



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(25)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 20.04.2015

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)
vom 11.03.2015
Drucksache 18/4282**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetz	9
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung	9
§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten	10
§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten	11
§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	12
§ 20a Absatz 1 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	23
§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung	31
§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	32
§ 20d Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionsstrategie	33
§ 20e Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionskonferenz	38
§ 20f Absatz 1 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	42
§ 20g Absatz 1 (neu) – Modellvorhaben	45
§ 20c – Förderung der Selbsthilfe	47
§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	48
§ 23 Absatz 2 Satz 1 – Medizinische Vorsorgeleistungen	49
§ 24d Satz 1 – Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe	53
Ergänzung der Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels	57
§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen	58
§ 26 – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	61
§ 65a Absatz 1 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	64
§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer	67
§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte	69
§ 140f Absatz 2 (neu) – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	70
§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen	71
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	72
§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	72
§ 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	73
§ 20b Absatz 1 Satz 2 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung	74
Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	78
§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen	78
Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	79

§ 14 – Grundsatz.....	79
Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch).....	80
§ 16 Absatz 2 Nr. 1 – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie.....	80
§ 45 Absatz 2 – Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung.....	81
Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	82
§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation.....	82
§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	84
§ 18a Absatz 1 Satz 1 – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung; Berichtspflichten.....	85
§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.....	86
§ 113a – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	87
Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	88
§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation.....	88
Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes).....	89
§ 34 – Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes.....	89
Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung).....	90
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.....	90
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	91
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	91
§ 20 Absatz 7 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	91
§ 24f Satz 2 (neu) – Entbindung.....	92
§ 62 – Belastungsgrenze.....	95

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die grundsätzlichen Zielsetzungen des Gesetzentwurfes. 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 einer Gesellschaft des langen Lebens macht die Stärkung vorbeugender, auf die Verminderung von Risiken und auf die Stärkung gesunderhaltender Rahmenbedingungen 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.

Die GKV ist seit Jahren ein verlässlicher Erbringer und Finanzier hochwertiger präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen, vom Impfen über die Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben, die primäre Verhaltensprävention, die Früherkennung von Krankheiten, die medizinische Vorsorge bis hin zu den tertiärpräventiven Patientenschulungen für chronisch Kranke. Zusammen wenden die Krankenkassen für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen ca. fünf Milliarden Euro jährlich auf.

Prävention und Gesundheitsförderung gehen jedoch weit über das Spektrum der von der GKV finanzierten Leistungen hinaus, sie bilden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der zahlreiche Akteure – die gesetzlichen Sozialversicherungen, die Arbeitgeber, die private Kranken- und Pflegeversicherung und insbesondere die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen – beteiligt bzw. zu beteiligen sind. Die Notwendigkeit eines zielorientierten und koordinierten Zusammenwirkens zeigt sich besonders intensiv bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Lebenswelten wie Kommunen, Schulen, Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen und Betriebe besitzen große und vielfach noch unausgeschöpfte Potenziale für eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung im Sinne der Verhältnisprävention. Gleichzeitig können hier Personen auch mit verhaltenspräventiven Maßnahmen erreicht werden, die von sich aus Angebote mit einer „Komm-Struktur“ nicht oder nur selten nutzen würden. Die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung kann aber nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn die o. g. Akteure zu verbindlichen Aufgaben inhaltlich und finanziell verpflichtet werden.

Die GKV unterstützt den Grundgedanken des Gesetzentwurfes, das Zusammenwirken aller für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – einschließlich Betrieben – zuständigen Träger durch die Verständigung auf gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsmaßstäbe sowie Kooperationsregeln zu stärken, Transparenz über die erbrachten Leistungen zu schaffen und

die Versorgung durch Erprobungen neuartiger Ansätze zu verbessern. Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie unter Berücksichtigung landesspezifischer Bedarfslagen sowie zu den Modellvorhaben für die Erprobung neuer Ansätze bilden eine mögliche Struktur zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Sie besitzen das Potenzial für eine deutliche Steigerung von Zielorientierung, Kooperation, Qualität, Transparenz und Breitenwirkung der lebensweltbezogenen – einschließlich betrieblichen – Prävention und Gesundheitsförderung. Begrüßt wird, dass mit den vorgesehenen Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen die Einheit von Steuerungs- und Finanzverantwortung gewahrt bleibt und keine Mischfinanzierung und -verwaltung stattfindet. Allerdings besteht für die Erarbeitung der trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen sowie die Abstimmungen mit den gesetzlich vorgesehenen Partnern ein größerer Zeitbedarf als der Gesetzentwurf derzeit vorsieht. Zudem kann rein logisch nicht erst eine Vereinbarung mit der BZgA bis zum 30.10.2015 geschlossen werden, die die Regelungen der Landesrahmenvereinbarungen beinhalten soll, diese Landesrahmenvereinbarungen aber die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen haben, die bis zum 31.12.2015 in der Nationalen Präventionskonferenz entwickelt werden sollen.

Der GKV-Spitzenverband bedauert, dass in einzelnen Paragraphen Regelungen enthalten sind, die entweder fachlich nicht gerechtfertigt sind, die Selbstverwaltungskompetenzen der Krankenkassen unnötig einschränken oder eine Schieflage bei der Verteilung der finanziellen Lasten erzeugen.

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf werden nur die GKV als bereits jetzt größter Ausgabenträger und die soziale Pflegeversicherung zu Mehrleistungen für Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet. Die ausschließliche Konzentration auf GKV und soziale Pflegeversicherung wird dem gesamtgesellschaftlichen Charakter von Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerecht. Derzeit besteht darüber hinaus eine erhebliche Ungleichbehandlung von GKV und PKV, da die gesetzlich Versicherten und ihre Arbeitgeber die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen auch für die privat Versicherten finanzieren. Solange die lediglich freiwillige Beteiligungsmöglichkeit der privaten Krankenversicherung an lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und damit an der Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz bestehen bleibt, wird sich an der beschriebenen Ungleichbehandlung nichts ändern. Daher sollten weitergehende Möglichkeiten eruiert werden – gesetzlich oder über eine Selbstverpflichtung wie etwa im Bereich der Lebendorganspende –, die PKV einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend den auch für die GKV geltenden Grundsätzen an der Gestaltung und Fi-

nanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten einschließlich Betrieben zu beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, insbesondere für kleine und mittlere Betriebe Information und Zugangsmöglichkeiten zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Für die Stärkung einer kassenübergreifenden Information von Betrieben über die Angebotspalette der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die vorgesehene Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen sinnvoll. Allerdings sind für die Verbesserung von Transparenz und Koordination der Träger in der betrieblichen Gesundheitsförderung keine neuen Strukturen, wie die geplanten Koordinierungsstellen, erforderlich. Zur Lösung dieser Aufgaben sollten vielmehr geeignete Strukturen, wie z. B. die bereits existierenden Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in den Bundesländern, genutzt werden.

Begrüßt wird auch eine systematische Vorgehensweise bei der Zieldefinition unter Einbeziehung relevanter bestehender Präventionsziele. Die vorgesehene gesetzliche Verpflichtung der GKV zur Berücksichtigung der in „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Ziele in den Kriterien und Handlungsfeldern ist jedoch in der vorgesehenen Form inkonsistent und überflüssig. Diese Ziele sind nur teilweise auf Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet. Ferner würde die explizite Nennung aller einzelnen Ziele im Gesetzestext bei Vereinbarung eines neuen Gesundheitsziels jeweils eine Gesetzesänderung erfordern. Dies hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf vom 06.02.2015 angemerkt. Sachgerecht wäre es dagegen, wenn die GKV im Rahmen ihrer Kriterien und Handlungsfelder (Leitfaden Prävention) auf epidemiologisch und gesundheitswissenschaftlicher Basis Ziele definiert und dabei die im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie erarbeiteten Ziele sowie die Ergebnisse von Ziele-Initiativen von nationaler Bedeutung wie z. B. „gesundheitsziele.de“ berücksichtigt.

Die verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Durchführung von kassenübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten wird strikt abgelehnt. 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 betreffenden Menschen hin. Durch die Regelungen zur Nationalen Präventionsstrategie und -konferenz, zu den trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen und zur Finanzierung der entsprechenden Leistungen im Bereich der GKV wird die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung umfassend gestärkt. Daher bedarf es keiner konkurrierender Strukturen auf der Bundesebene, die weder den Bedarf noch die Strukturen vor Ort kennen. Die BZgA hat als nachgeordnete Bundesbehörde im Ge-

schäftsbereich des BMG den Auftrag, die Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und die Möglichkeiten ihrer Verhütung zu informieren. Hierfür wird sie vom Bund finanziert. Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, mag dies ein sinnvolles Ziel sein. Die hierfür notwendigen Mittel sind dann aber auch vom Bund zu finanzieren. Die vorgesehene Regelung unterstützt entgegen dem Wortlaut des Gesetzes und entgegen der Begründung nicht die Krankenkassen bei der Umsetzung von Maßnahmen, sondern entzieht sie ihnen. Sie produziert unnötige Bürokratie mit langen Unterbeauftragungsketten – vom GKV-Spitzenverband an die BZgA und von dort weiter an Unterauftragnehmer –, ist intransparent und erschwert die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes. Außerdem stellt sich die Frage, ob durch die vorgesehene Zwangsbeauftragung der BZgA nicht das Vergaberecht umgangen wird, da Aufträge für Leistungen, die die Krankenkassen nicht selbst erbringen, bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen grundsätzlich auszuschreiben wären. Damit ist die vorgesehene Beauftragung der BZgA weder fachlich geboten noch ordnungspolitisch nachvollziehbar; sie verletzt auch das Selbstverwaltungsprinzip. Für die Stärkung eines kassenübergreifenden Vorgehens bei der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung bedarf es keiner Beauftragung der BZgA. Mit einem entsprechenden gesetzlichen Auftrag, der in dieser Stellungnahme unterbreitet wird, kann die GKV dies in Eigenverantwortung regeln.

Auch die gesetzliche Übertragung der Geschäftsführungsfunktion der Nationalen Präventionskonferenz auf die BZgA wird abgelehnt. Sie bedeutet eine Verletzung des Selbstverwaltungsprinzips der Sozialversicherung. Die stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz übernehmen die Gewähr für eine zuverlässige und effiziente Geschäftsführung, ohne dass es hierzu einer gesetzlichen Festlegung auf eine bestimmte Institution bedürfte. Stattdessen sollte die Nationale Präventionskonferenz gesetzlich im Kontext der Verabschiedung einer Geschäftsordnung auch mit der Bildung einer Geschäftsstelle beauftragt werden.

Die präventionsbezogene Beratung von Versicherten ist bereits heute Bestandteil von ärztlichen Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen. Die im Referentenentwurf enthaltene Klarstellung ist jedoch zu begrüßen, um die Bedeutung der individuellen Verhaltensprävention zu unterstreichen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings sollte in der Präventionsempfehlung nur auf qualitätsgesicherte und zertifizierte Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 SGB V (neu) hingewiesen werden. Da der Nutzen der jetzigen Gesundheitsuntersuchung von Experten durchaus kritisch diskutiert wird, spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung aus. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung der alten und neuen Inhalte der Gesundheitsuntersuchung. Entsprechend einer Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begut-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 8 von 96

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten nur Verfahren zur Anwendung kommen,
deren medizinischer und bevölkerungsbezogener Nutzen nachgewiesen ist.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 Satz 2 (neu) – Solidarität und Eigenverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung erweitert die Kernaufgaben der Krankenversicherung um die Förderung gesundheitlicher Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.

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

§ 2b (neu) – Geschlechtsspezifische Besonderheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist.

B) Stellungnahme

Nach § 2 Absatz 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§ 12 Absatz 1 SGB V). Krankenkassen und Leistungserbringer haben gemeinsam eine bedarfsgerechte, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 70 Absatz 1 SGB V). Insbesondere im Rahmen dieser Leistungsgrundsätze des SGB V ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 11 Absatz 1 Nummer 3 – Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 wird die Übersicht der Leistungsarten entsprechend den Änderungen in §§ 25 und 26 SGB V angepasst. Versicherte haben künftig Anspruch auf Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 14 und 15 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung vorzusehen. Damit wird die bisherige Soll-Leistung in eine Pflichtleistung überführt. Erstmals werden Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) und zur Gesundheitsförderung differenziert. Die bisherigen Zielstellungen der Primärprävention – Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen – werden beibehalten und um den Aspekt der Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheiten ergänzt. Grundlage der Leistungen sind die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Absatz 2 (neu).

B) Stellungnahme

Die begriffliche Differenzierung in Primärprävention und Gesundheitsförderung ist sachgerecht. Alle Krankenkassen sehen in ihren Satzungen entsprechende Leistungen für ihre Versicherten vor. Die Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung als eine „verpflichtende Satzungsleistung“ entspricht damit der von den Krankenkassen seit Jahren gelebten Praxis. Indem die Leistungen so ausgestaltet werden, dass sie sowohl zur Minimierung von Krankheitsrisiken als auch zur Ressourcenstärkung beitragen, können sie ihre Effektivität steigern. Gesundheitsförderung umfasst neben der Entwicklung persönlicher Kompetenzen auch die Stärkung sozialer Gesundheitsressourcen, wie z. B. eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen und die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen.

Der mit Primärpräventions- und Gesundheitsförderung auch zu erbringende Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist insbesondere dann zu leisten, wenn Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen verankert werden. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben. Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte; auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum haben einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen. Je-

doch gehören Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, nicht zu den vordringlichen Zielgruppen für präventive und gesundheitsförderliche Leistungen, da mit diesen Leistungen einer Entstehung gesundheitlicher Einschränkungen vorgebeugt werden soll. Für diesen Personenkreis eignen sich primär therapeutische und/oder rehabilitative Leistungen. Die Bezugnahme auf die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Leitfaden Prävention) als Grundlage der Leistungen ist im Interesse der Qualitätssicherung sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 2 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen festzulegen. Der dabei einzubeziehende unabhängige Sachverstand wird konkret benannt: Insbesondere soll gesundheitswissenschaftlicher, ärztlicher, arbeitsmedizinischer, pflegerischer, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Sachverstand sowie der Sachverstand von Menschen mit Behinderung einbezogen werden.

Die Handlungsfelder und Kriterien sollen neben Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt und Methodik künftig auch Qualität, intersektorale Zusammenarbeit, wissenschaftliche Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele definieren. Der GKV-Spitzenverband soll außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen festlegen, um eine einheitliche Qualität der Leistungen sicherzustellen. Die Handlungsfelder, die Anforderungen und das Verfahren für die Zertifizierung sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen sind auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes zu veröffentlichen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband hierzu und für den gemäß § 20d Absatz 2 Nummer 2 (neu) zu erstellenden Präventionsbericht die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ihm die erforderlichen, nicht versichertenbezogenen Daten zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der gesetzliche Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen zu definieren sowie die dabei verpflichtende Einbindung unabhängigen Sachverstandes entsprechen der bisher bestehenden Gesetzeslage und der seit Jahren bewährten Praxis (Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung). Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Beratenden Kommission immer anlass- und themenbezogen den Sachverstand unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, z. B. Sport-, Ernährungs-, Gesundheitswissenschaft oder Psychologie, einbezogen. Die vorgesehene Konkretisierung entspricht damit der bereits in der Vergangenheit geübten Praxis. Auf die Benennung von wissenschaftlichen Disziplinen im Gesetz sollte allerdings verzichtet werden; wie bisher sollten spezifische

Wissenschaftsdisziplinen themen- bzw. anlassbezogen in die Beratung einbezogen werden. Auch der Sachverstand von Menschen mit Behinderung sollte anlassbezogen eingebunden werden, um deren Erfahrungswissen aus eigener Betroffenheit für spezifische Fragestellungen nutzen zu können. Hierauf könnte z. B. in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden. Im Übrigen werden Fachverbände im geplanten Präventionsforum nach § 20e Absatz 2 beratend von der nationalen Präventionskonferenz einbezogen; die hier zu entwickelnde Präventionsstrategie wird in den Handlungsfeldern und Kriterien berücksichtigt.

Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Definition von weiteren Kriterien für die Leistungserbringung – Qualität, intersektorale Zusammenarbeit, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung – erscheint sinnvoll; hierzu gibt der Leitfaden Prävention bereits Empfehlungen, die als Basis für die Festlegungen dienen können.

Der Auftrag zur Festlegung von Anforderungen und Verfahren für eine einheitliche Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen zur Stärkung der Qualität der primärpräventiven Leistungen operationalisiert die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien. Bei dieser Aufgabe kann der GKV-Spitzenverband an die bereits bestehenden Strukturen und Erfahrungen mit einer kassenübergreifenden Angebots- und Anbieterprüfung im Rahmen der Zentralen Prüfstelle Prävention anknüpfen. Es sollte klargestellt werden, dass sich die Zertifizierung – wie in der Gesetzesbegründung dargelegt – auf Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention bezieht.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Handlungsfelder und Kriterien spiegelt die bestehende Praxis wider; die Handlungsfelder und Kriterien sind u. a. auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes einsehbar. Die zu veröffentlichende Übersicht der Leistungen kann in Anknüpfung an die bereits geleisteten Vorarbeiten zur weiteren Verbesserung der Transparenz auf diesem Feld beitragen.

C) Änderungsvorschlag

In § 20 Absatz 2 Satz 1 (neu) werden hinter dem Wort „unabhängigen“ das Komma und die Wörter „insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen“ sowie die Wörter „sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung“ gestrichen.

In § 20 Absatz 2 Satz 2 (neu) werden hinter dem Wort „Leistungen“ die Wörter „zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet den GKV-Spitzenverband, bei der Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien im Gesetzestext explizit genannte Gesundheitsziele (z. B. Erkrankungsrisiko für Diabetes mellitus Typ 2 senken, Tabakkonsum reduzieren) zu berücksichtigen. Hierbei sollen die Ziele und Teilziele beachtet werden, die in verschiedenen veröffentlichten Bekanntmachungen (BAnz. S. 5304, BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Berücksichtigt werden sollen zudem die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelten Arbeitsschutzziele.

B) Stellungnahme

Die Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte sich an Zielen ausrichten, die nach einer anerkannten Methodik – auf epidemiologischer und gesundheitswissenschaftlicher Basis – und in Abstimmung mit und unter Berücksichtigung von Zieleprozessen und -initiativen von bundesweiter Bedeutung erarbeitet werden. Mit der von der GKV seit 2007 gewählten Vorgehensweise werden Präventionsziele auf der Grundlage der wichtigsten Krankheiten, ihrer Risikofaktoren und grundsätzlichen Prävenierbarkeit sowie der Verfügbarkeit effektiver und effizienter Maßnahmen bestimmt; Gesundheitsförderungsziele werden unter Rückgriff auf wissenschaftliche Erkenntnisse über Gesundheitsfaktoren abgeleitet. Auf dieser Grundlage werden geeignete präventive Leistungen nach Inhalt, Methode und Qualität definiert und im dritten Schritt aus diesem Katalog möglicher Leistungen für einige dieser Leistungen unter Beachtung der gesetzlichen Zuständigkeiten auch anderer Träger Zielvorgaben für einen quantitativen Ausbau und ggf. für eine qualitative Optimierung formuliert. Die in dieser Weise unter Einbindung wissenschaftlichen Sachverständigen erarbeiteten 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). Diese Vorgehensweise sollte beibehalten werden.

Die konkrete Nennung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele und Teilziele im Gesetzestext als zu berücksichtigende Ziele für die Festlegung der Handlungsfelder ist nicht sinnvoll und wird abgelehnt. Diese Ziele und Teilziele be-

treffen nur teilweise die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung und gehen weit über die in diesem Leistungsspektrum relevante Aufgabenstellung der Krankenkassen hinaus, was auch in der Gesetzesbegründung konzediert wird. Ferner hätte die Verabschiedung neuer Gesundheitsziele jeweils Gesetzesänderungen zur Folge, wie auch der Bundesrat kritisch angemerkt hat.

Die Regelung sollte stattdessen den Prozess der Zieledefinition festlegen, nicht aber zu berücksichtigende Ziele benennen. Auf einzubeziehende Zieleinitiativen von bundesweiter Bedeutung, wie gesundheitsziele.de, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), Nationaler Aktionsplan IN FORM, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, kann in der Gesetzesbegründung hingewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 Absatz 3 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 definiert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in einem systematischen Prozess auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis. Dabei berücksichtigt er die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie weitere Zieleinitiativen von bundesweiter Bedeutung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 4 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung differenziert die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung in drei Bereiche: Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

B) Stellungnahme

Die Differenzierung der primärpräventiven Leistungen nach verhaltensbezogener Prävention, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutet eine Klarstellung der Leistungen, so wie sie von den Krankenkassen seit Jahren erbracht werden. Sie entspricht der Gliederung im GKV-Leitfaden Prävention und ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Satz 1 hat die Krankenkasse bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen“ nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 (neu) oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen.

Satz 2 ermöglicht es Krankenkassen – wie bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 Satz 2 – zukünftig, im Rahmen ihrer Satzung Zuschüsse zu den „übrigen Kosten“ (Verpflegung/Unterkunft) für Versicherte im Zuge einer Inanspruchnahme wohnortferner Primärpräventionsmaßnahmen 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

Präventionsempfehlungen durch Vertragsärzte im Rahmen ihrer Leistungen nach § 25 bzw. § 26 sind ein Zugangsweg, der bereits jetzt in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 verankert ist. Sie müssen auch zukünftig im Rahmen der G-BA-Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchungen erfolgen und an die im GKV-Leitfaden definierten Handlungsfelder und Kriterien gebunden bleiben. Dies bedeutet z. B. auch, dass die hier definierten Bestimmungen zur Begrenzung der Inanspruchnahme auf maximal zwei Kurse je Versicherten und Jahr nicht durch ärztliche Präventionsempfehlungen ausgehebelt werden können, da über den ärztlichen Zugangsweg neue Zielgruppen erschlossen werden sollen und nicht eine Dauernutzung durch Wenige erfolgen soll. Präventionsempfehlungen für individuelle Präventionsmaßnahmen kommen ferner nicht für Kinder unter sechs Jahren in Frage; für diese sind lebensweltbezogene Maßnahmen geeignet.

In den Kriterien und Handlungsfeldern gemäß § 20 Absatz 2 (neu) ist zu regeln, wie ärztliche Empfehlungen bei der Leistungsgewährung gemäß § 20 Absatz 5 (neu) zu berücksichtigen sind. Im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Präventionsempfehlung muss sichergestellt werden, dass die vom Arbeitgeber zu finanzierenden Maßnahmen des Arbeitsschutzes einschließlich arbeitsmedizinischer Vorsorge nicht auf die Krankenkassen verlagert werden.

Wohnortferne Kompaktangebote für besondere Zielgruppen, die aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht an mehrwöchigen Maßnahmen am Wohnort teilnehmen können, sind sinnvoll. Eine Bezuschussung von Übernachtungs- und Verpflegungskosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme wohnortferner Präventionsleistungen wird allerdings abgelehnt. Es sind Mitnahmeeffekte zu befürchten. Die GKV hat in der Vergangenheit Kontrollmechanismen eingeführt, um eine Quersubventionierung von Verpflegungs- und Übernachtungskosten bei der Übernahme von Kurskosten auszuschließen.

C) Änderungsvorschläge

§ 20 Absatz 5 Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse kann Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände der Versicherten wohnortfern erbringen.“

Nach § 20 Absatz 5 Satz 2 (neu) wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Näheres zu den Sätzen 1 und 2 wird in den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 geregelt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 6 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Richtwert für die Ausgaben nach § 20 Absatz 1 und den §§ 20a und 20b soll von dem ab 2015 geltenden Ausgabenrichtwert ab 2016 auf 7,00 Euro je Versicherten mehr als verdoppelt werden. Der Gesetzesvorschlag sieht darüber hinaus erstmals ab 2016 Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen in Lebenswelten (2,00 Euro je Versicherten) sowie für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (2,00 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 2013 mit 3,82 Euro je Versichertem rund 27 % über dem Richtwert von 3,01 Euro. 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 gesunde Mittagsverpflegung, unterstützt und nicht durch ungeeignete Angebote konterkariert werden. Ohne Steigerung der von den anderen Verantwortlichen eingebrachten Finanzierungsbeiträge zur Prävention im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise wird das Potenzial der vorgesehenen Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung nicht ausgeschöpft. Insofern wird die an mehreren Stellen in der Gesetzesbegründung und konkret in § 20a Absatz 2 (neu) zum Ausdruck kommende finanzielle Verantwortung weiterer verantwortlicher Akteure begrüßt. Der Gesetzentwurf macht darin die Leistungserbringung zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten vom inhaltlichen und finanziellen Engagement der für die Lebenswelt Verantwortlichen abhängig. Dies sollte konkretisiert werden [s. Änderungsvorschlag zu § 20a Absatz 2 (neu)].

Für eine bedarfsbezogene Verausgabung sämtlicher Mittel nach Absatz 6 (neu) müssen zunächst geeignete Strukturen geschaffen werden. Die Erfahrung zeigt, dass die Vorbereitung qualitativ hochwertiger Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten wegen der großen Zahl zu beteiligender Partner und der erforderlichen Abstimmungen einen beträchtlichen Zeitaufwand erfordert. Daher sollte Gelegenheit gegeben werden, dass die Ausgaben anwachsen können und die gesetzlich vorgeschriebene Höhe von 7,00 Euro erst ab 2017 Gültigkeit entfaltet. Darüber hinaus müssen auch die Ausgaben der Krankenkassen für trägerübergreifende Modellvorhaben im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach § 20g (neu) auf den Richtwert und die Mindestwerte anrechenbar sein.

C) Änderungsvorschläge

§ 20 Absatz 6 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst: „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sowie 20g sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro, im Jahr 2016 einen Betrag von 5 Euro und ab dem Jahr 2017 einen Betrag von 7 Euro umfassen.“

In § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) wird die Zahl „2016“ durch die Zahl „2017“ ersetzt.

s. a. III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 1 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden Lebenswelten definiert als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen haben unbeschadet der Aufgabenzuständigkeit anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 (neu) mit ihren Leistungen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern. Hierzu sind unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen Bedarfe zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. Aufgabe der Krankenkassen ist es auch, die Umsetzung entsprechender Ansätze zu unterstützen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, werden die Krankenkassen verpflichtet, mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammenzuarbeiten.

B) Stellungnahme

Die Definition von Lebenswelten als abgrenzbare soziale Systeme, die für die Gesundheit der Menschen bedeutsam sind, wird geteilt. Die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen zielen immer darauf ab, die Lebenswelt selbst durch Veränderungen von Abläufen und Strukturen gesundheitsförderlich weiter zu entwickeln und damit zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beizutragen.

Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung, in denen Menschen leben, stellen eine Lebenswelt dar, die entsprechend dem im Gesetzestext beschriebenen prozessualen Ablauf gesundheitsförderlich weiterentwickelt werden kann; hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 6 verwiesen.

Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Einrichtungen der Freizeitgestaltung, wie z. B. Sportvereine oder Vereine anderer Art, sind dagegen keine Lebenswelt, die unter Beteiligung der Versicherten gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln ist.

Einrichtungen der medizinischen Versorgung, wie z. B. Krankenhäuser oder Arztpraxen sind keine Lebenswelt, sondern vielmehr selbst Leistungserbringer im Auftrag der Leistungsträger.

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 verhaltensbezogenen 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.

Die Beschreibung des prozessualen Ablaufs der Gesundheitsförderung – von der Erhebung der Risiken und Potenziale, über die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis zur Umsetzungsunterstützung, immer unter Beteiligung der Menschen – entspricht dem von den Krankenkassen gemäß GKV-Leitfaden Prävention praktizierten Vorgehen.

Um die gesundheitlichen Ressourcen von Personen, deren berufliche Eingliederung erschwert ist, durch Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, wird eine Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur und den kommunalen Trägern der Grundsicherung als sinnvoll erachtet und begrüßt. Der GKV-Spitzenverband hat 2012 mit der Bundesagentur für Arbeit eine Vereinbarung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit geschlossen und führt gemeinsam mit seinen Mitgliedern, der BA und den Jobcentern ein Modellprojekt zur engeren Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung an sechs Standorten durch. Bei der im Gesetzentwurf angestrebten Intensivierung der Zusammenarbeit sollte allerdings der Präventionsaspekt im Vordergrund stehen, um gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen vorzubeugen. Daher sollte in der Gesetzesformulierung auf die Vorbeugung von gesundheitlichen Einschränkungen abgestellt werden.

C) Änderungsvorschläge

In § 20a Absatz 1 Satz 1 (neu) wird das Komma nach den Worten „des Lernens“ durch das Wort „sowie“ ersetzt. Die Worte „der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ werden gestrichen.

§ 20a Absatz 1 Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst: „Bei der Erbringung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen, die beruflich wieder eingegliedert werden sollen, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 2 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung knüpft die Erbringung von Leistungen in Lebenswelten durch die Krankenkassen daran, dass seitens der für die Lebenswelt Verantwortlichen eine Bereitschaft besteht, entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auch umzusetzen und sich mit einem angemessenen Eigenanteil zu beteiligen. Der Gesetzentwurf macht damit die Leistungserbringung zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten durch die Krankenkassen vom inhaltlichen und finanziellen Engagement der Lebensweltträger abhängig.

B) Stellungnahme

Die – auch gesundheitsförderliche – Gestaltung der Rahmenbedingungen für Lebenswelten ist Aufgabe der jeweils primär Verantwortlichen, wie z. B. der Länder, Kommunen und Einrichtungsträger. Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in Lebenswelten können insofern immer nur die primär Verantwortlichen bei der Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben unterstützen. Es ist notwendig, dass diese verantwortlichen Träger Finanzierungsbeiträge zur Gesundheitsförderung im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Vorgehensweise leisten, um das Potenzial der vorgesehenen Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung optimal zu nutzen. Die in § 20a Absatz 2 (neu) und an mehreren Stellen in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommende finanzielle Verantwortung weiterer verantwortlicher Akteure ist sachgerecht. Sie bildet aus Sicht der GKV den Prüfstein für die Ernsthaftigkeit des Bemühens um die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als *gesamtgesellschaftlicher* Aufgabe. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Bundesregierung an der verpflichtenden Kofinanzierung der Maßnahmekosten durch die für die Lebenswelt Verantwortlichen entgegen dem Votum des Bundesrats festzuhalten gedenkt. In der Gesetzesbegründung sollte darauf hingewiesen werden, dass die Eigenleistungen in Form von finanziellen oder personellen Ressourcen der für die Lebenswelt Verantwortlichen notwendig sind, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 3 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet den GKV-Spitzenverband, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ab dem Jahr 2016 mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für GKV-Versicherte zu beauftragen. Durch diesen Auftrag soll die BZgA die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen kassenübergreifenden Leistungserbringung unterstützen. Dabei hat die BZgA die Festlegungen der Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 Satz 1 (neu) und die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f (neu) zugrunde zu legen. Im Rahmen des Auftrags soll die BZgA geeignete Kooperationspartner heranziehen. Sie hat sicherzustellen, dass die Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags des GKV-Spitzenverbandes verwendet wird.

B) Stellungnahme

Die Norm ist im Zusammenhang mit der in Artikel 2 Nr. 2 enthaltenen Änderung zu § 20a Absatz 3 Satz 4 und 5 (neu) geregelten pauschalen Vergütung und der in Art. 1 zu § 20a Absatz 4 Satz 2 (neu) geregelten Leistungserbringung auch ohne abgeschlossene Vereinbarung zu bewerten.

Der GKV-Spitzenverband lehnt eine Zwangsbeauftragung der BZgA sowohl aus fachlichen wie ordnungspolitischen Gründen ab.

Die Implementierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten gehört nicht zu den Kernkompetenzen der BZgA: Die BZgA nimmt als nachgeordnete Bundesbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit die gesundheitliche Aufklärung als staatliche Aufgabe im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse wahr und wird vornehmlich steuerfinanziert. Die Kernkompetenz der BZgA besteht in gesundheitlichen Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung, in der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien zur praktischen Gesundheitserziehung einschließlich der Qualitätssicherung sowie in der Aus- und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen. Gesundheitsförderung in Lebenswelten erfordert hingegen eine personalintensive prozessuale Begleitung der verantwortlichen Akteure vor Ort. Diese Kompetenzen liegen nicht bei der BZgA, sondern bei den Krankenkassen, die seit vielen Jahren in diesem Bereich theoretisches und praktisches Know-how aufgebaut haben. Krankenkassen arbeiten dort, wo die erforderli-

chen Rahmenbedingungen vorhanden bzw. durch die Landesrahmenvereinbarungen auch neu geschaffen werden, mit den verantwortlichen Partnern der Lebenswelten in der Region zusammen. Die Vorschrift zur Heranziehung geeigneter Kooperationspartner bei der Auftragsbefreiung zeigt bereits, dass die Implementierung lebensweltbezogener Maßnahmen nicht zu den Kernkompetenzen der BZgA zählt.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung benötigt Regionalität statt Zentralismus: Die BZgA kann weder auf den aktuellen regionalen Bedarf reagieren, noch hat sie Durchgriffsrechte auf die regional verantwortlichen Akteure. Zudem wäre eine Weitervergabe von Mitteln an regionale Unterauftragnehmer mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden, insbesondere auch hinsichtlich der Prüfung der Mittelverwendung. Vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird die mit § 20a Absatz 3 (neu) intendierte kassenübergreifende Leistungserbringung in den Regionen umfassend direkt ermöglicht. Diese Aufgaben können in Eigenverantwortung innerhalb der Selbstverwaltung durch die Träger der GKV erfolgreich umgesetzt werden.

Die BZgA-Beauftragung würde zu unsinnigen Parallelstrukturen in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung führen: Für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sind gemäß dem Gesetzentwurf zu §§ 20d und 20f (neu) künftig bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie Landesrahmenvereinbarungen maßgeblich, an deren Fortschreibung alle relevanten und zuständigen Partner auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen sind. Über die Bundesrahmenempfehlungen sowie die Landesrahmenvereinbarungen kann auch ein stärker kassenübergreifendes Vorgehen bei der lebensweltbezogenen Prävention sichergestellt werden. Zudem wird auch durch die vorgesehene Quotierung der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten der Anteil der settingbezogenen Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben deutlich gesteigert [§ 20 Absatz 6 (neu)]. Mit der Beauftragung der BZgA als zentralem Akteur würden auf diesem Feld Parallelstrukturen aufgebaut, die weder inhaltlich noch ökonomisch sinnvoll sind.

Die BZgA-Beauftragung bedeutet den Einstieg in eine institutionelle Förderung einer Bundesbehörde durch GKV-Beitragsgelder: Die vorgesehene pauschale Vergütung (s. hierzu Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 [§ 20 a Absatz 3 Satz 3 (neu)]) sowie die Erlaubnis für die BZgA, bereits ohne eine abgeschlossene Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband tätig werden zu können (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 20a Absatz 4 Satz 2 (neu)), machen deutlich, dass mit der BZgA-Beauftragung eine versteckte institutionelle Förderung aus GKV-Beitragsmitteln intendiert ist.

Die BZgA-Beauftragung ist im Hinblick auf das Subventions- und Vergaberecht fragwürdig: Sollte der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit

ermöglichen, stellt sich die Frage, ob hierdurch das Subventions- und Vergaberecht umgangen wird. Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht alleine erbringen kann oder darf, sind grundsätzlich bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen auszuschreiben.

Ungeachtet dieser grundlegenden Einwände gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Konstruktion ist die BZgA eine auf dem Gebiet von Prävention und Gesundheitsförderung kompetente Institution, deren Leistungen für die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen nutzbar gemacht werden können. Die Kompetenzen der BZgA für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung liegen in der datengestützten Ableitung von Präventionsbedarfen, der Entwicklung von Medien und Materialien zur Prävention und Gesundheitsförderung, der Vernetzung von Akteuren auf den verschiedenen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Qualitätssicherung und Evaluation von Leistungen.

Sofern an der Einbeziehung der BZgA festgehalten wird, sollte der GKV-Spitzenverband ermächtigt werden, die BZgA für ausgewählte der oben genannten Aufgaben zu beauftragen, um hierdurch die besonderen Kompetenzen der BZgA für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten nutzbar zu machen (s. hierzu auch Stellungnahme des Bundesrates zum Präventionsgesetzentwurf vom 06.02.2015). Keinesfalls dürfen jedoch mit den Beitragsmitteln der Sozialversicherung öffentliche Aufgaben, wie bevölkerungsweite Präventionskampagnen, finanziert werden. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, diese Überlegungen bei der Überprüfung der Eingrenzung der Aufgaben der BZgA – wie in der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates angekündigt – zu berücksichtigen.

Der GKV-Spitzenverband kann für die vom Gesetzgeber gewünschte kassenübergreifende Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten notwendige Regelungen in seinem Leitfaden nach § 20 Absatz 2 treffen.

In Bezug auf die Finanzierung der von der BZgA zu erbringenden Leistungen wird auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 20a Absatz 3 (neu) in der vorgelegten Form.

Falls an der Regelung festgehalten wird, sollte § 20a Absatz 3 (neu) wie folgt gefasst werden:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Aufgaben in den Feldern in denen sie besondere Kompetenzen hat – wie der datengestützten Ableitung von Präventionsbedarfen für unterschiedliche Zielgruppen, der Entwicklung von Medien und Materialien zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, der Unterstützung der Vernetzung von Akteuren in Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätssicherung und Evaluation – beauftragen. Die Kosten der Beauftragung werden durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen erbracht. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen; bei den Kosten für die Beauftragung handelt es sich um Aufwendungen nach Satz 1. Das Nähere zur Beauftragung kann in einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geregelt werden.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Regelungen im Rahmen der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2, nach denen jährlich ein Viertel des Betrages, der nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden ist, für eine einheitliche, kassenübergreifende Leistungserbringung auf Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f verausgabt wird. Die Mittel sind zur Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen einzusetzen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 4 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erstmals bis zum 30. Oktober 2015 sollen die BZgA und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Erbringung und Vergütung von Leistungen nach § 20a Absatz 3 (neu) treffen, in der das Nähere, insbesondere zu Inhalt, Umfang, Qualität und Prüfung der Wirtschaftlichkeit geregelt wird. Bei Nichtzustandekommen dieser Vereinbarung zu dem genannten Termin soll die BZgA auf der Basis des zu diesem Zeitpunkt erreichten Verhandlungsstandes und unter Berücksichtigung der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes die Leistungen dennoch erbringen. Zugleich sollen die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f (neu) sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 beachtet werden. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Satzung die Aufbringung der Mittel zu regeln. Ausführungs- und Auskunftspflichten des Auftragnehmers (BZgA) und Kontrollbefugnisse des Auftraggebers (GKV-Spitzenverband) werden in Satz 4 (neu) mit Verweis auf § 89 Absatz 3 – 5 SGB X geregelt.

B) Stellungnahme

Die verpflichtende Beauftragung der BZgA für die Implementierung krankenkassenübergreifender Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung wird abgelehnt, sodass eine Vereinbarung zur Regelung des Auftragsverhältnisses nicht erforderlich ist (s. Stellungnahme zu § 20a Absatz 3 (neu)); sofern dem Vorschlag der Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes gefolgt wird, die BZgA mit ausgewählten Aufgaben zu beauftragen, enthält der Änderungsvorschlag auch Regelungen zur Ausgestaltung des Auftragsverhältnisses).

C) Änderungsvorschlag

§ 20a Absatz 4 (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 20b Absatz 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Betriebsärzte sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollen in den Kreis der an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligenden Akteure aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Gegen die explizite Erwähnung der Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit als an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligende Akteure bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabenstellung der Krankenkassen soll dahingehend konkretisiert werden, dass sie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nicht nur über gewonnene Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen unterrichten, sondern auch auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ausgerichtete Maßnahmen in Abstimmung mit den Trägern der Unfallversicherung erbringen.

B) Stellungnahme

Die mit der Regelung laut Gesetzesbegründung verfolgte Absicht, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besser mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu verzahnen, wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen. Durch die Gesetzesformulierung werden die Krankenkassen jedoch verpflichtet, ihre Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren auszurichten. Um eine Übernahme von Aufgaben der Arbeitgeber oder der gesetzlichen Unfallversicherung durch Krankenkassen auszuschließen, wird statt der Ausrichtung betrieblicher Gesundheitsförderungsleistungen auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine Abstimmung mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung über den Arbeitgeber vorgeschlagen.

Gegenüber der vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 06.02.2015 angeregten – und von der Bundesregierung befürworteten – Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden in den Kreis der Kooperationspartner bei der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen keine Einwände.

C) Änderungsvorschlag

§ 20c Absatz 1 Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst: „Insbesondere unterrichten sie diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen trägerübergreifend eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie entwickeln, um Gesundheitsförderung und Prävention wirksam und zielgerichtet zu entwickeln. Die Krankenkassen haben zudem die Umsetzung dieser Strategie sowie deren Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e – neu) zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie ist vor dem Hintergrund pluralistischer Trägerstrukturen und verteilter Zuständigkeiten bei begrenzten Ressourcen sinnvoll. Die beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen Synergieeffekte zu erzielen.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte klargestellt werden, dass für die Krankenkassen die Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 (neu) den Handlungsrahmen für ihre Leistungserbringung in der Nationalen Präventionsstrategie bilden.

Zudem sollte im Gesetzestext – in Anlehnung an die Begründung – präzisiert werden, dass auch alle weiteren Träger ihre Aufgaben in der Nationalen Präventionsstrategie im Rahmen ihrer jeweiligen eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung wahrnehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 20d Absatz 1 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen entwickeln auf Grundlage ihrer Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2 im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e. Die Umsetzung erfolgt durch die Träger im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 2 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verweist zusammenfassend auf die beiden Hauptaufgaben der Nationalen Präventionsstrategie:

1. Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Absatz 3 (neu) sowie
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach § 20d Absatz 4 (neu).

B) Stellungnahme

Es handelt sich lediglich um eine Einweisungsvorschrift zu den nachfolgenden Regelungen in § 20d Absatz 3 und 4 (neu).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 3 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie sollen bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vereinbart werden, die sich auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben sowie die Zusammenarbeit zuständiger Träger und Stellen richten. Hierzu sollen insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder, Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festgelegt werden. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele in den Bundesrahmenempfehlungen sind auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen zu berücksichtigen. Die Rahmenempfehlungen sind im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern zu vereinbaren, erstmals zum 31.12.2015¹. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Der Abschluss bundesweit einheitlicher trägerübergreifender Rahmenempfehlungen, die auch richtungsweisend für die auf Landesebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sind, wird als sinnvoll erachtet. Die bundesweit einheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen sind ein wichtiger Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie, die im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu beraten und weiterzuentwickeln sind.

Die im Gesetz vorgesehene Frist zur erstmaligen Verabschiedung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ist angesichts der Komplexität der Aufgaben sowie der einzubeziehenden Akteure aus Sozialversicherung, Bund, Ländern, Kommunen, Sozialpartner sowie in beratender Funktion zahlreicher freigemeinnütziger Organisationen zu knapp bemessen. Die

¹ Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme 06.02.2015 geforderte Einvernehmensregelung (statt Benehmensregelung) mit den an der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligenden Institutionen wird abgelehnt. Bei der hohen Zahl zu beteiligender Organisationen sowie unterschiedlichen föderalen Ebenen sind Entscheidungsblockaden zu erwarten. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, der Empfehlung des Bundesrates in diesem Punkt nicht zu folgen.

Erfüllung dieser Aufgabe mit der notwendigen Qualität einschließlich aller erforderlichen Abstimmungen bis zum Jahresende 2015 ist unrealistisch. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes sollte ein realistischer Zeitpunkt für die erstmalige Vereinbarung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen festgelegt werden. Der Zeitraum für die erstmalige Verabschiedung von Bundesrahmenempfehlungen sollte mindestens ein Jahr betragen.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden die Wörter „zum 31. Dezember 2015“ ersetzt durch die Wörter „zum 31. Juli 2016“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20d Absatz 4 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Präventionsstrategie soll auch die Erstellung eines Präventionsberichts umfassen, der alle vier Jahre von der Nationalen Präventionskonferenz zu erarbeiten und dem BMG zu übermitteln ist. Der Bericht enthält Angaben über die Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungen und Maßnahmen, insbesondere über Ausgaben der Träger der Präventionsstrategie, die genutzten Zugangswege, die erreichten Zielgruppen etc. Das BMG leitet diesen Bericht mit einer Stellungnahme der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes weiter. Das Robert-Koch-Institut wird verpflichtet, für den Präventionsbericht relevante Daten aus seinem Gesundheitsmonitoring zuzuliefern. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung beisteuern.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Erstellung eines trägerübergreifenden Präventionsberichts wird als zielführend angesehen. Eine Datenzulieferung durch das Robert-Koch-Institut und aus der regionalen Gesundheitsberichterstattung ist sinnvoll. Die GKV schafft bereits seit dem Jahr 2001 mit ihrem Präventionsbericht Transparenz über das Leistungsgeschehen in Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung auch unter qualitativen Gesichtspunkten. Der nunmehr vorgesehene trägerübergreifende Präventionsbericht legt auch die über die von den übrigen Trägern geleisteten Beiträge offen und ermöglicht einen kontinuierlichen Lern- und Verbesserungsprozess. Es muss auch der Beitrag der Verantwortlichen in den Lebenswelten in den Berichten dargestellt werden, um ein vollständiges Bild über die Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e Absatz 1 (neu) – Nationale Präventionskonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm legt fest, dass die Nationale Präventionskonferenz die nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben hat. Die Umsetzung der Präventionsstrategie erfolgt durch die Leistungsträger nach § 20d Absatz 2, die hierbei eng zusammenzuwirken haben. Zudem wird geregelt, welche weiteren Institutionen neben der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d SGB V bei der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen sind. Der Verband der privaten Krankenversicherung erhält im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung einen, Bund und Länder jeweils vier Sitze. Darüber hinaus sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit je einem Vertreter/einer Vertreterin beratend zu beteiligen.

Die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren der Nationalen Präventionskonferenz sind in einer einstimmig zu verabschiedenden Geschäftsordnung festzulegen. Die Geschäftsführung soll bei der BZgA liegen. Mit dem Verweis auf die Geltung von § 94 Absatz 2–4 des Zehnten Buches erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Aufsicht über die Nationale Präventionskonferenz.

B) Stellungnahme

Mit der Nationalen Präventionskonferenz wird eine Plattform wichtiger Träger und Verantwortlicher in diesem Bereich etabliert. Die Nationale Präventionskonferenz kann die Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen der verschiedenen Träger fördern und Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention geben, insbesondere auch hinsichtlich der Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Der Einbezug der Bundesagentur sowie der Spitzenorganisationen der Kommunen und der Sozialpartner mit beratender Stimme wird als sinnvoll angesehen. Dabei wird erwartet, dass die Mitberatungsberechtigten auch Engagement bezüglich ihres eigenen jeweiligen Präventionsauftrags zeigen.

Es wird begrüßt, dass die Geschäftsordnung einstimmig angenommen werden muss, da hierdurch die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz auf eine breit konsentrierte Basis gestellt wird. Die Geschäftsordnung hat auch zu regeln, dass Beschlüsse, die die Leis-

tungs- und Finanzverantwortung einer oder mehrerer der in der Präventionskonferenz vertretenen Institutionen maßgeblich berühren, nur mit Zustimmung dieser Institution(en) getroffen werden können.

Eine gesetzliche Festlegung der Geschäftsführung durch die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG wird abgelehnt. Sie bedeutet eine Verletzung des Selbstverwaltungsprinzips der Sozialversicherung. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz können die Geschäftsführung in eigener Verantwortung zuverlässig und effizient regeln.

C) Änderungsvorschläge

In § 20e Absatz 1 Satz 8, 2. Halbsatz (neu) werden nach den Worten „Beschlussverfahren festgelegt“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte eingefügt: „wobei sicherzustellen ist, dass Beschlüsse, die die Leistungs- und Finanzverantwortung einer oder mehrerer der in der Präventionskonferenz vertretenen Institutionen maßgeblich berühren, nur mit Zustimmung dieser Institution(en) getroffen werden können.“

§ 20e Absatz 1 Satz 9 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Die Nationale Präventionskonferenz bildet eine Geschäftsstelle für die Organisation des laufenden Betriebs.“

§ 20e Absatz 1 Satz 10 (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e Absatz 2 (neu) – Nationale Präventionskonferenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass die Nationale Präventionskonferenz durch ein in der Regel einmal jährlich stattfindendes Präventionsforum beraten wird.

Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbänden zusammen; zudem sind dort die in Absatz 1 genannten stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz vertreten.

Mit der Durchführung des Präventionsforums soll die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. durch die Nationale Präventionskonferenz beauftragt werden. Die Bundesvereinigung erhält von der Nationalen Präventionskonferenz eine Erstattung der für die Durchführung des Präventionsforums notwendigen Aufwendungen. Einzelheiten der Durchführung und Finanzierung des Forums sind in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Beteiligung der in Prävention und Gesundheitsförderung tätigen nichtstaatlichen Organisationen an der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie ist sinnvoll. Ein Präventionsforum kann eine geeignete Plattform sein, um den Dialog mit wichtigen Akteuren zur Weiterentwicklung der deutschen Präventionsstrategie zu führen. Es ist davon auszugehen, dass die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. sowie die in ihr mitwirkenden Organisationen und Verbände wichtige Vorschläge und Anregungen in die Präventionsstrategie einbringen können und werden. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. sollte deshalb als maßgebliche Organisation mit ihrer besonderen Fachexpertise in das Präventionsforum einbezogen werden. Jedoch sollten die Träger der nationalen Präventionskonferenz selbst mit der Organisation des Präventionsforums im Rahmen ihrer Geschäftsordnung betraut werden. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird vorgeschlagen, dass die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz auch die Durchführung des Präventionsforums organisiert.

C) Änderungsvorschlag

§ 20e Absatz 2 Satz 3 (neu) wird gestrichen.

§ 20e Absatz 2 Satz 4 (neu) wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

„Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20f Absatz 1 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auch für die Pflegekassen auf Landesebene mit den in den Ländern zuständigen Stellen sowie den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie abschließen. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c (neu) haben dabei die für die jeweiligen Träger maßgeblichen Leistungsgesetze zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Der Abschluss gemeinsamer Landesrahmenvereinbarungen unter Beachtung der jeweils geltenden leistungsrechtlichen Zuständigkeiten wird als sinnvoll erachtet. Dieser Ansatz kann seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen im Sinne des § 20a Absatz 2 (neu) eine angemessene Eigenleistung erbringen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20f Absatz 2 (neu) – Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Norm werden die Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen näher bestimmt. U. a. sollen Festlegungen zu den gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Zielen und Handlungsfeldern unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse, die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen sowie Möglichkeiten zur gegenseitigen Beauftragung und weiteren Zusammenarbeit mit Dritten festgelegt werden.

An der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt, die den Landesrahmenvereinbarungen auch beitreten können². Bei der Bildung von Arbeitsgemeinschaften sollen die Regelungen des § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X keine Anwendung finden.

B) Stellungnahme

Die festgelegten Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen werden als sinnvoll erachtet, da sie geeignet sind, gemäß Begründung eine an den gemeinsamen Zielen orientierte Zusammenarbeit bei Beibehaltung der eigenen Zuständigkeiten und Leistungspflichten zu fördern. Es sollte klargestellt werden, dass die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung erfolgt. Sofern zur Umsetzung kassenübergreifender Maßnahmen Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, ist die Nichtanwendung von § 94 Absatz 2 und 3 SGB X zur Verfahrensvereinfachung sinnvoll. Es sollte deutlich werden, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte in Absatz 2 statt „Rahmenvereinbarungen“ immer der Begriff „Landesrahmenvereinbarungen“ verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 20f Absatz 2 (neu) werden jeweils die Wörter „Rahmenvereinbarungen“ durch „Landesrahmenvereinbarungen“ ersetzt.

² Gegen die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 06.02.2015 geforderte und von der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung befürwortete Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden in die Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen bestehen keine Einwände.

In § 20f Absatz 2 (neu) wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen erfolgt im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

§ 20f Absatz 2 Satz 4 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Sofern die Beteiligten gemäß Absatz 1 zum Zwecke der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften bilden, findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 1 (neu) – Modellvorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bietet den Krankenkassen die Möglichkeit, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung, den Pflegekassen [Leistungsträger gem. § 20d Absatz 1 (neu)] und ihren Verbänden Modellvorhaben durchzuführen, um die in den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen festgelegten Ziele zu erreichen. Die Modellvorhaben sollen vor allem darauf abzielen, die Qualität und Effizienz der Versorgung durch Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie können auch der Erprobung geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

B) Stellungnahme

Mittels der Option für die Krankenkassen, Modellvorhaben mit den weiteren Leistungsträgern durchzuführen, können spezifische Erkenntnisse für die Fort- bzw. Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und damit auch der bundesweiten Rahmenempfehlungen gewonnen werden. Die Finanzierungsanteile der GKV müssen auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) angerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20g Absatz 1 (neu) wird um folgenden Satz 4 ergänzt: „Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben nach Satz 1 sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 46 von 96

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20g Absatz 2 (neu) – Modellvorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Modellvorhaben gem. § 20g Absatz 1 (neu) sind auf fünf Jahre zu befristen und müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

B) Stellungnahme

Gegen die Regelung bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 47 von 96

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20c – Förderung der Selbsthilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung neuer Paragraphen wird der bisherige § 20c – zu § 20h.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Umstrukturierung ohne inhaltliche Auswirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 20d – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 20d Absatz 3 Satz 3 werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen zwischen den für die Durchführung von Schutzimpfungen zuständigen Behörden einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits geschlossen, die u. a. die Erstattung der Sachkosten regeln. Der Gesetzgeber will diese bestehenden Regelungen um den Hinweis ergänzen, dass diese Vereinbarungen vereinfachende Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorsehen sollen.

Neben dieser Ergänzung sind weitere redaktionelle Änderungen vorgesehen. Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. umstrukturiert. Durch die Einfügung neuer Paragraphen werden die bisherigen §§ 20c – 20d zu §§ 20h – 20i [neu]. Zudem werden entbehrlich gewordene Regelungen zur erstmaligen Erstellung der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA aus dem Gesetzestext entfernt.

B) Stellungnahme

Generell ist die Schaffung vereinfachender Möglichkeiten für die Abrechnung wünschenswert. Gleichwohl ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unerlässlich um die Wirtschaftlichkeit der Impfstoffversorgung sicherzustellen, Transparenz im Abrechnungsgeschehen herzustellen. Der GKV-Spitzenverband regt deshalb eine entsprechende Klarstellung im Gesetzestext an, dass auch bei vereinfachten Abrechnungen Transparenz über die Sachkosten herzustellen ist.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 10 lit. c) wird folgendermaßen formuliert:

Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei sollen vereinfachende Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden. Es ist zu gewährleisten, dass Transparenz über die zu erstattenden Sachkosten und insbesondere die verbrauchten Impfstoffdosen besteht. § 300 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 23 Absatz 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 Absatz 2 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 außer Acht und wird in der praktischen Umsetzung mangels objektiver Beurteilungs- und Prüfmaßstäbe hinsichtlich „beruflicher oder familiärer Belastungen“ erkennbar zu erheblichen Problemkonstellationen führen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 50 von 96

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Änderung in § 23 Absatz 2 Satz 1 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe b)

§ 23 Absatz 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, soll von 13 auf 16 Euro täglich angehoben werden.

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. 11 Buchstabe c)

§ 23 Absatz 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, soll von 21 auf 25 Euro täglich angehoben werden.

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. 12

§ 24d Satz 1 – Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des Halbsatzes „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ soll der geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung bedeutet eine Einschränkung der jetzigen Versorgung mit Hebammenhilfe: Damit würden Leistungen, die bereits jetzt vertraglich noch nach der 12. Woche nach der Geburt stattfinden können, wie zum Beispiel Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (bis zu 10 Stunden à 60 Minuten) sowie der Anspruch auf Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings (bis zu acht Leistungen) immer einer ärztlichen Anordnung bedürfen. Aktuell ist die Leistung der Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Die Beratung bei Stillschwierigkeiten ist bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis neun Monate nach der Geburt oder bis zur nicht näher spezifizierten Ende der Abstillphase (auch über ein Jahr hinaus) möglich. Bei nicht ärztlicher Indikation und somit fehlender Anordnung durch den Arzt geht die Regelung mit einem Rückgang des Leistungsangebotes der Hebammen für die Versicherten einher. Mit den anfallenden ärztlichen Anordnungen aufgrund der geplanten Gesetzesanpassung für die oben aufgeführten Leistungen werden die Kapazitäten im ärztlichen Sektor zusätzlich belastet.

Sollte mit dem Begriff der „Hebammenhilfe“ in der Neureglung nur die „Wochenbettbetreuung“ gemeint gewesen sein, spricht sich der GKV-Spitzenverband ebenfalls gegen diese Ausweitung der Wochenbettbetreuung von acht auf 12 Wochen aus folgenden Gründen aus:

Aufgrund der Grundsatzregelungen zur Schwangerschaft bzw. Mutterschaft in § 24d (früher § 196 RVO) können (nur) Leistungen beansprucht werden, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft in finaler Sicht erforderlich sind, um Gesundheitsrisiken zu mindern, die typischerweise mit Schwangerschaft und Geburt verbunden sind, und um im Einzelfall sich abzeichnende Gesundheitsstörungen (Krankheiten) gar nicht erst eintreten zu lassen (Meyer, in Peters, KV (SGB V) § 196 RVO Rdnr. 6).

Der Begriff „nach der Entbindung“ in § 24d setzt somit einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit der Entbindung voraus. Der in den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA vorgesehenen (Abschluss-)Untersuchung nach acht Wochen dürfte der Erfahrungssatz zugrunde liegen, dass der besondere Zeitraum „nach der Entbindung“ im Regelfall nach acht Wochen beendet ist. Die medizinische, hebammenhilfliche und pflegerische Versorgung von Mutter und Kind im Sinne der SGB V Vorschriften sind damit abgeschlossen. Auf ähnlichen Überlegungen wird auch die Regelung in § 6 Mutterschutzgesetz beruhen.

Diese zeitliche Grenze ist allerdings nicht absolut. Ein späteres Ende des Berechtigungszeitraums „nach der Entbindung“ kann aber nur dann angenommen werden, wenn noch ein ursächlicher Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken besteht, die typischerweise mit der Schwangerschaft bzw. Entbindung zusammenhängen.

Dem trägt der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a Rechnung, indem bestimmte Leistungen, bei denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist, auch nach Ablauf von acht Wochen erbracht und abgerechnet werden können (Rückbildungsgymnastik und Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten/Ernährungsproblemen). Für atypische Sachverhalte, die z. B. auch nach acht Wochen noch Wochenbettbesuche erforderlich machen, ist zudem die Möglichkeit einer Leistungserbringung aufgrund ärztlicher Anordnung vorgesehen. Diese vertraglichen Bestimmungen resultieren im Übrigen aus der vom Gesetzgeber bis zum Jahre 2007 vorgegebenen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (Heb-GV). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass dem Hebammengesetz zufolge pathologische Versorgungen in die Hände von Ärzten gehören. Zudem sieht der o. g. Vertrag nach § 134a für die nicht pathologischen Wochenbettbetreuungen in den ersten acht Wochen bereits seit dem Jahr 2010 bis zu 36 Betreuungen vor (in der o. g. Heb-GV und bis 2010 waren bis zu 26 Betreuungen festgelegt). Die hohe Anzahl der Wochenbettbetreuungen ergibt sich vor allen Dingen daraus, dass in den ersten 10 Tagen nach der Geburt mehr als eine Wochenbettbetreuung am Tag stattfinden kann. Dies trägt insbesondere der immer früheren Entlassung aus der Klinik Rechnung und sorgt so für eine sinnvolle Versorgung der Wöchnerin.

Die von den Hebammen erbrachten Leistungen nach der achten Woche sind keine Leistungen nach dem SGB V im o. g. Sinne, sondern vielmehr sekundär- und/oder tertiärpräventive Leistungen. Für die Sekundär- und Tertiärprävention sieht sich die GKV nicht in der Leistungspflicht. Denn diese Leistungen (Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind bzw. Kindesvernachlässigung durch psychosoziale/sozialpädagogische und lebenspraktische Tätigkeiten, familienbezogene Beratungs- und Vermittlungshilfe, psychosoziale, lebenspraktische und sozialpädagogische Hilfe) sind keine originären Aufgaben von Hebammen nach dem SGB V. Diese Aufgaben sind genuine Aufgaben der öffentlichen Hand im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und sind nach dem Bundeskinderschutzgesetz, das Ende

des Jahres 2011 in Kraft getreten ist, erheblich ausgeweitet worden. Die hierin vorgesehene Familienhebamme/Kinderschutzfachkraft sollte gerade diese Leistungen dann den schutzbedürftigen Müttern und Neugeborenen zukommen lassen.

In der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 6. Februar 2015 (zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, BR-Drs. 640/14 (Beschluss), zu Nr. 15, auf S. 8) hat die Bundesregierung festgestellt: „Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzung für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes widerspricht die beabsichtigte Ausweitung der Wochenbettbetreuung der o. g. Feststellung. Denn die Ausweitung führt zur Teil-Entlastung der Länder bei der Finanzierung der Familienhebammen, da künftig diese Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Wenn die beabsichtigte Änderung umgesetzt werden würde, würde das Netzwerk Frühe Hilfen zudem eine Chance aus der Hand geben, so früh wie möglich eine speziell ausgebildete Familienhebamme dort einzusetzen, wo der Bedarf konkret besteht und eben nicht riskieren, dass die speziell benötigte Familienhebammenhilfe – ergänzend zu der Hebammenhilfe nach SGB V, die die medizinisch/pflegerische Versorgung abdeckt – bei den Familien, die diese tatsächlich benötigen, gerade nicht ankommt.

Das zeigen sicherlich auch die Ergebnisse (Abschlussbericht vom 28.11.2012) aus der Hebammen-Präventionsstudie (HPS) (Modellversuch der Sozialministerien von Rheinland-Pfalz und Bayern). Demzufolge nahmen die besonders belasteten Familien erwartungswidrig nicht mehr Hebammenleistungen in Anspruch als die unbelasteten Familien. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammen.jsp

Zudem konnte hierin keine Evidenz hinsichtlich eines Nutzens der Ausweitung der Wochenbettbetreuungszeiten von acht Wochen auf ein halbes Jahr unter den Vergleichsgruppen erkannt werden. Vielmehr zeigten sich bei den soziodemographischen Variablen **keine** signifikanten Veränderungen im Hinblick auf

- Belastungen (postpartale Depressivität, psychische/physische Symptombelastung),
- Risiken (Elternstress, Rollenrestriktion, problematische Eltern-Kind-Bindung, Vorbehalte gegenüber Hilfen),
- Ressourcen (soziale Unterstützung, wahrgenommene elterliche Kompetenz, Partnerschaftszufriedenheit, Gesundheitsverhalten) bei Müttern und Partnern sowie
- die Anzahl von Erkrankungen und Arztbesuchen von Müttern und Kindern.

Den Hebammen, die an der Studie teilgenommen hatten, gelang es zudem nur eingeschränkt, präventive Vorteile für die Familien zu erwirken. Daher empfiehlt die Studie eine intensive Schulung der Hebammen zur verbesserten Identifikation belasteter Gruppen. Das zeigt, dass über den Zeitraum von acht Wochen hinaus, gerade die o. g. speziell ausgebildeten Familienhebammen benötigt werden, um dem Versorgungsanspruch der jungen Familien umfassend gerecht zu werden. Dies kann gerade durch eine nicht entsprechend zur Familienhebamme weitergebildeten Hebammen (nach den SGB V-Weiterbildungsanforderungen) nicht erbracht werden.

Dem Gesetzentwurf folgend können durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen. Das ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes bei weitem zu niedrig angesetzt: Für aufsuchende Wochenbettbetreuungen inkl. der dafür anfallenden Fahrtkosten bis zu acht Wochen nach der Geburt geben die Krankenkassen jährlich zzt. ca. 125 Mio. Euro aus. Bei einer Ausweitung dieser Wochenbettbetreuung auf 12 Wochen geht der GKV-Spitzenverband von einer Mehrbelastung für die Krankenkassen von mindestens 40 Mio. Euro p. a. aus.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Aufgrund der bestehenden vertraglichen Regelungen zu Hebammenleistungen ist durch die geplante Konkretisierung der Dauer in der Versorgung der Wöchnerin nicht mit einer Verbesserung der Versorgung, sondern mit einer Einschränkung der Leistungen zu rechnen. Sinnvolle Ausnahmeregelungen bei hebammenhilflichen, medizinischen und pflegerischen Erfordernissen sind bereits heute und auch im künftigen Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband vorgesehen. Im Übrigen sollten die Kompetenzen der Familienhebammen nach dem Bundeskinderschutzgesetz nach der achten Woche nach der Geburt den Familien nicht vor-enthalten werden, da die Hebammen nach dem SGB V nicht dafür qualifiziert sind.

s. a. III. Ergänzender Änderungsbedarf

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 57 von 96

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

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 SGB V angepasst und umfasst künftig auch die Erfassung von gesundheitlichen Risiken.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zu den Regelungen in Artikel 1 Nr. 14 und 15 (§§ 25 und 26 SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 25 – Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuformulierung des § 25 werden die primärpräventiven Aspekte der Gesundheitsuntersuchungen nun auch im Gesetz verankert. Ziel der Gesundheitsuntersuchung ist nicht nur die Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten, sondern es sollen auch gesundheitliche Risiken und Belastungen erfasst und bewertet werden. Anschließend soll eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung erfolgen und, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausgestellt werden. Diese soll auch über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sowie andere Angebote zur Verhaltensprävention informieren. Die Beratung soll auch eine Überprüfung des Impfstatus beinhalten.

Die bisherige Altersgrenze wird herabgesetzt. Versicherte sollen künftig bereits ab dem vollendeten 18. Lebensjahr Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen haben. Untersuchungsintervalle und Zielerkrankungen werden im Gesetzestext gestrichen und sollen künftig nur noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 festgelegt werden.

In § 25 Absatz 3 werden die Voraussetzungen für Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken 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 verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 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. Das Nähere zu Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten soll der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals innerhalb 36 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes beschließen. Sollten notwendige Erkenntnisse fehlen kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung beschließen und die Frist von 36 Monaten verlängert sich um zwei Jahre.

B) Stellungnahme

Gemäß den aktuellen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben alle gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Die ärztliche Anamnese beinhaltet bereits die Erfassung der wichtigsten lebensstilbezogenen Risikofaktoren sowie eine Beratung zum individuellen Risikoprofil. 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 von 12 Monaten Näheres zur Präventionsempfehlung regeln. Eine präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch.

Mit der nun in § 25 vorgesehenen Präventionsempfehlung ändert sich das bisherige Vorgehen nicht. Allerdings wird empfohlen, dass die Präventionsempfehlung nur auf Leistungen gemäß § 20 Absatz 5 hinweist, da diese gemäß § 20 Absatz 2 qualitätsgesichert werden. Auf andere Angebote sollte nur verwiesen werden, wenn diese entsprechend zertifiziert werden.

Die Überprüfung des Impfstatus im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen wird unterstützt, da davon auszugehen ist, dass dadurch Impflücken bei Erwachsenen erkannt und die Durchimpfungsraten verbessert werden. 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 auch weiterführende Diagnostik oder medikamentöse Therapien. Verfahren zur Risikoerfassung haben wie Untersuchungen auf manifeste Erkrankungen ein Schadenpotential durch Überdiagnostik und Übertherapie und müssen daher unbedingt hinsichtlich Nutzen und Schaden überprüft werden. Sollte die Einführung einer Prä-

ventionsempfehlung neue Verfahren zur Risikoerfassung voraussetzen, so ist davon auszugehen, dass die Umsetzung der gesetzlichen Regelung dann mindestens drei Jahre dauert. Die Möglichkeit der Erprobung wird grundsätzlich begrüßt, allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Studien zum Nachweis des medizinischen Nutzens einer neuen Früherkennungsmethode i. d. R. länger als zwei Jahre dauern.

Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 sollen mittels einer Präventionsempfehlung verstärkt von besonders präventionsbedürftigen Zielgruppen in Anspruch genommen werden. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwendigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit der primärpräventiven Intervention belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein höherer Ressourcenverbrauch für die Risikobewertung ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten. Ebenso sollte vor einer Ausweitung der präventionsorientierten Beratung durch Ärzte die Wirksamkeit dieser Maßnahme geprüft werden. In Studien nennen Ärzte selbst fehlendes Wissen und mangelnden Erfolg als Hauptprobleme für die Durchführung von Lebensstilinterventionen.

C) Änderungsvorschlag

In § 25 Absatz 1 wird der 4. Satz wie folgt geändert:

„Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und verweist auf die qualitätsgesicherten Leistungen der Krankenkassen gemäß § 20 Absatz 5.“

In § 25 Absatz 3 wird folgende Nummer 4 angefügt:

„der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 26 – Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift von § 26 SGB V wird entsprechend angepasst und lautet künftig „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“. Die bisherigen Altersgrenzen werden aufgehoben. Kinder und Jugendliche haben nun bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen gemäß § 26 SGB V. Außerdem wird klargestellt, dass die Untersuchungen u. a. auch das Ziel haben, auch solche Krankheiten früh zu erkennen, die die psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Gesetzlich geregelt wird die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, die auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind umfassen soll. Die Beratung soll auch eine Überprüfung des Impfstatus beinhalten. Sofern medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden. Diese kann sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern (ggf. andere Sorgeberechtigte) richten. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Präventionsempfehlung in Richtlinien nach § 92 SGB V 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 und Jugendlichen 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 acht Jahren, gleichzeitig wird aber auf die limitierte Evidenzlage hingewiesen.

In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass bereits im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Aufgrund des veränderten Krankheitsspektrums soll auch künftig die psycho-soziale Entwicklung bei den Früherkennungsuntersuchungen stärker berücksichtigt werden. Dies ist sicherlich ein relevanter Bereich, der bei der Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen einbezogen werden

muss. Bei diesen Erkrankungen und Risiken wird eine alleinige Ausweitung der medizinischen Versorgung wenig nützen, da nur ein Teil auf medizinische Ursachen zurückzuführen ist. Um psycho-soziale Gesundheitsrisiken effektiv minimieren zu können, darf der Fokus nicht bei diagnostischen Verfahren liegen, sondern es müssen auch in anderen Politikbereichen, wie beispielsweise Familie und Bildung, entsprechende Maßnahmen folgen. So haben beispielsweise Sprachentwicklungsdefizite bei Kindern häufig keine medizinische Ursache, sondern sind ein grundlegendes soziales Problem, das weder Ärzte noch Krankenkassen lösen können. Dies gilt für die meisten Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern.

Bei den Kinderuntersuchungen (U1 – U9) und der Jugenduntersuchung (J1) werden bereits jetzt schon Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken erhoben und bewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung und weiterführende Maßnahmen werden mit den Eltern, Kindern, Jugendlichen in einem ärztlichen Beratungsgespräch besprochen. Eine individuelle präventionsorientierte Beratung und entsprechende Empfehlungen sind bereits fester Bestandteil der Kinder- und Jugenduntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung bedeutet damit keinen zusätzlichen Aufwand sondern erleichtert und unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch. Allerdings werden für Kinder unter sechs Jahren aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 Absatz 5 angeboten. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich daher besonders bei primärpräventiven Maßnahmen in den Lebensräumen der Kinder unter sechs Jahren (z. B. in Stadtteilen, Kindergärten). Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz werden ebenfalls in diesen Settings von den Krankenkassen unterstützt. Damit sollen insbesondere Eltern sozial benachteiligter Gruppen erreicht werden. Wichtig sind für Eltern und Sorgeberechtigte Informationen über regionale Unterstützungsangebote, die sich speziell an Familien mit Kindern richten. Hier gibt es auch Angebote zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die sich unmittelbar an Eltern oder Sorgeberechtigte richtet, ist im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kritisch zu bewerten, sofern sie nicht die Einbeziehung der Eltern oder Sorgeberechtigten in Maßnahmen, die auf das Kind gerichtet sind, zum Ziel haben. Ansonsten besteht das Risiko, dass Eltern und Sorgeberechtigten ungeeignete Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention empfohlen werden, da im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung die gesundheitlichen Risiken der Eltern oder Sorgeberechtigten nicht erhoben werden. Außerdem werden die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen häufig von Pädiatern durchgeführt, die kaum Erfahrungen in der medizinischen Behandlung von Erwachsenen haben.

Die aktuellen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen beinhalten bereits die Überprüfung des Impfstatus. Eine gesetzliche Verankerung dieser Maßnahme wird begrüßt, da damit die Bedeutung von Impfungen bekräftigt wird.

Die im Absatz 2 genannte Frist von 12 Monaten zur erstmaligen Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3 kann nur eingehalten werden, sofern die Inhalte der Ausgestaltung keine – bislang nicht vorliegende – Bewertung des Nutzens erfordern.

C) Änderungsvorschlag

In § 26 Absatz 1 wird der 3. Satz wie folgt geändert:

„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a Absatz 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 § 65a enthält die vorgeschlagene Norm die folgenden Änderungen:

- Die bonusfähigen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention werden auf die Wahrnehmung von Maßnahmen nach § 20 Absatz 5 (neu) (zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention) begrenzt.
- Boni dürfen laut Gesetzesbegründung nur für die Inanspruchnahme zertifizierter Leistungen gewährt werden.

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. Mit der vorgeschlagenen Änderung würden die bonusfähigen Leistungen auf das von den Krankenkassen finanzierte bzw. bezuschusste Spektrum an Leistungen begrenzt. Der Gestaltungsraum der Krankenkassen, auch gesundheitsförderliche Maßnahmen jenseits zertifizierter GKV-Präventionsleistungen zu bonifizieren, sollte erhalten bleiben. Ziel der Gesundheitsbonusangebote sollte es sein, insbesondere solche Versicherte zu motivieren, die bisher keinen oder nur einen geringen Bezug zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben. Hierfür braucht es attraktive und flexible Angebote, z. B. die aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen. Der Gesetzgeber selbst verweist in § 25 Absatz 1 (neu) auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf die Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Es ist im Interesse der Solidargemeinschaft wirtschaftlich unsinnig, nur kassenfinanzierte Leistungen als bonifizierbare Maßnahmen zu berücksichtigen. Mit dem „Zertifizierungsvorbehalt“ würden zusätzliche bürokratische Hürden ohne inhaltlichen Mehrwert aufgebaut. Der Gestaltungsraum der Krankenkassen, auch gesundheitsförderliche Maßnahmen jenseits zertifizierter GKV-Präventionsleistungen zu bonifizieren, sollte erhalten bleiben. Die gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen der Bonussysteme nach § 65a der verschiedenen Krankenkassen haben übereinstimmend Einsparungen bei den teilnehmenden Versicherten

im Kontrollgruppenvergleich ergeben. Die bestehenden Bonussysteme haben sich demnach durch Einsparungen selbst getragen. Da dies nach § 65a Absatz 3 weiterhin Voraussetzung für entsprechende Satzungsregelungen ist, besteht keine Notwendigkeit für Änderungen an erfolgreich arbeitenden Systemen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 65a Absatz 1 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a Absatz 2 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm bestimmt, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen soll, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

B) Stellungnahme

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.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 65a Absatz 2 ist zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 67 von 96

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. SGB V umstrukturiert. Der Verweis auf § 20d Absatz 1 SGB V wird aufgrund der Neustrukturierung durch § 20i Absatz 1 (neu) ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Umstrukturierung ohne inhaltliche Auswirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 132e – Versorgung mit Schutzimpfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung mit Schutzimpfung soll in Zukunft auch durch Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgen. Zudem erfolgt die Anpassung mehrerer Verweise in § 132e auf § 20d durch die Neustrukturierung der §§ 20 ff.

B) Stellungnahme

Auch wenn im Einzelfall der Einbezug von Betriebsärzten in die Versorgung mit Schutzimpfungen durchaus sinnvoll sein kann, lehnt der GKV-Spitzenverband die geplante Neuregelung ab. Es besteht keine Notwendigkeit, Betriebsärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, generell in die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen einzubeziehen. Gleichwohl sollte Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, mit Betriebsärzten Verträge über die Versorgung von Versicherten mit Schutzimpfungen zu schließen. Den Krankenkassen muss zur Steigerung der Durchimpfungsraten die Möglichkeit eröffnet werden, Impfungen sowie die Beschaffung von Impfstoffen kostengünstig zu gestalten.

C) Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 1 Satz 1 (neu) werden die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ gestrichen.

§ 132e Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Krankenkassen können auch mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung ‚Betriebsmedizin‘, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen nach § 20i schließen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 132f – Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit Fachärzten für Arbeitsmedizin Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen schließen.

B) Stellungnahme

Die Eröffnung selektivvertraglicher Optionen für Krankenkassen oder Ihre Verbände in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen abschließen zu können, ist zu begrüßen. Über dieses, für den Versicherten freiwillige Angebot, könnten Personen mit Vorsorgeuntersuchungen erreicht werden, die eher selten Ärzte aufsuchen bzw. über keinen festen Hausarzt verfügen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 140f Absatz 2 (neu) – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sachkundige Personen benennen, die ein Mitberatungsrecht in der Präventionskonferenz erhalten. Diese sollen laut Begründung zudem im Präventionsforum ihre Erfahrungen und ihre Expertise einbringen. Für die Mitwirkung in der Präventionskonferenz wird den sachkundigen Personen entsprechend der Regelung der Patientenbeteiligungsverordnung ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, Verdienstausfall und Aufwandsentschädigung gegen das Gremium zugesprochen, in dem sie mitberaten.

B) Stellungnahme

Der Einbezug des Sachverständigen von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten in der nationalen Präventionskonferenz wird als sachgerecht angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 300 – Abrechnung der Apotheken und weiteren Stellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Präventionsgesetz werden die §§ 20 ff. umstrukturiert. Ein Verweis auf § 20d Absatz 1 und 2 wird aufgrund der Neustrukturierung durch die Angabe § 20i Absatz 1 und 2 (neu) ersetzt.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Umstrukturierung wird aufgrund der Neustrukturierung der §§ 20 ff. notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 5 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 20 Absatz 5 (neu) soll ergänzt werden, dass die Leistungserbringung im Bereich der verhaltensbezogenen Prävention zwingend eine Zertifizierung entsprechend den vom GKV-Spitzenverband nach § 20 Absatz 2 Satz 2 (neu) definierten Anforderungen voraussetzt. Die Zertifizierung kann durch die Krankenkasse oder in ihrem Namen durch beauftragte Dritte erfolgen.

B) Stellungnahme

Mit der verankerten verbindlichen Zertifizierung wird die Qualitätssicherung gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass der GKV-Spitzenverband der BZgA die Ausführung des Auftrags gemäß § 20a Absatz 3 Satz 3 (neu) pauschal mit mindestens 50 Cent pro Versicherten zu vergüten hat, was einem jährlichen Betrag von 35 Mio. Euro entspricht. Die Vergütung ist quartalsweise am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten und jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

B) Stellungnahme

Eine verpflichtende Beauftragung und die damit verbundene Finanzierung der BZgA wird abgelehnt [s. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 5, § 20a Absatz 3 (neu)]. Die Vorgabe quartalsweiser Abschlagszahlungen macht deutlich, dass es nicht um eine Finanzierung des Auftrags nach Projektfortschritt geht, sondern um eine institutionelle Finanzierung der BZgA. Diese müsste bei einem Finanzvolumen von 35 Mio. Euro zur Umsetzung des Gesetzesauftrags ihrerseits Unteraufträge an weitere Kooperationspartner auf Landesebene vergeben. Dies wäre mit einem zusätzlichen (auch bürokratischen) Aufwand verbunden und dient nicht der Transparenz.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Ergänzung des § 20a Absatz 3 (neu) um die Sätze 4 – 6 ist zu streichen.

Sollte an dem Vorhaben der verpflichtenden BZgA-Beauftragung festgehalten werden, ist sicherzustellen, dass die Vergütung der erbrachten Leistungen nicht pauschal, sondern nach dem Stand der Auftragserfüllung/Projektfortschritt erfolgt und dem erstellten Arbeitsplan folgt. Eine pauschale Mittelzuweisung im Vorfeld wird abgelehnt, um sicherzustellen, dass Geld auch bei den Unterauftragsnehmern nach vorheriger Maßnahmen- und Kostenplanung erfolgt.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 20b Absatz 1 Satz 2 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbrachten Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nur erbracht werden dürfen, wenn sie von einer Krankenkasse oder von einem für die Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten zuvor zertifiziert worden sind.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass sich die Zertifizierung von BGF-Leistungen nur auf die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen bezieht, da die übrigen im Rahmen der BGF erbrachten Leistungen sich nicht in gleichem Maße standardisieren lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 20b Absatz 3 und 4 (neu) – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3:

Die Norm zielt auf die Verstärkung der kassenübergreifenden Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Ermöglichung eines niedrighwelligen, unbürokratischen Zugangs von Betrieben zu diesen Leistungen ab. 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; laut Begründung dient diese Vorschrift der besseren Erreichung von kleinen und mittleren Unternehmen, die in Verbänden 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. Mit dem Verweis auf die Geltung von § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X wird das Verfahren der Errichtung von regionalen Koordinierungsstellen vereinfacht.

Absatz 4:

Mit der Norm sollen die Krankenkassen veranlasst werden, den Mindestbetrag für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung [§ 20 Absatz 6 Satz 2 (neu)] in voller Höhe zu verausgaben. 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

Absatz 3:

Die angestrebte Verbesserung von Information und Zugangsmöglichkeiten für Betriebe zu GKV-Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird begrüßt. Arbeitgeber können auf Basis größerer Transparenz über BGF-Leistungen leichter Kontakt mit einer Krankenkasse ihrer Wahl aufnehmen. Diese Transparenz- und Koordinationsaufgabe sollte unter Nutzung bestehender Strukturen gelöst werden; für die genannten Zwecke können Länder-Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in den Bundesländern 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. Die vorgesehene Verfahrensvereinfachung im Zusammenhang mit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften wird begrüßt.

Absatz 4:

Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist die komplette Verausgabung des vorgesehenen Mindestbetrags für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen selbst, wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist. Die Regelung wird aus Gründen der Bürokratievermeidung abgelehnt. Der Finanzierungsweg – von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband und von diesem zurück an die Landesverbände und Ersatzkassen – ist kompliziert und aufwändig. Die Nationale Präventionsstrategie nach § 20 d (neu) sowie die Landesrahmenvereinbarungen zu ihrer Umsetzung nach § 20 f (neu) und die Vorschriften von Absatz 3 (neu) sind geeignet, die Mittelverausgabung in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu steigern und die regionale Koordination der betrieblichen Gesundheitsförderung sicherzustellen. Übergreifende Regelungen für die regionale kassenübergreifende Information und Beratung sollten im Rahmen der Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Absatz 2 (neu) getroffen werden.

C) Änderungsvorschlag

Änderungen in § 20b Absatz 3 (neu):

In Satz 1 werden die Wörter „in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen“ gestrichen und nach dem Wort „Unterstützung“ die Wörter „zu Leistungen nach Absatz 1 unter Nutzung bestehender Strukturen“ ergänzt.

Satz 2 wird gestrichen.

Satz 3 wird Satz 2.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 77 von 96

Satz 4 wird Satz 3 und wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung nach Satz 1 und die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen.“

Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

„Sofern für die Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, findet § 94 Absatz 1 a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

In § 20b (neu) wird die geplante Ergänzung eines Absatzes 4 gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 31 Absatz 2 – Sonstige Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Neuregelung wird die Beteiligung der Träger der Rentenversicherung an der nationalen Präventionsstrategie nach § 20d ff. SGB V (neu) verankert.

B) Stellungnahme

Die Einbeziehung der Träger der Rentenversicherung in die Nationale Präventionsstrategie ist sinnvoll und wird begrüßt. Die damit beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen in Prävention und Gesundheitsförderung Synergieeffekte zu erzielen. Auf Seiten der Rentenversicherung bestehen insbesondere Schnittstellen zu den betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen.

Vor diesem Hintergrund ist zu bedauern, dass die noch im Referentenentwurf vom 31.10.2014 vorgesehene Aufhebung der Ausgabendeckelung für medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, im vorliegenden Gesetzentwurf entfallen ist. Hierdurch werden nur noch die GKV und Pflegeversicherung zu Mehrleistungen aufgrund des Präventionsgesetzes verpflichtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 14 – Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 14 Absatz 3 wird die Teilnahme der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung an der Nationalen Präventionsstrategie gemäß §§ 20d – 20f SGB V (neu) – zusätzlich zu ihrer bereits jetzt dort geregelten Teilnahme an der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie – vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Unfallversicherungsträger sind wichtige Akteure insbesondere für den Arbeitsschutz, einschließlich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, und für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Bildungseinrichtungen. Hier bestehen wichtige Schnittstellen zu den Aufgaben der Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu weiteren Trägern. Die mit der Nationalen Präventionsstrategie beabsichtigte trägerübergreifende Zusammenarbeit ist geeignet, durch Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen Synergieeffekte zu erzielen. Die Beteiligung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Unfallversicherung an der Nationalen Präventionsstrategie ist daher richtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 16 Absatz 2 Nr. 1 – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Spektrum der Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie soll mit der Neuregelung um Angebote erweitert werden, die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken.

B) Stellungnahme

Die gesundheitlichen Kompetenzen und Verhaltensweisen jedes Einzelnen werden durch die familiäre Sozialisation in entscheidender Weise geprägt. Der Erwerb positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen und Kompetenzen kann durch geeignete Leistungen zur Förderung der gesundheitlichen Kompetenzen von Eltern unterstützt werden. Die Erweiterung des Aufgabenbereichs der Leistungen zur Förderung der Erziehungskompetenzen um gesundheitsbezogene Aspekte ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 45 Absatz 2 – Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, dass Träger von Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche große Teile ihres Lebens verbringen, auf die Unterstützung eines „gesundheitsfördernde(n) Lebensumfeld(es)“ verpflichtet werden.

B) Stellungnahme

Der Erwerb positiver gesundheitlicher Verhaltensweisen wird durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen unterstützt. Die Regelung fördert ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, die auch außerhalb von Familien betreut werden. Sie ist zu begrüßen. Es ist sachgerecht, die Verpflichtung zur Unterstützung eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes auch – wie noch im Referentenentwurf vom 31.10.2014 vorgesehen – durch entsprechende Regelungen zur Vergütung in § 78c zu flankieren. Daher wird vorgeschlagen, die im Referentenentwurf vorgesehene Neuregelung zu § 78c wieder in das Präventionsgesetz aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Zu § 45 Absatz 2: keiner

Wiederaufnahme der Neuregelung in § 78c: In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „wirtschaftlich sind“ die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen“ eingefügt.

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zum heutigen Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation sollen ab 2016 in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention zum Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung gehören. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und den Pflegeeinrichtungen sollen die Pflegekassen Vorschläge erarbeiten und deren Umsetzung unterstützen. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollen die Pflegekassen kooperieren und kassenübergreifend Leistungen erbringen. Die Kriterien der Leistungen werden durch den GKV-Spitzenverband festgelegt.

Im Jahr 2016 sollen für diese Präventionsleistungen 0,30 Euro je Versichertem ausgegeben werden. Dieser Betrag wird entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße dynamisiert. Nicht verausgabte Mittel einer Pflegekasse hat diese im Folgejahr dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen, der diese Mittel auf Pflegekassen verteilen soll, die Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung kassenübergreifender Verträge geschlossen haben.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung um Leistungen zur Prävention ab 2016 ist ebenso wie die damit einhergehende Beteiligung der Pflegekassen an der nationalen Präventionsstrategie und dem gesetzlichen Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Kriterien für die präventiven Leistungen festzulegen, grundsätzlich sachgerecht. Damit wird Übereinstimmung mit den Regelungen der Krankenversicherung und der dort seit Jahren bewährten Praxis hergestellt.

Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen den Ansatz, durch präventive Maßnahmen der Pflegekassen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Der Auftrag nach Absatz 1, wonach die Pflegekassen unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen sollen, folgt der Definition und Ausrichtung der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a Absatz 1 (neu) SGB V. Dies ist folgerichtig und unterstreicht, dass die

Pflegekassen mit ihren Leistungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der „Lebenswelt“ stationäre Pflegeeinrichtungen zuständig sind.

In der Gesetzesbegründung muss zwingend klargelegt werden, dass damit der Pflegeversicherung keine über die Präventionsleistungen hinausgehenden Leistungen der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung Leistungen der Prävention vorenthalten werden. Die PKV sollte verpflichtend mit einem gleichen pro-Kopf-Betrag wie die soziale Pflegeversicherung an den Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 5 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„Die Absätze 1 und 2 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.“

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll eine Feststellung zum Beratungsbedarf des Antragstellers hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V erfolgen. Diese Feststellung ist in einer gesonderten Präventionsempfehlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachter zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Dem Eintritt oder der Verschlechterung einer Pflegebedürftigkeit durch präventive Maßnahmen zu begegnen und dies im Rahmen des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend zu verstärken, wird begrüßt.

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gibt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter bereits Empfehlungen zu präventiven Leistungen ab. Diese werden im Formulargutachten festgehalten. Versicherte haben zudem einen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, die unter anderem die individuelle Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen insbesondere auch präventiven Hilfen umfasst. Damit stehen die Instrumente der Abgabe von Empfehlungen präventiver Maßnahmen und der Anspruch des Antragstellers für eine Beratung bereits zur Verfügung. Als weiteren Baustein zu diesen bereits bestehenden Instrumenten wird die Aufnahme eines gesondert festzustellenden Beratungsbedarfs für präventive Maßnahmen als sinnvolle Ergänzung erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 18a Absatz 1 Satz 1 – Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung; Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird um eine Präventionsempfehlung erweitert. Diese soll die Pflegekasse an den Antragsteller weiterleiten und künftig auf dieser Grundlage umfassend und begründet Stellung nehmen, inwieweit Maßnahmen zur Prävention angezeigt sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung steht in Abhängigkeit zu den Änderungen zu § 18 Absatz 1 Satz 3 und § 18 Absatz 6 Satz 3.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen bieten für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessierten Personen unentgeltliche Pflegekurse an, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Neben der Vermittlung von Kenntnissen zur Erleichterung der Pflegetätigkeiten sollen insbesondere pflegebedingte seelische und körperliche Belastungen gemindert werden. Nunmehr soll gesetzlich klargestellt werden, dass die Pflegekurse auch dazu dienen sollen, bereits der Entstehung pflegebedingter seelischer und körperlicher Belastungen vorzubeugen.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme eines präventiven Ansatzes in die Pflegekurse wird begrüßt. Pflegepersonen sind durch die eingetretene Pflegesituation bzw. durch die praktische Pflege, z. B. eines nahen Angehörigen, in der Regel seelisch und körperlich stark belastet. Insoweit bedarf es der Angebote zur Vermeidung des Hinzutritts weiterer Belastungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 113a – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege soll das Ziel berücksichtigt werden, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen.

B) Stellungnahme

Die Vertragspartner nach § 113 sind verpflichtet, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards sicherzustellen. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Vor dem Hintergrund der erweiterten Aufgabenstellung der Pflegekassen nach § 5 Absatz 1, in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte Leistungen zur Prävention zu erbringen, ist eine Ergänzung der Ausrichtung von Expertenstandards auch auf Leistungen zur Prävention nachvollziehbar. Die darüber hinaus gehende Berücksichtigung des Einsatzes von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht jedoch über den im Rahmen von pflegerischen Expertenstandards abzubildenden Regelungsbereich hinaus und sollte deshalb gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 113a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention einzusetzen, zu berücksichtigen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, Drucksache 18/4282
Seite 88 von 96

Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

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

Es wird auf die Ausführungen zu § 5 SGB XI unter I. Artikel 6 Nr. 1 dieser Stellungnahme verwiesen.

Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

§ 34 – Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 34 soll ein neuer Absatz 10a aufgenommen werden. Bei Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung soll verpflichtend ein Nachweis über den Impfschutz des Kindes erbracht werden. Das Nähere zur Ausführung soll auf Landesebene geregelt werden.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung stellt vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über nicht ausreichende, altersgerechte Durchimpfungsraten einen Ansatz zur Förderung der Durchimpfungsraten bei Kindern dar. Ziel muss sein, dass die von der Schutzimpfungsrichtlinie empfohlenen Impfungen in Art und Umfang wahrgenommen werden, um einen ausreichenden Impfschutz der Versicherten bzw. der Bevölkerung sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet Maßnahmen, die zu einer Steigerung der Durchimpfungsraten beitragen und begrüßt die geplante Neuregelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Änderungen des SGB V durch Artikel 1 Nummer 6, 7 und 9 werden die entsprechenden Verweise in § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 2 Nummer 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 1 Nummer 6, 7 und 9.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Absatz 7 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

§ 20 Absatz 7 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der GKV-Spitzenverband regelt in den Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 auch spezifische Voraussetzungen für Leistungen gemäß § 3 Nummer 34 EStG.“

B) Begründung

Nach § 3 Nummer 34 EStG sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, steuerfrei, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen. Die Bezugnahme des § 3 Nummer 34 EStG primär auf die Leistungen, die die Krankenkassen gemäß den Handlungsfeldern und Kriterien bezuschussen dürfen, bedeutet eine Einschränkung, die im Sinne einer Unterstützung der stetigen Bereitstellung primärpräventiver Angebote durch Arbeitgeber kontraproduktiv ist, insbesondere auch vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Summe von 500 Euro je Kalenderjahr und Mitarbeiter. Mit der vorgeschlagenen Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, in den Handlungsfeldern und Kriterien nach § 20 Absatz 2 (neu) abweichend von den Leistungsvoraussetzungen der Krankenkassen Regelungen zu treffen, die den arbeitgeberseitigen Leistungen spezifischer Rechnung tragen können, wird gewährleistet, dass die in § 3 Nummer 34 EStG verankerten Leistungen – wie bisher – qualitativ äquivalent zu den GKV-Leistungen sind und – neu – gleichzeitig diese nachhaltig ergänzen können. Die in der Gesetzesbegründung unter VI Nr. 1 (Gesetzesfolgen: Rechts- und Verwaltungsvereinfachung) beschriebene und gewünschte Vereinfachung durch die verpflichtende Zertifizierung gemäß § 20 Absatz 2 (neu) bliebe erhalten.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 24f Satz 2 (neu) – Entbindung

A) Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

„²Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden, *sofern aufgrund des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind keine Gründe dagegen sprechen.*“

B) Begründung

Der Gesetzgeber hatte im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) mit der Übernahme der RVO-Vorschriften in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch den o. g. Satz 2 in § 24f hinzugefügt und in § 134a Absatz 1 Satz 2 auf diese Norm verwiesen. Der Verweis auf 24f Satz 2 wird teilweise missverstanden. Er wird dahingehend ausgelegt, dass die gesetzliche Krankenversicherung die ambulante Geburt auch dann im Rahmen des Sachleistungsanspruches zur Verfügung zu stellen hat, wenn die Durchführung der ambulanten Geburt für die Mutter oder das Kind eine gesundheitliche Gefahr ist. Das ist mit den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar. Denn eine Leistung (ambulante Entbindung), die im Vergleich zu einer anderen Leistung (stationäre Entbindung) zu einem hohen gesundheitlichen Risiko für Mutter oder Kind führt, ist weder zweckmäßig noch notwendig und von daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erbringen (§ 12). Deswegen ist in § 24f Satz 2 die Wahlfreiheit zu konkretisieren, damit das Wohl von Mutter und Kind in allen geburtshilflichen Versorgungsformen gewährleistet wird. Es muss klargestellt werden, dass die gewollte bzw. gewünschte Leistung dann nicht zur Verfügung zu stellen ist, wenn sie die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet.

Denn die Vertragsverhandlungen zu einer erstmaligen Qualitätsvereinbarung nach § 134a Absatz 1a i. V. m. Absatz 1 nach den Neuerungen zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (FQWG) zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband zu den Kriterien, die gegen eine Geburt im häuslichen Umfeld sprechen, haben gezeigt, dass die Hebammenverbände davon ausgehen, dass der Wunsch der Versicherten zur freien Wahl des Geburtsortes auch dann von der Versichertengemeinschaft zu finanzieren sei, wenn der Gesundheitszustand der Mutter oder des Kindes gegen eine ambulante Entbindung spreche.

Wie dargelegt, ist diese Ansicht mit den das SGB V tragenden Prinzipien des § 12 nicht vereinbar, wonach die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch zweckmäßig und

notwendig sein müssen. Eine gesundheitsgefährdende Leistung ist ferner weder im Interesse der Mutter noch im Interesse ihres Kindes. Bereits deswegen erscheint es auch in Hinblick auf die im SGB V geforderten Qualitätskriterien erforderlich, die in § 24f genannten Leistungen dahingehend klarstellend zu konkretisieren, dass gesundheitsgefährdende Leistungen keinen Leistungsanspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung begründen können. Denn selbst wenn sich die werdende Mutter trotz der ihr – durch die in jedem Fall gebotene Aufklärung – bekannten Risiken für eine ambulante „Risikogeburt“ entscheidet, ist dieses für Mutter und Kind hohe gesundheitliche Risiko nicht auch noch von der Solidargemeinschaft zu finanzieren.

Mit der hier vorgeschlagenen Regelung wird insofern nicht die Wahl der Mutter für die risikoreiche ambulante Geburt eingeschränkt, sondern lediglich klargestellt, dass die Finanzierung dieser riskanten Geburten keine von der Solidargemeinschaft zu tragende Leistung ist.

Der GKV-Spitzenverband forderte in den Vertragsverhandlungen, dass zum Schutz von Mutter und ungeborenem Kind bei Vorliegen bestimmter Risiken/Kriterien (z. B. Zustand nach Uterusruptur, Blutgruppen-Inkompatibilität) eine geburtshilfliche Leistungserbringung als Geburt im häuslichen Umfeld grundsätzlich ausgeschlossen ist (absolute Ausschlusskriterien). Darüber hinaus soll eine Geburt im häuslichen Umfeld bei vorliegenden sogenannten relativen Ausschlusskriterien (z. B. unklarer Geburtstermin, Verdacht auf Übertragung, Überschreitung des Geburtstermins; Beckenanomalie, Myome, Thromboembolie) nur nach gründlicher Abklärung durch weitere Diagnostik, fachärztliches Konsil und ggf. Teamentscheidung sowie nach spezieller Risikoaufklärung möglich sein.

Diese Ausschlusskriterien sind von den bereits mit den Berufsverbänden der Hebammen vertraglich vereinbarten Ausschlusskriterien im Ergänzungsvertrag nach § 134a über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen (§ 9 Absatz 1 und 2 der Anlage 1 – Qualitätsvereinbarung; Internetseite: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/betriebskostenvertrag/betriebskostenvertrag.jsp) wort- und inhaltsgleich übernommen worden. Die jetzt mit den Hebammenverbänden in den Verhandlungen diskutierten Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld gelten also bereits seit 2008 für Geburten in Geburtshäusern und wurden maßgeblich von Hebammenvertretern selbst entwickelt.

Auch die Qualitätssicherung im Krankenhaus sieht vor, dass – trotz der grundsätzlich bestehenden freien Krankenhauswahl – zur Optimierung der perinatalogischen Versorgung die Zuweisungen von Schwangeren nur in eine Einrichtung erfolgen darf, die die für das entspre-

chende Risikoprofil der jeweiligen Schwangeren und/oder des Kindes definierte Voraussetzungen erfüllt. Die Krankenhäuser müssen also die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Geburten betreuen und somit die Leistungen erbringen zu dürfen.

Auch die im SGB V grundsätzlich gewährleistete Wahlfreiheit endet nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes dort, wo es Kriterien gibt, die die Wunschbehandlung zum Sicherheitsrisiko für das ungeborene Kind und/oder die Mutter werden lassen. Dies gilt vor allem dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung eine wesentlich risikoärmere Leistung (stationäre Entbindung) zu Verfügung stellt.

Ebenso macht es die geplante Gesetzesänderung nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 134a Absatz 1b, die einen Regressverzicht vorsieht, gerade notwendig, Regelungen zur Qualitätssicherung anzuerkennen, die den Regressfall verhindern. Auch der Hinweis des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft – GDV in seiner Stellungnahme an den Bundesrat erkennt diese Notwendigkeit (Bundesratsdrucksache 641/14; <http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/12/GDV-Stellungnahme-Staerkung-Versorgung-GKV-Hebammen-2014.pdf>). Dort heißt es: „...Bei Identifizierung von Schadenursachen, auf die eine Hebamme Einfluss hat ..., wäre längerfristig eine Reduzierung der Anzahl von Geburtsschäden und damit eine signifikante Reduzierung des Gesamtschadenaufwands denkbar. ...“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 62 – Belastungsgrenze

A) Problemstellung

Nach § 62 Absatz 1 haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2 v. H. bzw. für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, in Höhe von 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten.

Die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1 v. H. der Bruttoeinnahmen wird für nach dem 01.04.1972 geborene chronisch kranke Versicherte an die Voraussetzung geknüpft, seit dem 01.01.2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung regelmäßig in Anspruch genommen zu haben.

Sofern diese Versicherten die Voraussetzung der notwendigen Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen nicht erfüllen, gilt die Belastungsgrenze von 2 v. H. der Bruttoeinnahmen („Malusregelung“). Als „Ausnahme von der Ausnahme“ findet die 2-prozentige Belastungsgrenze wiederum keine Anwendung, wenn die vorgenannten Versicherten an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen; in diesem Fall gilt für sie wieder die 1-prozentige Belastungsgrenze. Gleiches gilt für weitere Ausnahmetatbestände nach Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mit dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention sollen strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, damit Versicherte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stärker und frühzeitiger in Anspruch nehmen. Damit soll erreicht werden, Risikofaktoren rechtzeitig als bisher zu erkennen, positiv zu beeinflussen und so u. a. die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer Krankheiten zu senken.

Zugleich zielen die beabsichtigten Änderungen auf eine Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten und der Motivation zur Inanspruchnahme entsprechender Leistungen. So soll in § 1 explizit gesetzlich geregelt werden, dass die Aufgaben der Krankenversicherung auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten umfassen. In § 65a soll die aktuelle gesetzliche Regelung, wonach Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherter Leistungen zur primären Prävention gewähren „können“, in eine Soll-Regelung umgewandelt werden.

Mit dieser auf die Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und auf positive Leistungsanreize ausgerichteten „Präventionsstrategie“ ist die Malusregelung in § 62, die Versicherte zur Vermeidung von finanziellen Nachteilen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen drängt, nicht zu vereinbaren. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen und einem daraus folgendem Nichteintreten von chronischen Erkrankungen, der eine solche Malusregelung ggf. rechtfertigen könnte, wissenschaftlich nicht belegt ist.

Zudem werden durch die aktuelle Regelung Versicherte, Ärzte und Krankenkassen bei der Prüfung der Anträge, ob eine regelmäßige Teilnahme an den Gesundheitsuntersuchungen erfolgte, erheblich administrativ belastet.

Daher sollte die Malusregelung ersatzlos gestrichen werden.

B) Gesetzesvorschlag

In § 62 Absatz 1 werden die Sätze 3 bis 5 gestrichen.

Die Sätze 6 und 7 werden die Sätze 3 und 4.

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 20.04.2015**

**zum Antrag
der Fraktion DIE LINKE
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf
die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher
Ungleichheit ausrichten“
(Drucksache 18/4322 vom 17.03.2015)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



A) Beabsichtigte Neuregelung

Wesentliches Anliegen des Antrags ist die konsequente Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung auf die Verminderung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit. Die Bundesregierung wird aufgefordert, insbesondere die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung bundesgesetzlich anhand folgender Leitgedanken zu stärken:

- Entwicklung einer politischen Gesamtstrategie unter Einschluss aller zuständigen Ressorts und föderalen Ebenen mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, bestehende soziale Unterschiede in der Krankheits- und Risikobetroffenheit zu verringern sowie die Qualität der durchgeführten Maßnahmen zu verbessern.
- Organisatorische Neustrukturierung der Prävention durch Etablierung einer Koordinierungs- und Entscheidungsstelle bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die auch Maßnahmen durchführt und hierzu vom Bund, den Ländern, den Sozialversicherungen und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gemeinschaftlich finanziert wird.
- Ausweitung der für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel durch gesetzliche Finanzierungsverpflichtungen für den Bund, die Länder, die Sozialversicherungen und die Arbeitgeber; die Beteiligung der Industriezweige, die Produkte mit gesundheitlichem Risikopotenzial herstellen, an der Finanzierung der Prävention durch zweckgebundene Abgaben soll geprüft werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Zielsetzung, Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt auf die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen auszurichten und hierzu insbesondere die lebensweltbezogenen Maßnahmen zu verstärken. Auch die GKV versteht Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der insbesondere Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungen sowie private Kranken- und Pflegeversicherungen finanziell und inhaltlich beitragen müssen. Die geforderte Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ausbau der Präventionsforschung sowie die verpflichtende Prüfung von Gesetzesvorhaben im Hinblick auf ihre Folgen für die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit könnten diese gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Prävention unterstreichen.

Allerdings hält der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Organisations- und Finanzierungsstrukturen im Hinblick auf die dargestellten Intentionen überwiegend für nicht zielführend. Insbesondere die geforderte „Koordinierungs- und Entscheidungsstelle“ mit der Kompetenz zur Festlegung bundeseinheitlicher Ziele und deren Umsetzung würde zu einer Überzentralisierung von Prävention und Gesundheitsförderung führen und eine am örtlichen und regionalen Bedarf orientierte Leistungserbringung erschweren. Gegen das vorgeschlagene Modell einer gemischten, aus Zuwendungen des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gespeisten Finanzierung dieser Institution bestehen darüber hinaus auch verfassungsrechtliche Bedenken, da nach der Finanzverfassung des Grundgesetzes Bund und Länder, einschließlich der Bundes- resp. Landesaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger, gesondert die ihnen zugewiesenen gesetzlichen Aufgaben tragen und ihre Haushalte getrennt zu halten haben.

Die geforderte Stärkung lebensweltbezogener Maßnahmen sowie von Qualitätssicherung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung können auch ohne die vorgeschlagene Fondslösung bei der Finanzierung verwirklicht werden. Der GKV-Spitzenverband unterstützt den im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgezeichneten Weg, die unterschiedlichen Träger in wechselseitiger Abstimmung und Zusammenarbeit, aber *unter Wahrung ihrer Finanzautonomie*, zum Ausbau und zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen auf Basis gemeinsamer Ziele zu verpflichten. Nur wenn bei aufgabengerechter Verteilung der Zuständigkeiten die Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung in *einer* Hand liegen, lassen sich Unwirtschaftlichkeiten und Kostenverlagerungen zwischen Staat und Sozialversicherun-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.04.2015

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ (BT-Drs. 18/4322 vom 17.03.2015)

Seite 4 von 4

gen ausschließen. Unverträglich hiermit sind sowohl gemischt finanzierte Fonds wie auch verpflichtende Beauftragungen von Bundesbehörden aus Beitragsmitteln der Sozialversicherung, die gleichermaßen ordnungspolitische Fehlentscheidungen darstellen würden.

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 20.04.2015**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Gesundheit für alle ermöglichen –
Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein
modernes Gesundheitsförderungsgesetz“
(Drucksache 18/4327 vom 18.03.2015)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll einen Entwurf für ein Gesundheitsförderungsgesetz vorlegen, der die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger verbessert und einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leistet. Eine auf Vergrößerung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtete Prävention habe ihr Augenmerk nicht nur auf die Verringerung schichtspezifischer Unterschiede im Gesundheitszustand, sondern auch auf die Verringerung geschlechtsspezifischer sowie mit einem Migrationshintergrund, dem Wohnsitz (z. B. in sozial benachteiligten Stadtteilen) oder Arbeitslosigkeit verbundener Ungleichheiten zu richten. Der Schwerpunkt des Gesetzes soll auf den „Alltagswelten“ (synonym zu „Lebenswelten“) der Menschen liegen, insbesondere Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen und Gemeinden. Hier sollen unter aktiver Beteiligung der dort lebenden Menschen Veränderungsprozesse für eine Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und die Verminderung gesundheitlicher Risiken initiiert und begleitet werden. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung soll insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen für ältere und weibliche Beschäftigte gestärkt werden. Wesentliche Handlungsebene für die Gesundheitsförderung ist die Kommune. Auf kommunaler Ebene sollen Strukturen und Angebote für eine nachhaltige und sozial ausgleichende Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen bzw. gestärkt werden. Das geforderte Gesundheitsförderungsgesetz soll die Grundlagen für eine gemeinsame Zielbildung in Prävention und Gesundheitsförderung schaffen und die Koordination und Kooperation der maßgeblichen Akteure auf Basis dieser Ziele auf allen föderalen Ebenen unter Anknüpfung an bereits etablierte und bewährte Strukturen verbessern. Bund, die Länder, die Kommunen, die Sozialversicherungen sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung sollen an der Finanzierung der Prävention beteiligt werden. Der auf die GKV entfallende Beitrag an der Finanzierung der Primärprävention und Gesundheitsförderung soll auf 10 Euro pro Versicherten und Jahr und damit um 40 Prozent über den im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgesehenen Betrag hinaus angehoben werden; zum Umfang der von den übrigen Finanzierungsträgern beizusteuernenden Anteile werden keine Angaben gemacht.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Prävention auf die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit insbesondere durch Ausbau und qualitative Stärkung wirksamer und nachhaltiger Maßnahmen in den Lebens- bzw. Alltagswelten der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet werden soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht hier eine grundsätzliche Übereinstimmung mit dem von der Bundesregierung in ihrem Präventionsgesetz-Entwurf verfolgten Ansatz. Bei grundsätzlicher Zustimmung zu den Intentionen des Antrags ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die in der Begründung enthaltene Kritik an der Praxis der

von den Krankenkassen auf Basis der geltenden Rechtslage erbrachten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen unbegründet. Die verstärkte Ausrichtung der Prävention auf die bessere Erreichung sozial benachteiligter Gruppen darf nicht gegen andere effektive Präventionsarten ausgespielt werden. Die GKV erbringt auf Basis der Paragraphen 20 und 20a SGB V qualitätsgesicherte Leistungen zur individuellen Primärprävention (Gesundheitskurse) und leistet Unterstützung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – überwiegend in Schulen, Kindertageseinrichtungen und Gemeinden sowie im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung – nach dem GKV-Leitfaden Prävention in einem Gesamtumfang von 289 Millionen Euro (2014). Die Bonusprogramme der Krankenkassen nach § 65 a SGB V im Umfang von über 300 Millionen Euro flankieren diese Leistungen durch finanzielle Anreize. Die Wirksamkeit der Bonusprogramme zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens ist anhand strenger Kriterien im Kontrollgruppenvergleich überzeugend nachgewiesen. Hinzu kommen die umfangreichen Präventionsleistungen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems von den Schutzimpfungen über die Früherkennungsuntersuchungen bis zur zahnmedizinischen Prävention. Die GKV erbringt zusammen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in einem Gesamtumfang von ca. fünf Milliarden Euro. In Anbetracht des bereits jetzt annähernd zur Hälfte von der GKV finanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungsgeschehens (bei Gesamtausgaben von ca. 11 Milliarden Euro) weist der GKV-Spitzenverband die Forderung nach weiterer Anhebung des von der GKV beizusteuernenden Finanzierungsanteils zurück. Die Stärkung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe darf sich nicht darin erschöpfen, dass nur der auf die GKV entfallende Anteil angehoben wird.

Die Forderung nach Stärkung von Koordination und Vernetzung der Prävention insbesondere auf kommunaler Ebene – unter Anknüpfung an bereits etablierte und bewährte Strukturen – wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich geteilt. Hier stellt sich allerdings die Frage, wie mit einem *Bundesgesetz* Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen strukturell noch mehr gestärkt werden können. Der Bundesgesetzgeber verfügt im föderalen Kompetenzgefüge im Wesentlichen nur über die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, um die Prävention inhaltlich und finanziell zu gestalten. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Präventionsgesetz werden zur Stärkung von Zielorientierung und Zusammenarbeit Bundesrahmenempfehlungen der Sozialversicherungsträger auf der Bundesebene und auf Landesebene darauf aufbauende verpflichtende Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen vorgesehen. Die im Präventionsgesetz-Entwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen zu den Bundesrahmenempfehlungen und den Landesrahmenverein-

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ (BT-Drs. 18/43427 vom 18.03.2015)

Seite 4 von 4

barungen erscheinen als das im bundesstaatlichen Kompetenzgefüge Machbare zur Verbesserung von Koordination und Vernetzung der unterschiedlichen Präventionsakteure.