 50).

Grundsätzlich ist zu begrüßen, die Gesundheitsuntersuchungen zukünftig stärker auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen auszurichten, die Überprüfung des Impfstatus mit einzubeziehen und eine präventionsorientierte Beratung und die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung in die Untersuchung mit zu integrieren.

Die Bundesärztekammer weist aber nachdrücklich darauf hin, dass mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen weitgehenden Auflösung der bisherigen Untersuchungsstruktur die Gefahr besteht, dass den GKV-Versicherten zukünftig nur noch wenige Gesundheitsuntersuchungen angeboten werden könnten, wenn für jede von diesen zunächst ein Nachweis über ihren medizinischen Nutzen erbracht werden soll. Besonders im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist es mitunter schwierig, innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums den spezifischen Nutzen bestimmter Untersuchungen und Beratungen für jeweils

spezifische Altersgruppen auf wissenschaftlicher Basis nachzuweisen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass an die primärpräventiven Angebote der Krankenkassen keine vergleichbaren Maßstäbe angelegt werden.

Unterstrichen wird die Befürchtung, dass das Gesetz zu einem Abbau bestehender präventiver Gesundheitsuntersuchungen führen könnte, durch die Ausführungen des Begründungstextes zum Regierungsentwurf. In diesem heißt es hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes der neuen Regelungen, dass „die gesetzlichen Änderungen (...) dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung“ ermöglichen würden (siehe Begründungstext S. 31).

Darüber hinaus ist zu kritisieren, dass der Gesetzentwurf zwar eine umfassende Umgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen vorsieht, im Begründungstext aber – unter Vorwegnahme der inhaltlichen Ausgestaltung der zukünftigen Untersuchungen durch den G-BA – bereits festgestellt wird, dass diese für die Krankenkassen kostenneutral erfolgen könne und die derzeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) „kalkulierte Zeit zur Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung mit 26 Minuten“ bereits „großzügig bemessen“ sei (siehe Begründungstext S. 31).

Will man jedoch, wie im Gesetz angelegt, eine quantitative und qualitative Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchungen mit zusätzlichen ärztlichen Leistungen realisieren, muss dieser Mehraufwand auch in der ärztlichen Vergütung entsprechend abgebildet werden. Letztlich muss die angestrebte Umgestaltung der Vorsorgeuntersuchungen den Verhandlungen im G-BA sowie dem Bewertungsausschuss mit offenem Ausgang über das hierfür erforderliche Kostenvolumen überlassen bleiben.

Ein Gesetz, das der Prävention zu mehr gesellschaftlicher Bedeutung verhelfen und hierfür die erforderlichen Strukturen und Leistungen schaffen will, darf nicht nur den Trägern in den Lebenswelten oder der BZgA mehr Mittel zusichern, es muss auch die von Ärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen angemessen honorieren.

Änderungsvorschlag für § 25 Abs. 1:

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben **alle fünf Jahre** Anspruch auf **mindestens eine** alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Be-

ratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. (...).

Zu § 25 Abs. 3:

Die vorgesehene Neuregelung der Gesundheitsuntersuchungen sieht zudem vor, dass der G-BA für den Fall, dass notwendige Erkenntnisse über den medizinischen Nutzen einer Gesundheitsuntersuchung fehlen, „eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung“ entsprechend § 137e SGB V beschließen kann. In diesem Fall soll sich für den G-BA die Frist zum Erlass einer entsprechenden Richtlinie um zwei Jahre verlängern.

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass sich hinsichtlich der im Regierungsentwurf vorgesehenen Erprobungsregelung Inkonsistenzen zwischen § 137e SGB V sowie dem Gesetzes- und dem Begründungstext ergeben, die einer weiteren Klärung bedürfen:

Während der Gesetzestext den Beschluss einer „Richtlinie zur *inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung* der Gesundheitsuntersuchung“ durch den G-BA vorsieht, spricht der Begründungstext von einer „Erprobung hinsichtlich des *medizinischen Nutzens*“, die mit einer „Erprobung der *organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung* der Gesundheitsuntersuchung“ verbunden werden soll. In § 137e Abs. 1 wiederum wird die Formulierung „*Bewertung des Nutzens einer Methode*“ verwendet.

Es erscheint zweifelhaft, ob für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung einer Gesundheitsuntersuchung mit Hilfe einer Erprobungs-Richtlinie des G-BA Evidenz nach wissenschaftlichen Maßstäben generiert werden kann.

Darüber hinaus gelten hinsichtlich der vorgesehenen Einführung einer Erprobungsregelung für Gesundheitsuntersuchungen mit unklarem Nutzen die bereits unter § 25 Abs. 1 gemachten Ausführungen.

Änderungsvorschlag für § 25 Abs. 3:

Ersatzlose Streichung der nachfolgenden Passage:

(3) (...)

~~**Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltli-**~~

~~chen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.~~

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Zu § 26 Abs. 1:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Kinder- und Jugenduntersuchungen gemäß § 26 SGB V zukünftig auf den Zeitraum bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgeweitet sowie inhaltlich stärker auf eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken ausgerichtet werden sollen. Die nun ergänzend aufgenommene Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus ist ebenfalls positiv anzumerken. Auch erkennt die Ärzteschaft an, dass in die Kinderuntersuchungen die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung integriert werden soll.

Die in Verbindung mit den Kinder-Untersuchungen geplante Präventionsempfehlung wird allerdings in ihrem präventiven Potenzial geschwächt, wenn sie – wie im Regierungsentwurf vorgesehen – nur auf „Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5“ verweisen soll. Um eine wirksame Stärkung der Gesundheit unserer Kinder zu erreichen, müsste die Empfehlung auch auf andere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und insbesondere auf Angebote der Frühen Hilfen nach SGB VIII hinweisen und an diese weitervermitteln. Dadurch würde eine bessere Verzahnung der präventiven Hilfen des neuen Gesetzes mit den durch das Bundeskinderschutzgesetz geschaffenen regionalen Strukturen Früher Hilfen möglich. Für belastete Eltern könnten auf diese Weise gemeindenahe Ressourcen erschlossen werden, durch die sie in ihrer Erziehungsfunktion stabilisiert und die Gesundheit des Kindes gefördert werden kann. Zudem sollte auf der Präventionsempfehlung eine Rückmeldung an den ausstellenden Arzt vorgesehen werden. Die mit der Ausstellung der Präventionsempfehlung verbundene Mehraufwand ist bei der Honorarbemessung entsprechend zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag für § 26 Abs. 1 Satz 3 und 4:

(1) (...)

Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für ~~Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5~~, **qualitätsgesicherte Angebote zur Prävention**, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann, **sowie für regionale Angebote Früher Hilfen oder ande-**

re Hilfen nach SGB VIII zur Förderung einer gesunden Kindesentwicklung.

Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt, ***die auch eine Rückmeldemöglichkeit der empfohlenen Einrichtung an den untersuchenden Arzt enthält.***

Um Kinder aller Bevölkerungsschichten gleichermaßen erreichen zu können und ein kontinuierliches Monitoring ihrer gesundheitlichen Entwicklung zu ermöglichen, sollten darüber hinaus die Schuluntersuchungen gestärkt und flächendeckend sichergestellt werden.

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Versicherte auch durch Boni zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motiviert werden sollen. Im Regierungsentwurf wurden allerdings die noch im Referentenentwurf vorgesehene Form einer Bonuszahlung sowie die Überprüfung der Zielerreichung präventiver Maßnahmen durch die Krankenkasse wieder zurückgenommen.

Es erscheint jedoch sinnvoll, eine Bonifizierung an die Erreichung bestimmter Zielkriterien zu koppeln. Sinnvoll wäre die Einbindung in ein ärztliches Präventionsmanagement – wie es unter § 20 Abs. 5 bereits dargestellt wurde.

§ 132e Versorgung mit Schutzimpfungen

Positiv wird seitens der Bundesärztekammer festgestellt, dass zukünftig in den von den Krankenkassen zu schließenden Verträgen über die Durchführung von Schutzimpfungen Betriebsärzte explizit mit aufgeführt werden. Schließlich können über Betriebsärzte auch solche Versicherte für Impfungen erreicht werden, die andernfalls zu diesem Zweck keine Ärzte aufsuchen würden.

§ 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Nach § 132f soll es den Krankenkassen zukünftig möglich sein, mit geeigneten Betriebsärzten Verträge zur Durchführung von betrieblichen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 zu schließen.

Diese Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 sollten Gesundheitsuntersuchungen niedergelassener Ärzte ergänzen und darauf ausgerichtet sein, insbesondere solche Versicherte zu erreichen, die durch die vertragsärztliche Versorgung andernfalls nur schlecht erreicht werden

würden. Auch in diesem Paragraphen sollte entsprechend § 20 Abs. 5 Satz 2 auf eine durch den Betriebsarzt auszustellende ärztliche Präventionsempfehlung hingewiesen werden.

2. Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden begrüßt.

3. Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Der Regierungsentwurf sieht vor, § 34 Abs. 10 des Infektionsschutzgesetzes um einen Absatz 10a zu ergänzen, nach dem die Personensorgeberechtigten zukünftig bei einer Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung den Nachweis einer ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erbringen müssen.

Die Bundesärztekammer begrüßt die damit verbesserte Möglichkeit, Eltern über die Notwendigkeit der von der STIKO empfohlenen Impfungen zu informieren und die Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu erhöhen. Der Gesetzgeber folgt damit der entsprechenden Empfehlung der STIKO an das Bundesministerium für Gesundheit (siehe Stellungnahme der STIKO zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention mit Bearbeitungsstand 14.10.2014).

Zusammenfassung

Positiv hervorzuheben ist, dass Ärztinnen und Ärzten im Regierungsentwurf eine wichtige Rolle hinsichtlich der primärpräventiven Beratung und Begleitung ihrer Patienten und des Abbaus gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zugewiesen wird:

Ärztinnen und Ärzte sollen laut Entwurf im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen eine ärztliche individuelle Präventionsempfehlung abgeben, die auf einer strukturierten Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten und der Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme basiert.

Die Instrumente „Präventionsempfehlung“ und die damit verknüpfte „präventionsorientierte Beratung“ sind zu befürworten, wenn

- sichergestellt ist, dass der Beratung eine Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren/Ressourcen der Patienten vorausgeht,
- sie nicht alleine an strukturierte Vorsorgeuntersuchungen gebunden werden, um nicht primär solche Patientengruppen zu erreichen, die sich bereits durch ein hohes Gesundheitsbewusstsein auszeichnen,
- sie in Form einer strukturierten Präventionsberatung auch bei kurativen Behandlungsanlässen durchgeführt werden können. Hier muss eine entsprechende Honorierung der entsprechenden Leistungen vorgesehen werden,
- sichergestellt ist, dass die Krankenkassen in ihren Leistungen entsprechende Präventionsmaßnahmen anbieten,
- die Präventionsempfehlung nicht ausschließlich auf präventive Kursangebote der Kassen eingeschränkt ist,
- die Ärzte den Erfolg oder Nicht-Erfolg der Maßnahme strukturiert überprüfen können. Andernfalls bleiben Ärztinnen und Ärzte lediglich Zuweiser in Krankenkassenkurse, deren Qualität und Ergebnis alleine die Kassen definieren. Die notwendige Trennung von Leistungsanbieter und Zertifizierer ist sicherzustellen.

Insgesamt bedeuten eine strukturierte Präventionsberatung und die Suche nach geeigneten Präventionsangeboten einen nicht zu vernachlässigenden zeitlichen und bürokratischen Aufwand in der Praxis, der entsprechend zu bewerten und zu honorieren ist. Ob sich daraus für die Krankenkassen ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand ergibt, lässt sich erst dann feststellen, wenn die inhaltliche und organisatorische Neustrukturierung der Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA abgeschlossen ist.