



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und der Prävention (Prä-
ventionsgesetz – PräVG) vom 11. März 2015

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem
Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundes-
tages am 22. April 2015

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Vorbemerkung.....	4
2. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf	6
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20 Absatz 3 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung).....	6
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20 Absatz 6 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung).....	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 20a Absatz 3 und 4 – neu – (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten) in Verbindung mit Artikel 2 Nr. 2 § 20a Absatz 3 (Vergütung der BZgA)	8
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 20e – neu – (Nationale Präventionskonferenz).....	9
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 14 § 25 (Gesundheitsuntersuchungen)	10
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 15 § 26 (Kinderuntersuchung).....	12
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 § 65a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	13
• Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 20 Absatz 5 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung).....	14
• Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)	15

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
PKV	Private Krankenversicherung
SPV	Soziale Pflegeversicherung

1. Vorbemerkung

Prävention und Gesundheitsförderung genießen eine hohe Akzeptanz und sind neben Kuration und Rehabilitation eine wichtige Säule in der gesundheitlichen Versorgung. Die GKV hat sich in diesem Feld in den vergangenen 20 Jahren zum dominierenden Akteur entwickelt: Im Jahr 2013 gab sie 267 Millionen Euro für Präventionsmaßnahmen aus und erreichte damit mehr als fünf Millionen Menschen. Der Gesetzgeber scheiterte bisher daran, dieser Entwicklung die geeigneten politischen Rahmenbedingungen folgen zu lassen. Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention nimmt sich nun dieser Aufgabe an. Die Grundhaltung dieses Entwurfes ist an vielen Stellen zu begrüßen.

Insbesondere gilt dies für das Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in nichtbetriebliche Lebenswelten („Settings“) zu tragen. Die Ersatzkassen begrüßen, dass sich dies im vorliegenden Entwurf widerspiegelt und er zudem explizit das Setting Pflegeheim einbezieht. Für die parlamentarischen Beratungen sehen die Ersatzkassen die folgenden Schwerpunkte:

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung ernstnehmen

Es reicht nicht, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Man muss sie auch so ausgestalten. Das Präventionsgesetz bezieht zwar sämtliche Sozialversicherungsträger bei der Präventionsstrategie und der dazugehörigen Präventionskonferenz ein. Finanziell beteiligt bzw. finanzielle Mehrausgaben tragen wird zukünftig aber nur die GKV und die SPV. Der PKV wird ihr Engagement weiter freigestellt, obwohl ihre Versicherten ebenso von den Präventionsmaßnahmen profitieren werden. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde die Eintrittsschwelle für die PKV, um an der Präventionskonferenz teilzunehmen, sogar von vier auf zwei Euro je Versichertem halbiert.

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung misst sich aber nicht nur in der Teilnahme an Konferenzen und Runden Tischen, sondern auch in konkreten Ausgaben. Hier stehen nicht nur die GKV und die SPV, sondern auch PKV, Bund, Länder, Kommunen und die weiteren Sozialversicherungsträger in der Pflicht. Sehr deutlich wird: Dem Gesetzesentwurf fehlt der interministerielle Rückhalt. Das Präventionsgesetz regelt die Bereiche, die in die Zuständigkeit des BMG fallen. Andere relevante Bereiche – Verbraucherschutz, Arbeit, Wirtschaft, Ernährung, Jugend oder Familie – werden, wenn überhaupt, nur auf freiwilliger Basis eingebunden. Hier zeigt sich, dass das Präventionsgesetz eben nicht gesamtgesellschaftlich ausgestaltet ist und damit viel Potenzial verschenkt wird.

Rolle der BZgA überdenken

Der Gesetzgeber sollte auch die Rolle der BZgA überdenken. Gleich mehrere Aspekte sind hier problematisch. Erstens: Obwohl die GKV sonst den strengen Vorgaben des Vergaberechtes unterliegt, wird hier ein Vertragspartner gesetzlich vorgeschrieben. Zweitens handelt es sich bei diesem Vertragspartner um eine nachgeordnete Behörde des BMG. Hier bleibt fraglich, wie sichergestellt werden soll, dass es zu keiner Mischfinanzierung zwischen Beitragszahler- und Steuergeldern kommt. Denn GKV-Aktivitäten und

BZgA-Auftrag sind in der Praxis nicht immer trennscharf auseinanderzuhalten. Drittens sind die geplanten 35 Millionen Euro, die die BZgA jährlich erhalten soll, für reine Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten völlig überdimensioniert.

Ärztliche Bescheinigungen für Präventionsmaßnahmen kritisch überprüfen

Grundsätzlich sind Ärzte schon heute verpflichtet, Patienten zu beraten, wie sie sich gesund verhalten können und ihnen weiterführende (Präventions-) Maßnahmen zu empfehlen. Dass nun eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung geschaffen werden soll, ist daher unnötig. Die Erfahrung zeigt zudem, dass jeder ärztlichen Bescheinigung der Ruf nach zusätzlicher Vergütung folgt; also nicht sichergestellt werden kann, dass die Empfehlung wirklich kostenneutral erfolgen kann. Auch Fehlsteuerungen sind nicht ausgeschlossen. Die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung sollte daher gestrichen werden.

Ausgaben für Prävention schrittweise erhöhen

Die Ersatzkassen sind bereit, ihr präventionsbezogenes Engagement weiter auszubauen. Die vom Gesetzgeber geplante Anhebung ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Steigerung, die qualitätsgesichert nur schwer zu leisten ist. Dafür fehlt es sowohl an Strukturen als auch an Partnern. Die Ersatzkassen schlagen daher vor, eine Übergangsregelung vor, so dass nicht-verausgabte Mittel erst ab dem Jahr 2017 ins Folgejahr zu übernehmen sind.

Zertifizierung rechtssicher ausgestalten

Das Präventionsgesetz stellt die Zertifizierung von Präventionskursen auf eine rechtssichere Grundlage. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. In der Praxis bilden viele Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, um die Zertifizierung zu beauftragen. Um diese bewährte Praxis abzusichern, empfehlen die Ersatzkassen eine entsprechende Klarstellung. Gleiches gilt für die Rechtsnatur der Zertifizierung. Die empfohlene Klarstellung ist insbesondere deshalb dringlich geboten, weil die bewährte Praxis in jüngerer Zeit in zahlreichen Gerichtsverfahren rechtlich angegriffen wird und der Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung die dort aufgeworfenen Fragen nicht vollständig beantwortet.

2. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 3 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Der GKV-SV ist verpflichtet, bei der Entwicklung von Handlungsfeldern und Kriterien die Gesundheitsziele vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de zu berücksichtigen. Ebenfalls berücksichtigen muss der GKV-SV die durch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele.

Bewertung:

Die Orientierung an Gesundheitszielen kann in einem föderalen System helfen, die Gesundheitspolitik und Prävention auszurichten. Die GKV verfügt daher bereits über konsentrierte Präventionsziele. Diese basieren auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen, sind messbar und werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt.

Die Berücksichtigung der Festlegungen von gesundheitsziele.de und der GDA in diesem Zusammenhang ist sinnvoll und entspricht der Praxis. Die Gesundheitsziele von gesundheitsziele.de können aber nicht eins zu eins übernommen werden. Denn der Zielekanon von gesundheitsziele.de reicht zum einen über die Primärprävention deutlich hinaus. Zum anderen sind die Gesundheitsziele von gesundheitsziele.de an epidemiologische Notwendigkeiten mit einem Public-Health Ansatz ausgerichtet. Der vdek schlägt daher vor, nur die Ziele für die GKV verbindlich zu machen, die der Primärprävention dienen und somit von den Kassen übernommen werden sollten.

Des Weiteren ist die bloße Übernahme der aktuell geltenden Ziele von gesundheitsziele.de nicht zielführend. Die Ziele ändern sich und werden in stetem Austausch zwischen den Trägern von gesundheitsziele.de angepasst. Sinnvoller wäre hier, eine Formulierung zu wählen, die diese Dynamik anerkennt.

Änderungsvorschlag:

§ 20 Absatz 3 wird gestrichen. Er wird ersetzt durch:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die Ziele und Teilziele, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom [einsetzen: Datum der Veröffentlichung und Seitenangabe im Bundesanzeiger] festgelegt sind, sofern sie der Primärprävention dienen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 20 Absatz 6 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Ab dem 1. Januar 2016 gilt für Krankenkassen der Richtwert von sieben Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. In diesem Beitrag vorgesehen ist ein Mindestwert von jeweils zwei Euro für Leistungen in den nicht-betrieblichen Lebenswelten und für die BGF. Diese Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgrößen (§ 18 Absatz 1 SGB IV) anzupassen.

Bewertung:

Die Ersatzkassen sind bereit, ihr präventionsbezogenes Engagement weiter qualitätsgesichert auszubauen. Die Anhebung dieses Wertes auf sieben Euro im Jahr 2016 ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Steigerung, die kurzfristig von der GKV qualitätsgesichert nur schwer zu leisten ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Erhöhung des Richtwertes für die GKV nur dann gesellschaftspolitisch vertretbar ist, wenn auch die anderen relevanten Akteure in der Prävention dazu verpflichtet werden, ihren Beitrag zu leisten. Eine Quotierung engt die Spielräume der Krankenkassen als Hauptakteur der Prävention ein. Dies kann kontraproduktiv sein. Die Ersatzkassen plädieren grundsätzlich für Gestaltungsfreiheit, auch in finanzieller Hinsicht.

Insbesondere in der Setting-Prävention kann eine Ausgabensteigerung nur unter Berücksichtigung langsam wachsender Strukturen vollzogen werden. Schon heute fehlen der GKV vor allem bei der Prävention in den nichtbetrieblichen Settings teilweise Strukturen und Partner, um Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen. Geld allein wird dieses Problem nicht richten, gerade im ersten Jahr der Neuregelung, der „Aufbauphase“, nicht. Dies sollte im Gesetzesentwurf berücksichtigt werden, indem erst ab dem Jahr 2017 hier nichtverausgabte Mittel ins Folgejahr übernommen werden.

Änderungsvorschlag:

In § 20 Absatz 6 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: *„Ab dem Jahr 2017 werden nichtverausgabte Mittel nach Satz 2 ins Folgejahr übernommen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20a Absatz 3 und 4 – neu – (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten)

in Verbindung mit

Artikel 2

Nr. 2

§ 20a Absatz 3 (Vergütung der BZgA)

Beabsichtigte Neuregelung:

Der GKV–SV beauftragt die BZgA ab dem Jahr 2016 mit der Unterstützung der Krankenkassen bei der Prävention in den nicht–betrieblichen Lebenswelten der gesetzlich Versicherten, insbesondere Kitas, sonstige Einrichtungen der Kinder– und Jugendhilfe, Schulen sowie Lebenswelten älterer Menschen. Schwerpunkt soll die Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und die wissenschaftliche Evaluation sein. Die pauschale Vergütung durch den GKV–SV entspricht mindestens einem Viertel der Leistungen, die die Krankenkassen für Prävention in den nicht–betrieblichen Lebenswelten aufbringen müssen (= 0,50 Euro).

Bewertung:

Die Ersatzkassen lehnen die verpflichtende Abgabe von Beitragszahlergeld an eine nachgeordnete Behörde des BMG ab. Kernaufgaben und –kompetenz der BZgA liegen in der Gestaltung und Durchführung von Aufklärungskampagnen sowie in der Erarbeitung von Informations– und Aufklärungsmaterial und in der Aus– und Fortbildung von in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Personen. Die Setting–Prävention erfordert aber andere Kompetenzen sowie eine personalintensive Begleitung konkreter Projekte vor Ort, d. h. in Schulen, Kindergärten, usw. Daran ändert auch nichts, dass die BZgA nun – im Vergleich zum Referentenentwurf – nicht mehr mit der Durchführung, sondern der Entwicklung beauftragt wird. Bei beiden Tätigkeiten ist nicht ersichtlich, wie die BZgA diese Aufgabe besser als die Krankenkassen lösen kann.

Statt dem vorgesehenen Heranziehen externer Partner sollte die Erfahrung und Kompetenz der Kassen genutzt und deren Handlungsspielraum erhalten werden. Die Finanzierung bevölkerungsbezogener Informationsmaterialien und Aufklärungskampagnen hat zudem aus Steuermitteln zu erfolgen. Es ist auch fraglich, ob die GKV die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG mit der Durchführung bestimmter Maßnahmen tatsächlich beauftragen kann. Faktisch handelt die BZgA ausschließlich auf Erlass des BMG. Hier bestehen auch rechtliche Bedenken. Während in anderen Bereichen strenge vergaberechtliche Vorgaben für Kassen gelten, soll hier in Höhe eines zweistelligen Millionenbetrages die GKV Leistungen eines gesetzlich bestimmten Anbieters „einkaufen“. Grundsätzlich droht auch ein Verschiebepbahnhof, nämlich dann, wenn Standardaufgaben der BZgA künftig über GKV–Mittel finanziert werden.

Statt auf die BZgA für die Entwicklung von übergreifenden Settingprojekten zurückzugreifen, sollte auf bereits bestehende und bewährte Kompetenz–

strukturen aufgebaut werden. Dazu gehören die Koordinationsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit (ehemals regionale Knoten), die über die Erfahrung, das Wissen und die personellen Möglichkeiten verfügen, kassenübergreifende Projektkoordinationen zu übernehmen. Diese werden von den Krankenkassen bereits seit Jahren finanziert und haben sich kontinuierlich weiterentwickelt.

Änderungsvorschlag:

Streichung von § 20a Absatz 3 und 4 (neu).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 20e – neu – (Nationale Präventionskonferenz)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Präventionsstrategie wird durch eine Nationale Präventionskonferenz entwickelt und fortgeschrieben. Sie besteht als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 (GKV, GRV, GUV, SPV) mit je zwei Sitzen. Sofern sich die PKV und Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, finanziell angemessen an Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen beteiligen, erhält der PKV-Verband ebenfalls einen Sitz. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Kommunale Spitzenverbände, die repräsentativen Spitzenorganisationen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit jeweils einem beratenden Vertreter teil. Arbeitsweise und Beschlussverfahren der Konferenz werden in einer Geschäftsordnung geregelt, die einstimmig angenommen werden muss. Die Geschäfte der Konferenz führt die BZgA.

Zudem berät ein Präventionsforum die Nationale Präventionskonferenz, in der Regel einmal jährlich. Es setzt sich zusammen aus Vertretern der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Präventionskonferenz. Die Konferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Forums und erstattet ihr die Kosten. Die Geschäftsordnung der Konferenz regelt die Durchführung des Forums.

Bewertung:

An dieser Stelle des Entwurfes wird die große ordnungspolitische Schwäche des Präventionsgesetzes deutlich: Zwar werden – und das ist zu begrüßen – alle Akteure an einen Tisch gebracht, damit Prävention und Gesundheitsförderung künftig stärker kooperativ erfolgen und besser koordiniert werden kann. Obwohl dieser Auftrag aber als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird, müssen zukünftig nur die GKV und SPV ihre Mittel für Prävention erhöhen und das deutlich. Die weiteren Sozialversicherungsträger, die nicht in der Zuständigkeit des BMG liegen, werden finanziell nicht an Prä-

vention beteiligt. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die gleiche Sitz- und Stimmverteilung in der Konferenz abzulehnen. Es ist nicht zu akzeptieren, dass andere Versicherungen über die Verwendung von GKV-Geldern mitbestimmen. Es sei denn, die GKV wird explizit mit einem Veto-Recht ausgestattet.

Ordnungspolitisch ähnlich fragwürdig bleibt die freiwillige Einbindung der PKV, die sich zwar an Präventionsmaßnahmen beteiligen kann, aber nicht muss. Privat Versicherte werden von der Prävention in den Lebenswelten profitieren, insofern wäre es nur folgerichtig gewesen, die PKV auch verpflichtend zu beteiligen. Hier wäre es an dem Gesetzgeber gewesen, eine ressortübergreifende Lösung zu finden, die über die Kompetenzen des BMG hinausgeht.

Die BZgA als Geschäftsstelle der Konferenz zu bestimmen, ist ein Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Es ist nicht ersichtlich, warum die GKV ausgerechnet eine nachgeordnete Behörde des BMG beauftragen sollte. Wenn das BMG die BZgA aus Gründen der Expertise beteiligen will, wäre hier das Präventionsforum der richtige Ort.

Die Konferenz durch ein Forum begleiten zu lassen ist sinnvoll. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. ist für die Durchführung geeignet.

Änderungsvorschlag:

In § 20e Absatz 1 wird der Satz *„Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“* gestrichen und ersetzt durch *„Wer die Geschäfte der Präventionskonferenz führt, bestimmen die stimmberechtigten Mitglieder der Konferenz“*.

In § 20e Absatz 2 wird nach dem Wort *„zusammen“* der Satz *„sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“* eingefügt.

In § 20e Absatz 1 wird nach Satz 7 folgender Satz 8 eingefügt: *„Dabei ist ein Veto-Recht für die Vertreter der Spitzenorganisation der Krankenkassen vorzusehen.“*

Die Sätze 8 und 9 werden zu den Sätzen 9 und 10.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 25 (Gesundheitsuntersuchungen)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Neufassung ermöglicht die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung zur individuellen Verhaltensprävention (Präventionsempfehlung) in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Anlass können der Check-up 35 oder jede

kurative Behandlung sein. Diese ist von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zu berücksichtigen. Explizit werden die von Deutschem Olympischen Sportbund und Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen genannt.

Die bisher festgeschriebene Häufigkeit des Anspruchs auf Gesundheitsuntersuchungen alle zwei Jahre entfällt. Ebenfalls entfallen die untere Altersgrenze von 35 Jahren und die Aufzählung von Zielkrankheiten.

Der G-BA muss die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anpassen. Er erhält eine Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, um in seinen Richtlinien das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen zu regeln. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Bewertung:

Die Idee hinter Vorsorgeuntersuchungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Bisher haben Versicherte diese allerdings eher zurückhaltend in Anspruch genommen. Ob eine Ausweitung des Check-up 35 dieses Inanspruchnahmeverhalten ändert, muss abgewartet werden.

An dieser Stelle weisen die Ersatzkassen auf die in ihren Augen problematische Malusregelung des § 62 Absatz 1 Satz 3 hin. Nach dieser Regelung beträgt die Belastungsgrenze für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 diese Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben, zwei statt einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bisher konnte jedoch kein Beleg erbracht werden kann, dass die Teilnahme an einer solchen Gesundheitsuntersuchung das Eintreten oder das Verschlimmern einer Krankheit positiv beeinflusst. Die Malusregelung sollte daher gestrichen werden.

Sehr kritisch sieht der vdek die Präventionsempfehlungen in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Grundsätzlich soll ein Arzt schon heute seine Patienten hinsichtlich der Gesunderhaltung beraten und darüber hinausgehende Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (auch Präventionsmaßnahmen) aussprechen. Eine wie durch den Gesetzesentwurf vorgesehene formale Präventionsempfehlung ist also unnötig. Darüber hinaus zeigt die Erfahrung genauso wie die Äußerungen von Vertretern der Ärzteschaft nach Veröffentlichung des Referentenentwurfes, dass jedem Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung der Ruf nach Vergütung folgt. Niedergelassene Ärzte nun für eine Leistung extra zu vergüten, die bereits Leistungsbestandteil ist, kann nicht im Sinne des Gesetzgebers liegen. Des Weiteren wird durch die zusätzliche Vergütung ein Anreiz gesetzt, Präventionsempfehlungen ohne konkreten Anlass auszusprechen.

Ebenfalls könnten die Empfehlungen genutzt werden, um Versicherte vorzugsweise in die arzteigenen Angebote zu steuern. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung festlegen, wie viele primärpräventive Leistungen im Kalenderjahr bezuschusst werden. Die ärztliche Bescheinigung höhlt diese sinnvolle, Mitnahmeeffekte ausschließende Regelung in der Sat-

zung aus, da eine ärztliche Präventionsempfehlung grundsätzlich berücksichtigt werden soll.

Explizit nennt der Gesetzesentwurf Sportangebote, die durch den DOSB und die BÄK zertifiziert wurden, als mögliches Ergebnis einer Präventionsempfehlung. Viele dieser Angebote erfüllen die Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention und werden von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert und von den Krankenkassen bezuschusst. Hier besteht die Gefahr, dass Doppelstrukturen entstehen, die an den Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dienstleistern vorbeilaufen. Deswegen wird empfohlen, diesen Verweis zu streichen oder nur auf gemäß § 20 Absatz 5 qualitätsgesicherte Angebote hinzuweisen.

Da der Gesetzgeber weder die oben beschriebenen Fehlsteuerungen ausschließen kann, noch, dass die Ärzteschaft eine Vergütung der Präventionsempfehlungen einfordert, sollte die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung gestrichen werden.

Änderungsvorschlag:

In § 25 Absatz 1 i. d. n. F. wird der Satz *„Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt.“* gestrichen.

In § 25 Absatz 1 i. d. n. F. wird der Halbsatz *„und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“* gestrichen

Auf den Änderungsvorschlag zu Nr. 15 § 26 SGB V wird verwiesen.

Ergänzender Änderungsvorschlag zur Malusregelung:

§ 62 Absatz 1 Sätze 3 bis 5 werden gestrichen. Die Sätze 6 und 7 werden die Sätze 3 und 4.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 26 (Kinderuntersuchung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter wird durchgängig bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet. Klargestellt wird, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankheiten beziehen, die die psychosoziale Entwicklung gefährden. Der untersuchende Arzt muss die Eltern über vordringliche Gesundheitsrisiken informieren und in Kernbotschaften darauf hinweisen, wie die Gesundheit des Kindes gefördert werden kann. Soweit medizinisch angezeigt, soll eine Präventionsempfehlung analog zu den Untersuchungen bei Erwachsenen ausgestellt werden können. Die Verhal-

tensprävention kann sich nicht nur an die Kinder und Jugendliche richten, sondern auch an die Eltern bzw. Sorgeberechtigten mit dem Ziel, deren Gesundheitskompetenz zu steigern.

Der G-BA bestimmt in seinen Richtlinien das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen und den Inhalt der Präventionsempfehlungen. Die Altersgrenze (Vollendung des 6. Lebensjahres) bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bleibt unverändert bestehen.

Bewertung:

Auch hier gilt (vgl. Bewertung zu Nr. 14 § 25 SGB V), dass die Ärzte bereits heute einer Verpflichtung zur allgemeinen Gesundheitsberatung unterliegen und der Arzt schon heute eine Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (auch Präventionsmaßnahmen) aussprechen kann. Die vorgesehene Präventionsempfehlung ist also auch an dieser Stelle unnötig.

Die Ersatzkassen bieten auf freiwilliger Basis vielfach zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter an. Gegen die altersmäßige Ausweitung bestehen daher grundsätzlich keine Bedenken. Zu bedenken ist, dass hier eine schwierige Evidenzlage bei vielen Früherkennungsuntersuchungen vorliegt. Daher sollte stets eine Prüfung durch den G-BA mit einer Bewertung des Nutzens erfolgen.

Änderungsvorschlag:

In § 26 Absatz 1 i. d. n. F. wird gestrichen: *„Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erstellt.“*

Auf den Änderungsvorschlag zu Nr. 14 § 25 SGB V wird verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 65a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Sachverhalt:

Bisher können Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten erhalten. Diese Kann-Regelung wird in eine Soll-Regelung überführt. Jede Kasse muss in ihrer Satzung Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen. Die Bonusprogramme gelten ausschließlich für zertifizierte Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention.

Auch der Bonus bei der BGF durch Arbeitgeber, den Krankenkassen an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte zahlen können, wird von einer Kann- in eine Soll-Regelung überführt.

Bewertung:

Die Überführung der Kann-Regelung des § 65a SGB V in eine Soll-Regelung wird abgelehnt. Den Kassen sollte selbst überlassen sein, mit welchen Mitteln sie das Erreichen von Präventionszielen belohnen.

Änderungsvorschlag:

§ 65a Absatz 1 und 2 SGB V (alt) werden nicht geändert.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 5 – neu – (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Leistungen zur Verhaltensprävention dürfen nur erbracht werden, wenn diese durch Krankenkassen nach dem vom GKV-SV zu entwickelnden Verfahren oder durch einen von den Krankenkassen beauftragten Dritten zertifiziert wurden.

Bewertung:

Seit dem 1. Januar 2014 gibt es eine bundesweite Prüfstelle, die im Auftrag der beteiligten Krankenkassen und Krankenkassenverbände Präventionskurse hinsichtlich ihrer Förderfähigkeit zentral prüft.

Diese Zertifizierung soll nun auf eine rechtliche Grundlage gestellt werden, was ausdrücklich zu begrüßen ist. Allerdings wurde die Zulässigkeit der bisherigen und bewährten Praxis der gemeinsamen Beauftragung eines Dritten durch mehrere Krankenkassen in der Vergangenheit durch das BVA hinterfragt, da § 197b SGB V offen lässt, ob die Aufgabenerledigung durch Dritte nicht nur durch eine einzelne Krankenkasse, sondern auch durch mehrere Krankenkassen als Arbeitsgemeinschaft im Sinne von § 94 Abs. 1 SGB X gemeinschaftlich veranlasst werden darf. Zur Beantwortung dieser Frage und zur Absicherung der bewährten Praxis empfehlen die Ersatzkassen eine klarstellende Ergänzung der Regelung (siehe Änderungsvorschlag § 20 Absatz 5 Satz 2 – neu –).

Offen ist des Weiteren die Rechtsnatur der Zertifizierung. In anhängigen Gerichtsverfahren wird diese Frage thematisiert und vertreten, dass die Entscheidung über die Zertifizierung gegenüber dem Anbieter der Leistung die Merkmale eines Verwaltungsaktes im Sinne von § 31 SGB X erfüllt. Die Ersatzkassen empfehlen, auch diese Frage im Interesse der Rechtssicherheit zu beantworten. Der Annahme eines Verwaltungsaktes steht nicht entgegen, dass die Entscheidung gegebenenfalls auch durch einen beauftragten Dritten getroffen wird, da dies nach § 89 Absatz 1 SGB X zulässig ist und § 20 Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich regelt, dass die Entscheidung des Dritten im Namen des Auftraggebers erfolgt. Bei einer Qualifizierung als Verwaltungsakt empfehlen die Ersatzkassen, im Interesse sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherten an einer beschleunigten Entscheidung die Durch-

führung eines Vorverfahrens für entbehrlich zu erklären und eine entsprechende Ergänzung der Vorschrift vorzunehmen. Mit der vorgeschlagenen Ergänzung (§ 20 Absatz 5 Satz 3 –neu –) erfolgt zugleich eine Klarstellung, dass es sich bei der Entscheidung über die Zertifizierung um einen Verwaltungsakt handelt.

Änderungsvorschlag:

In § 20 Absatz 5 werden nach Satz 1 – neu – die folgenden (neuen) Sätze eingefügt: *„Die Beauftragung eines Dritten kann durch mehrere Krankenkassen gemeinschaftlich erfolgen. Ein Vorverfahren gegen die Entscheidung über die Zertifizierung findet nicht statt.“*

Für die Zertifizierung von BGF-Maßnahmen in Artikel 2 Nr. 3 § 20b Absatz 1 – neu – gilt analog:

§ 20 b Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst: *„§ 20 Absatz 5 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.“*

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung:

Pflegekassen sollen zukünftig für in der SPV Versicherte Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Im Jahr 2016 sollen die Aufwendungen 0,30 Euro umfassen. Der Wert ist in den Folgejahren entsprechend der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen.

Die Pflegekassen sollen die Leistungen zur Prävention kassenübergreifend erbringen und Kooperationsvereinbarungen abschließen. Erreicht eine Pflegekasse den Betrag von 0,30 Euro nicht, überträgt sie die nicht ausgegebenen Mittel an den GKV-SV, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung der Leistungen geschlossen haben. Die Kooperationsvereinbarungen müssen den Aufsichtsbehörden nicht vorgelegt werden.

Bewertung:

Die Prävention in Pflegeeinrichtungen ist zurzeit noch stark ausbaufähig. Der Vorschlag wird daher begrüßt. Dennoch sollte bedacht werden, dass der Ausgabenwert gerade im Hinblick darauf, dass zurzeit noch eher wenig Prävention in diesen Lebenswelten stattfindet, sehr hoch ist. Es wird Zeit brauchen, bis entsprechende Partner und Strukturen gefunden werden können.

Die Prävention in Pflegeheimen ist allerdings nicht nur für gesetzlich Versicherte ausbaufähig, sondern auch für privat Versicherte. Auch in der Lebenswelt Pflegeheim wird jedoch nicht – und sollte auch nicht – in der konkreten Alltagssituation zwischen privat und gesetzlich Versichertem unter-

schieden werden. Auch hier sollte daher die PKV finanziell verpflichtend in gleicher Höhe einbezogen werden.

Die soziale Pflegeversicherung ist dem Grunde nach eine Einheitsversicherung. Verträge und Vereinbarungen werden kassenartenübergreifend geschlossen. Und in der Setting-Prävention bietet sich auch mit Blick auf die Zielgruppe ein gemeinsames Handeln der Pflegekassen an. Insofern ist die Vereinbarung von kassenartenübergreifenden Regelungen für Präventionsleistungen nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag:

Nach § 5 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt: *„Die Absätze 1 und 2 gelten für Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend.“*

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