



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

—
Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 20.04.2015

—
zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PrävG)

BT-Drs. 18/4282

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....	4
II. Detailkommentierung.....	7
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
§ 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	7
§ 20 Abs. 3.....	9
§ 20 Abs. 6.....	11
§ 20a Abs. 1 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	13
§ 20a Abs. 3 und 4.....	15
§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung	18
§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	19
§ 20d Abs. 1 Nationale Präventionsstrategie.....	20
§ 20d Abs. 2.....	21
§ 20e Abs. 1 Nationale Präventionskonferenz.....	22
§ 20f Abs. 1 Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	23
§ 20f Abs. 2.....	24
§ 20g Abs. 1 Modellvorhaben.....	26
§ 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen	27
§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe	28
§ 25 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen.....	30
§ 25 Abs. 3.....	33
§ 26 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.....	34
§ 65a Abs. 1 und 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	37
Artikel 2 – Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	38
§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	38
§ 20b Abs. 3 Betriebliche Gesundheitsförderung	40
§ 20b Abs. 4.....	41

Artikel 6 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	42
§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	42
§ 113a Expertenstandards zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege.....	46
Artikel 7 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	48
§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	48
III. Weiterer Änderungsbedarf	50

I. Vorbemerkung

Der BKK Dachverband begrüßt grundsätzlich den Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), denn der soziale und demographische Wandel und die sich damit ändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen werden begleitet von einem Anstieg chronischer und nicht-übertragbarer Erkrankungen.. Da dies zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem sowie zu Produktivitätseinbußen in den Unternehmen und in unserer Wirtschaft insgesamt führt, ist es richtig, der Gesundheitsförderung und der Prävention einen größeren Stellenwert einzuräumen.

Die **Erhöhung des Richtwertes** auf sieben Euro eröffnet vielen Kassen im BKK System, die sich schon bisher stark bei Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung engagieren, einen größeren finanziellen Spielraum. Um ein gewünschtes, aber häufig seitens der Aufsicht beschränktes, Agieren zu ermöglichen, sollte - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots - mit der gesetzlichen Regelung darüber hinaus eine unbegrenzte Überschreitung dieses Richtwertes vorgesehen werden.

Die Forderung des Gesetzgebers nach einem **Mindestbetrag** für Präventionsausgaben können die Betriebskrankenkassen nachvollziehen. Die vorgesehene **Quotierung** lehnen sie jedoch ab: sie nimmt den Kassen die Möglichkeit, Gelder gezielt in denjenigen Lebensräumen einzusetzen, wo sie konkret benötigt werden. Sie zwingt ferner zur Verausgabung von Finanzmitteln, selbst wenn die notwendigen „Nachfragestrukturen“ (noch) fehlen.

Diese Fehlanreize zur Verausgabung der Gelder nach dem „Gießkannenprinzip“ werden noch dadurch verstärkt, dass die **nicht verausgabten Mittel** für die betrieblichen Gesundheitsförderung sowie im Bereich der Pflegeversicherung an den GKV-Spitzenverband fließen sollen, der diese wiederum verteilt. Dies führt zum Aufbau überflüssiger bürokratischer Strukturen, eine effiziente Mittelverwendung ist so nicht sichergestellt.

Alternativ schlagen die Betriebskrankenkassen daher folgende Regelungen vor: Der Mindestbetrag wird auf 3 Euro festgesetzt und kann insgesamt für Leistungen nach § 20a und § 20b ausgegeben werden. Die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel dürfen von der Einzelkasse zunächst auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu, dessen Verbände die Gelder gezielt und auf Basis des konkreten regionalen Bedarfs einsetzen. So wird zum einen gewährleistet, dass keine unnötige Bürokratie beim GKV-Spitzenverband in Form einer Mittelsammel- und -verteilungsstelle aufgebaut wird. Zum anderen werden die Finanzmittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten zielgerichtet eingesetzt.

Die Etablierung der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** als „Unterstützungsinstitution“ im Bereich der Lebenswelten und die damit verbundene Rolle des GKV-Spitzenverbandes als „Vertragspartner“ lehnen wir ab. Insbesondere die vorgesehene pauschale Zwangsfinanzierung der BZgA aus Beitragsgeldern ist ordnungspolitisch strikt abzulehnen. Damit würde sich der Haushalt der BZgA zu einem erheblichen Teil aus Sozialversicherungsbeiträgen speisen. Eine solche Quersubventionierung einer dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten obersten Bundesbehörde entließe den Bund aus der Verantwortung, seine Behörden entsprechend selbst zu finanzieren. Der Aufbau einer solchen Struktur wirft zudem viele Detailfragen wie z.B. im Hinblick auf eine ausgewogene, transparente und am regionalen Bedarf orientierte Verteilung der Finanzmittel. Weder der GKV-Spitzenverband noch die BZgA sind regional präsent. Sie kennen nicht die konkret vor Ort anliegenden Präventionserfordernisse und müssten sich zur Ausführung ihrer Aufgaben daher Dritter bedienen – ein unnötiger Umweg, den es zu vermeiden gilt.

Stattdessen sollten die Partner der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f die BZgA beauftragen können, wenn sie bei der Umsetzung der in der Landesrahmenvereinbarung konsentierten Maßnahmen konkreten Unterstützungsbedarf sehen. Hierdurch würde sichergestellt, dass Entscheidungen und Projekte von den Beteiligten schnell und direkt umgesetzt werden können.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BZgA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen. Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den **GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren**. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Zwar hat der Gesetzentwurf das Thema Prävention und Gesundheitsförderung als **gesamtgemeinschaftliche Aufgabe** im Blick. Dennoch fordern die Betriebskrankenkassen, im Gesetzentwurf noch stärker als bisher klarzustellen, dass auch die weiteren Akteure ihrer finanziellen Verantwortung und damit der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention gerecht werden. Denn die Erfahrung mit vielen erfolgreichen Projekten z.B. im Bereich der außerbetrieblichen Lebenswelten zeigt, dass Erfolge nur dann nachhaltig erzielt werden können, wenn alle relevanten Akteure ihren Bedarf und die darauf abgestellten Ziele selbst festlegen, sich selbst organisieren und verbindlich Verantwortung übernehmen.

Dass die Kompetenz von **Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit** zur Früherkennung von Erkrankungen besser genutzt werden soll, führt zu einer sinnvollen Verzahnung für eine verbesserte Versorgung der Versicherten und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich jedoch dringend für eine gesetzliche Klarstellung dahingehend aus, dass die Beteiligung der Betriebsärzte und Fachkräfte freiwillig als ergänzende Leistung der Krankenkassen erfolgt. Da Betriebsärzte nach den Vorgaben des Arbeitssicherheitsgesetzes zur Unterstützung des Arbeitgebers beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung bestellt und finanziert werden müssen, kann eine verpflichtende Leistung und zwangsweise Vergütung zu einer Doppelfinanzierung und höheren Kosten für die GKV führen.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ausdrücklich auch die Intention des Gesetzgebers, den Zugang speziell von **kleinen und mittelständischen Betrieben** (KMU) zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszubauen. Hierfür sollen bereits vorhandene Strukturen genutzt werden. Der Aufbau einer „physischen“ Koordinierungsstelle ist jedoch nicht der richtige Weg. Vielmehr müssen sich die Kassen vor Ort auf praxisgerechte Organisationsstrukturen verständigen, die dem Informations- und Beratungsbedarf der Betriebe gerecht werden. Darüber hinaus sollten zur Steigerung der Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in KMU die derzeitigen Verfahren zur steuerlichen Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen entbürokratisiert werden.

Mit der Einrichtung einer **nationalen Präventionsstrategie** und einer nationalen Präventionskonferenz greift der Gesetzentwurf einen Vorschlag der Betriebskrankenkassen auf. Mit dieser institutionellen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als eine wichtige Säule im deutschen Gesundheitswesen besteht die Chance, die sozialen und demographischen anzugehen. Dabei ist jedoch entscheidend, dass sich alle Akteure an gemeinsam beschlossenen, ausgabewirksamen Entscheidungen finanziell beteiligen. Abgelehnt wird der Vorschlag, die **Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz** der BZgA zu überantworten. Eine solche gesetzliche Festlegung bedeutet einen schwerwiegenden Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sollen die Geschäftsführung vielmehr in eigener Verantwortung regeln können. Das einmal im Jahr stattfindende Präventionsforum bezieht dabei die Fachöffentlichkeit ein. Dies stellt sicher, dass alle zuständigen Akteure in unserem Land eingebunden werden, um Lösungen für die o.g. Auswirkungen auf unsere Gesellschaft zu erarbeiten.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

a) Gewünschte Änderung

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Behinderung“ die Wörter „Ziele sowie“ und nach dem Wort „einheitliche“ das Wort „prioritäre“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „außerdem“ die Wörter „unter Einbeziehung der Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1“ eingefügt.
- cc) In Satz 2 wird das Wort „Zertifizierung“ durch das Wort „Qualitätssicherung“ ersetzt.

b) Begründung

- aa) Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Setting-Ansatz an bundesweit gültigen Zielen aus. Die Krankenkassenverbände auf Bundesebene haben die Ziele konsentiert,

und der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat sie beschlossen. Sie sind veröffentlicht im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren (Bindzius, F.; Bödeker, W. u.a.(2005). Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. iga-Report 8. Berlin und Essen <http://iga-info.de>). Diese Vereinbarung der Ziele und damit die Ausrichtung der Maßnahmen der Kassen an diesen Zielen haben sich bewährt und müssen daher weiterhin möglich sein.

Die Aufnahme des Wortes „prioritäre“ entspricht dem bisherigen Gesetzestext. Diese Formulierung ließe den Kassen den nötigen Handlungsspielraum, um auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung einfließen zu lassen. Die Berücksichtigung von Innovationen kann nötig sein, um Leistungen anbieten zu können, die passgenau für die entsprechenden Gegebenheiten vor Ort sind.

bb) In Bezug auf die Vorgaben für die Anforderungen an ein einheitliches Verfahren der Qualitätssicherung von Leistungsangeboten sollte die bestehende Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 („Zentrale Prüfstelle Prävention“) einbezogen werden. Mit ihrer Gründung stellen die gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Qualitätsstandard sicher.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass zusätzlich zu der geforderten Veröffentlichung der zertifizierten Leistungsangebote über die Internetseite des Spitzenverbandes Bund die Versicherten auch weiterhin über die Internetseiten der Krankenkassen informiert werden können.

cc) Die Betriebskrankenkassen befürworten eine Ausrichtung der Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an klaren und verbindlichen Qualitätsgrundsätzen. Allerdings unterstellt der Begriff „Zertifizierung“, dass eine Standardisierung von Leistungen in allen Bereichen möglich ist. Im Gegensatz zu Individualprävention ist dies für Verfahren und Maßnahmen in den außerbetrieblichen Lebenswelten und insbesondere in der betrieblichen Gesundheitsförderung aber nicht grundsätzlich der Fall. Insbesondere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen an den spezifischen betrieblichen Bedarf ausgerichtet werden. Damit sind Standardisierungen wie im Bereich der Individualprävention enge Grenzen gesetzt. Diesem Sachverhalt wird der Begriff „Qualitätssicherung“ gerecht, der es ermöglicht, nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern auch Prozesse zu beurteilen. Außerdem gibt er den Kassen den nötigen Handlungsspielraum, auch niederschwellige Angebote im Rahmen eines ganzheitlichen Entwicklungsansatzes sowie innovative Maßnahmen unterstützen zu können.

§ 20 Abs. 3

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

- 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,*
- 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,*
- 3. Tabakkonsum reduzieren,*
- 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,*
- 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,*
- 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln und*
- 7. gesund älter werden.*

Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 3 wird gestrichen und ersetzt durch:

„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 gemeinsamen Ziele der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d Absatz 2 und die von der nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelten Arbeitsschutzziele. Darüber hinaus kann er weitere Zielinitiativen von bundesweiter Bedeutung berücksichtigen.“

b) Begründung

Die im Gesetzentwurf vorgegebene detaillierte Bezugnahme auf die nationalen Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ wird abgelehnt. Der privatrechtliche Kooperationsverbund mit einem heterogenen Kreis an Mitgliedern mit z.B. starken Anbieterinteressen, besitzt keine ausreichende Legitimation, die präventiven Leistungen der GKV in diesem Maß zu steuern. Zudem gehen diese Ziele weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinaus.

§ 20 Abs. 6

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

a) Gewünschte Änderung

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Dieser Richtwert kann unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt überschritten werden.“

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2017 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 3 Euro insgesamt für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf.“

cc) folgender Satz 4 wird eingefügt:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Wert nach Satz 2, verwendet die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen den Verbänden der jeweiligen Kassenart zur Verfügung, die diese Mittel bedarfsgerecht für entsprechende Maßnahmen einsetzen.“

dd) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5 und wird wie folgt geändert:

„Die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2“ werden geändert in „nach den Sätzen 1 und 3“

b) Begründung

aa) Die mit der Anhebung des Richtwertes verbundene Ausweitung des Engagements der Krankenkassen in der primären Prävention und Gesundheitsförderung wird begrüßt. Vor dem Hintergrund, dass die Aufsicht in der Vergangenheit eine Überschreitung des Richtwertes reglementiert und begrenzt hat, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass eine Überschreitung des Richtwertes unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt möglich ist.

bb) Die Forderung nach Mindestbeträgen können die Betriebskrankenkassen zwar grundsätzlich nachvollziehen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass Mindestbeträge –

insbesondere in Verbindung mit der abzulehnenden Zwangsabgabe von nicht verausgabten Mitteln – dazu führen können, dass die Kassen, um eine Abführung zu vermeiden, die Mittel „mit der Gießkanne“ und damit nicht bedarfsgerecht ausgeben.

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine Quotierung der Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben ab, denn Quoten bedeuten einen Eingriff in die Finanz- und Entscheidungsautonomie der Krankenkassen.

Alternativ schlagen wir daher vor, den Mindestbetrag ohne Quotierung auf 3 Euro festzusetzen und den Kassen so die Möglichkeit zu geben, den Betrag frei auf die Leistungen nach § 20a und § 20b zu verteilen. Dies ist sachgerecht, denn viele Kassen engagieren sich konkret anhand der Bedürfnisse bei sich vor Ort - z.T. schwerpunktmäßig im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in den weiteren Lebenswelten. Dies sollte den Kassen auch weiterhin möglich sein.

Die Verausgabung der Mittel soll zielgerichtet, bedarfsbezogen und qualitätsgesichert erfolgen. Dafür bedarf es jedoch zunächst des Ausbaus geeigneter Strukturen auch durch weitere beteiligte Akteure. Den Kassen sollte daher die Gelegenheit gegeben werden, dass die Mindestausgaben entsprechend des Ausbaus anwachsen können und erst 2017 die vorgesehene Mindesthöhe erreichen müssen.

cc) Eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mittel an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – wie es der Gesetzentwurf in § 20 b Abs. 4 für die Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorsieht - wird abgelehnt. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie. Zudem fehlt dem GKV-Spitzenverband im Rahmen der Prävention das Wissen über regionale Strukturen und Projekte, so dass eine Mittelverteilung durch ihn und zudem durch einen von ihm festzulegenden Schlüssel nicht zielführend ist.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

Nr. 5

§ 20a Abs. 1 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind 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 fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Satz 2 wird das Wort „Strukturen“ durch das Wort „Verhältnisse“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

b) Begründung

aa) Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in Satz 2 regelt, dass auch andere Verantwortliche ihre Aufgaben wahrnehmen und insbesondere finanzieren müssen. Zur Unterstützung und Klarstellung dieser Aussage schlagen die Betriebskrankenkassen vor, das Wort „Verhältnisse“ zu verwenden. Dieses macht deutlich, dass eine Förderung gemäß des Handlungsleitfadens Prävention gemeint ist und nicht von z.B. kommunalen Aufgaben wie Sporthallen oder Schwimmbäder.

bb) Durch diese Regelung wären die Krankenkassen verpflichtet, in allen Lebenswelten Gesundheitsberichte mit Potenzialanalysen zu erstellen. Dies ist in dieser Ausgestaltung aus verschiedenen Gründen abzulehnen. In vielen Lebenswelten, z.B. in Stadtteilen, ist nicht Aufgabe der GKV, solche Daten zu erheben. Dies ist originäre Aufgabe der Kommunen. Zudem kann es darüber hinaus nicht alleinige Aufgabe der GKV sein, solche Daten zu erheben. Hier wären zwingend zumindest die Beteiligten an den Rahmenvereinbarungen nach § 20f zu betei-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)

gen. Zudem wäre es zielführender, dass die Analyse zeitlich vor der Vereinbarung der Rahmenvereinbarungen erfolgt, damit die Ergebnisse der Analyse in die Vereinbarungen einfließen können. Der BKK Dachverband schlägt daher vor, die Regelung in § 20f Abs. 1 zu übernehmen.

§ 20a Abs. 3 und 4

(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben 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 und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen und wie folgt neu gefasst:

(3) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung können die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 Vereinbarungen zu kassenübergreifenden Leistungen zur 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 treffen.

(4) Das Nähere der Vereinbarungen nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten und deren Aufteilung regeln die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in gegenseitigen Verträgen.

b) Begründung

Die verpflichtende Beauftragung der BZgA durch den GKV-SV und die Zwangsfinanzierung durch die Kassen lehnen die Betriebskrankenkassen entschieden ab. Denn die BZgA ist denkbar ungeeignet, entsprechende Konzepte zu entwickeln, da sie als Bundesbehörde über keinerlei regionale Strukturen und Kenntnisse vor Ort verfügt, die zur Umsetzung notwendig sind. Die im Gesetz vorgesehene Regelung, wonach die BZgA geeignete Kooperationspartner heranziehen soll, führt zu unnötiger Bürokratie und Doppelstrukturen. Wenn die Stärkung kassenübergreifender Maßnahmen gewollt ist, wäre die Durchführung nach dem Vorbild der Selbsthilfeförderung wesentlich sachgerechter.

Demgegenüber kann es durchaus sinnvoll sein, dass sich die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Unterstützung Dritter freiwillig je nach Bedarf bedienen können. Die Betriebskrankenkassen schlagen deshalb vor, dass die Krankenkassen bzw. die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f für einzelne Maßnahmen freiwillig Verträge mit der BZgA oder direkt mit einem durch diese sonst beauftragten Dienstleister über eine diesbezügliche Zusammenarbeit schließen können. Dies würde sicherstellen, dass die finanziellen Mittel bedarfsgerecht in den jeweiligen Lebenswelten ankommen. Die vorgeschlagene Lösung ist wesentlich bürokratieärmer, da die Beteiligten direkt miteinander die Verträge passgenau abschließen können und es damit weder der Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes noch der Umverteilung von finanziellen Mitteln bedarf.

Sollte der Gesetzgeber an der rechtswidrigen Beauftragung der BZgA festhalten, wäre Absatz 4 dahingehend zu ändern, dass bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung nicht die BZgA - dann gänzlich ohne Auftrag nach eigenem Gutdünken – über die Verwendung der Versichertengelder entscheidet. In diesem Fall sollten vielmehr, die Landesverbände, die Rahmenvereinbarungen nach § 20 f geschlossen haben, die BZgA beauftragen können.

Darüber hinaus weist der BKK Dachverband darauf hin, dass auch der GKV-Spitzenverband nicht die geeignete Institution ist, über die Verwendung von Beitragsgeldern Regelungen zu treffen. Dies ist eine originäre Aufgabe der einzelnen Kassen und ihrer Verbände und muss bei diesen verbleiben.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BzGA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen.

Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Nr. 6

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Der bisherige § 20a wird 20b und in Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Betrieb“ die Wörter „sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Klarstellung im Sinne der nachfolgenden Begründung.

b) Begründung

Die Beteiligung der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit wird seitens der Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Diese Beteiligung muss jedoch immer auf freiwilliger Basis erfolgen. Eine verpflichtende Beteiligung, wie sie die Gesetzesbegründung beschreibt (siehe Seite 28), ist strikt abzulehnen. Dort heißt es: „Die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist verbindlich zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind.“ Die Betriebsärzte werden grundsätzlich vollständig durch den Betrieb finanziert. Aus den Worten „verbindlich“ und „zu beteiligen“ könnte eine Verpflichtung der GKV abgeleitet werden, diese Leistungen zu vergüten. Dies würde zu einer Doppelfinanzierung und höheren Kosten für die GKV führen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dringend für eine entsprechende gesetzliche Klarstellung aus.

Nr. 7

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Der bisherige § 20b wird § 20c und Absatz1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

“Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Pflicht zur Erbringung der erforderlichen Maßnahmen und damit auch die Finanzierungspflicht, die nach dem Arbeitsschutzgesetz für die Beseitigung von Gesundheitsgefahren anfallen, liegt ausschließlich beim Arbeitgeber. Die obige Formulierung „sie (die Krankenkassen) ... erbringen ... Maßnahmen“ stellt nicht ausreichend sicher, dass die Krankenkassen derartige Kosten nicht zu tragen haben. Wegen der Gefahr einer Kostenverlagerung auf die GKV ist die Änderung in dieser Form daher abzulehnen.

Nr. 8

§ 20d Abs. 1 Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln 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.

a) Gewünschte Änderung

Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Bund, Länder und die Krankenkassen entwickeln auf der Grundlage der Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 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 eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

b) Begründung

Die Einrichtung einer Nationalen Präventionsstrategie wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Die institutionelle Verankerung der Prävention und die Einbindung aller Akteure ist ein weiterer wichtiger Schritt, um den gesellschaftlichen Herausforderungen in unserem Land zu begegnen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist für die Wirksamkeit der Nationalen Präventionsstrategie jedoch eine gleichrangige, auch finanzielle Beteiligung von Bund und Ländern erforderlich. Bund und Länder sind deshalb in die Strategie mit einzubinden.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte klargestellt werden, dass für die Krankenkassen die Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Abs. 2 (neu) SGB V 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.

§ 20d Abs. 2

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

- 1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,*
- 2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.*

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 2 Nr. 1 wird hinter dem Wort „*bundeseinheitlicher*“ das Wort „*trägerübergreifender*“ eingefügt.

b) Begründung

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 – unter Beteiligung des Präventionsforums - zu beraten und weiterzuentwickeln sind. Zur Klarstellung wird angeregt, im Gesetzestext deutlich zu machen, dass es sich um trägerübergreifende Rahmenempfehlungen handelt.

§ 20e Abs. 1 Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

In Satz 8 werden nach dem Wort „Arbeitsweise“ die Wörter „,die Geschäftsführung“ eingefügt.

Satz 10 wird gestrichen.

b) Begründung

Die Wahrnehmung der Geschäftsführung durch die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG wird abgelehnt. Eine solche gesetzliche Festlegung bedeutet einen schwerwiegenden Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sollen die Geschäftsführung in eigener Verantwortung regeln können.

§ 20f Abs. 1 Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

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

a) Gewünschte Änderung

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: *„Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“*

b) Begründung

Siehe Begründung zu § 20a Absatz 1, bb).

§ 20f Abs. 2

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

- 1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,*
- 2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,*
- 3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,*
- 4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,*
- 5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe,*
- 6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.*

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

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

bb) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden Sätze 3 bis 5.

cc) Der neue Satz 5 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.“

b) Begründung

aa) Die zu treffenden Festlegungen müssen zwingend Aussagen über die Art und Weise der Finanzierung der jeweiligen Maßnahmen und die Höhe des finanziellen Beitrags der Beteiligten enthalten. Damit wird sichergestellt, dass sich keiner der Beteiligten seiner jeweiligen finanziellen Verantwortung entziehen kann. Andernfalls würden von allen Beteiligten Maßnahmen vereinbart, die aber alleine die GKV umzusetzen hat. Insofern müssten die „Zahler“ auch ggf. ein Vetorecht erhalten, wenn es bei den bisherigen Überlegungen bliebe.

bb) Folgeänderung

cc) Die Änderung dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

§ 20g Abs. 1 Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

a) Gewünschte Änderung

Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

b) Begründung

Die Modellvorhaben dienen dazu, spezifische Erkenntnisse für die Fort- und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und der bundesweiten Rahmenempfehlungen zu gewinnen. Die finanziellen Beiträge der GKV müssen auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 2 angerechnet werden.

Nr. 11

§ 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen

In Satz 1 werden nach den Wörtern "nicht aus" die Wörter "oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

b) Begründung

Mit der geltenden gesetzlichen Regelung können Krankenkassen für ihre Versicherten ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen, wenn die Leistungen der kurativen Versorgung nicht ausreichen bzw. ohne Erfolg durchgeführt worden sind. Diese Regelung hat ihre Berechtigung, denn Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und vor allem auch notwendig sein.

Die geplante Änderung widerspricht diesem Grundsatz, denn berufliche oder familiäre Umstände dürfen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu anspruchsbegründenden Faktoren für eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit mehrdimensionalem komplexem Ansatz werden. Diese Vorsorgemaßnahmen gehen in ihrer Komplexität weit über die ambulante Versorgung am Wohnort hinaus und bedürfen daher der vorherigen Prüfung, ob der Versicherte bzw. die Versicherte vorsorgebedürftig und vorsorgefähig mit realistischen Vorsorgezielen und positiver Vorsorgeprognose ist.

Darüber hinaus ließe die Neuregelung die bereits jetzt gelebte Praxis im Bereich der ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten außer Acht, denn auch heute schon werden diese Leistungen für Versicherte erbracht, bei denen eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Für eine Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit der Versicherten wird seit vielen Jahren das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit herangezogen. Hierbei sind die sich auf die Gesundheit auswirkenden umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren entscheidungsrelevant.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass bereits heute individuelle Problemkonstellationen bei der Entscheidung über eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten ausreichend berücksichtigt werden. Die geplante Neuregelung ist daher zu streichen.

Nr. 12

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

In § 24d Satz1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

b) Begründung

Die beabsichtigten gesetzlichen Vorgaben stellen einen Eingriff in die Regelungskompetenzen der Vertragspartner da.

Diese haben bereits im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V für hebammenhilfliche Leistungen differenzierte Regelungen zum Anspruchszeitraum nach der Entbindung vereinbart. So können Versicherte Rückbildungsgymnastik sogar bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Auch Beratungen der Mutter bei Ernährungsproblemen des Säuglings können als ambulante hebammenhilfliche Leistung sowohl persönlich als auch mittels Kommunikationsmedium bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt durchgeführt werden; bei Stillschwierigkeiten sogar bis zum Ende der Abstillphase. Die geplante Beschränkung der Hebammenhilfe ohne ärztliche Anordnung auf einen Zeitraum von zwölf Wochen nach der Geburt würde für diese Leistungen eine Einschränkung der Versorgung im Vergleich zum Status quo bedeuten. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung für eine Leistungserbringung nach Ablauf von zwölf Wochen schafft eine bürokratische Hürde für diese Leistungen in der Versorgung von Mutter und Kind.

Für die Wochenbettbetreuung, für die die Vertragspartner ebenfalls Bestimmungen zu Anzahl und Leistungszeitraum vereinbart haben, stellt die gesetzliche vorgesehene Verlängerung des Leistungszeitraums nach der Geburt von acht auf zwölf Wochen eine zeitliche Ausweitung dar, für die es aus Sicht des BKK Dachverbandes keine evidenzbasierte Begründung gibt. Der bisherige achtwöchige Anspruchszeitraum nach der Geburt orientiert sich an der sowohl in der Mutterschaftsrichtlinie als auch dem Mutterschaftsgesetz formulierten Frist.

Es muss vermutet werden, dass dies ein erster Schritt ist, die Leistungspflicht der Bundesländer/Kommunen (Familienhebammen) sukzessive in die Zustän-

digkeit (SGB V) und Kostentragung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verlagern. Versorgungspolitisch ist dies kritisch zu bewerten. Der BKK Dachverband befürchtet, dass durch den erweiterten Anspruchszeitraum der Wochenbettbetreuung die ggf. notwendige Betreuung durch Familienhebammen später und somit ggf. nicht rechtzeitig erfolgt. Der erweiterte Anspruchszeitraum der Wochenbettbetreuung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V suggeriert eine umfassende Beobachtung von Kind und Eltern. Dabei bleibt jedoch unbeachtet, dass das fachlich erweiterte Tätigkeitsspektrum einer Familienhebamme (für die es einer zusätzlichen Qualifikation bedarf) über die originäre Hebammentätigkeit und die Leistungsinhalte der Wochenbettbetreuung hinausgeht.

Nr. 14

§ 25 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen 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.

a) Gewünschte Änderung

aa) In § 25 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“ gestrichen.

bb) § 25 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

cc) Es werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

b) Begründung

aa) Begrüßt wird, dass der G-BA zukünftig Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Gesundheitsuntersuchungen sowie die für Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens

anzupassen hat und dabei zugleich alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. Eine systematische Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen zur Beseitigung und/oder Verminderung des Auftretens von Erkrankungen mittels darauf basierender primärpräventiver Maßnahmen kann jedoch nur dann zielführend sein, wenn individuelles Verhalten als eindeutiger, eindimensionaler Einflussfaktor belegt ist. Eine Übererfassung durch systematische Bewertungen wird daher kritisch bewertet. Starker chronischer psychosozialer Stress, der als Beispiel in der Gesetzesbegründung genannt wird, kann ein Risikofaktor für eine später auftretende Erkrankung sein, ist aber nur zu einem gewissen, nicht belegbaren Anteil einem individuellen Verhalten zurechenbar. Eine Beseitigung oder Verminderung durch ausschließlich verhaltenspräventive Maßnahmen ist daher ohne eine Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht realistisch.

Bereits jetzt gehören die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes des Patienten, die kritische Bewertung der Lebensführung des Patienten in gesundheitlicher Hinsicht, auch unter Berücksichtigung der Selbstmedikation, die Anratung und Einleitung von präventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, einschließlich individueller Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum hausärztlichen Versorgungsauftrag.

Eine Erweiterung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung um eine systematische Erfassung und Bewertung des individuellen Risikoprofils ist deshalb nicht erforderlich und wird abgelehnt.

bb) Bereits heute sind präventionsorientierte Beratungen und entsprechende Empfehlungen ein fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung führt diese Praxis konsequent fort und wird daher begrüßt. Da sie für die Ärzte keinen zusätzlichen Aufwand bedeutet und sich das bisherige Vorgehen nicht ändert, ist jedoch darauf zu achten, dass diese, wie im Gesetzentwurf ausgeführt, kostenneutral eingeführt wird.

cc) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bisher keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bis-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

her eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorientierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

§ 25 Abs. 3

(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, 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. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

- 1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,*
- 2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,*
- 3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.*

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „*oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können.*“ gestrichen.

bb) Folgende Nr. 4 wird angefügt:

„4. der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

b) Begründung

aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den gewünschten Änderungen in Absatz 1.

bb) 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.

Nr. 15

§ 26 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlseinkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „körperliche“ die Wörter „geistige oder psycho-soziale“ gestrichen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer“ gestrichen.

cc) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“ gestrichen.

dd) In Absatz 1 werden nach Satz 4 die folgenden Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

ee) Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden Sätze 7 und 8.

b) Begründung

aa) Lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen sind auch im Kindesalter auf dem Vormarsch. Diese verweisen in besonderer Weise auf soziostrukturelle Ursachen und eignen sich nur bedingt für ärztliche Maßnahmen. Die hierauf basierenden ärztlichen Feststellungen mit dem gutgemeinten Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz leisten daher eher einer frühen zusätzlichen Stigmatisierung Vorschub, als dass diese zu einer Befähigung vulnerabler Gruppen beitragen.

bb) Zur Begründung wird auf die Begründung zu Nr. 14 verwiesen.

cc) Für Kinder unter sechs Jahren werden aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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 der individuellen Verhaltensprävention, die sich unmittelbar an Eltern oder Sorgeberechtigte richtet, ist im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung 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 der individuellen Verhaltensprävention 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.

dd) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bisher keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bisher eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorien-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

tierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

ee) Folgeänderung.

Nr. 16

§ 65a Abs. 1 und 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 („soll“) schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird daher abgelehnt. Die Entscheidung, ob die Kassen ein Bonussystem anbieten, sollte den Kassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, die durch die Festlegung auf Einsparungen und Effizienzsteigerung bereits eine hohe Zielorientierung aufweist.

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

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 („soll“) schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird abgelehnt. Die Versicherten von Krankenkassen sind in der Regel bei einer großen Anzahl von Arbeitgebern beschäftigt. Jeder dieser Arbeitgeber müsste dann gleichermaßen einen Bonus erhalten. Eine gezielte Förderung bestimmter Unternehmen, wie z.B. die vom Gesetzgeber geforderte besondere Unterstützung von KMUs, wäre mit der Neuregelung nicht möglich. Die Betriebskrankenkassen plädieren daher eindringlich für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung.

Artikel 2 – Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr.2

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel aus dem Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.

a) Gewünschte Änderung

Siehe Änderungsvorschlag zu Art.1 Nr. 5, § 20a Abs. 3 und 4 neu

b) Begründung

Die BZgA soll als eine verpflichtende „Unterstützungsorganisation“ mit einer zwangsweisen pauschalen Vergütung aus Beitragsgeldern an den Präventionsmaßnahmen beteiligt werden. Dies führt zur Finanzierung einer staatlichen Institution durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist ordnungspolitisch nicht vertretbar und wird daher strikt abgelehnt. Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Danach dürfen die Beitragsmittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Finanzierung von Maßnahmen und Institutionen, die über die unmittelbar durch die Krankenkassen finanzierten Ausgaben hinausgehen, hat daher zwingend aus Steuermitteln zu erfolgen.

Sofern der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit ermöglichen sollte, wäre ferner zu prüfen, 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.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BzGA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Be-

völkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen.

Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Nr. 3

§ 20b Abs. 3 Betriebliche Gesundheitsförderung

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

a) Gewünschte Änderung

aa) Die Sätze 1 bis 3 werden gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Krankenkassen bieten Unternehmen Beratung und Unterstützung zu Leistungen nach Absatz 1 an. Zu diesem Zweck nutzen die Krankenkassen geeignete Strukturen und beziehen dabei örtliche Unternehmensorganisationen ein.“

bb) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

cc) Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

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

b) Begründung

Ein einheitliches Informations- und Beratungsangebot für Unternehmen wird begrüßt. Allerdings soll die Ausgestaltung als originäre Aufgabe der Krankenkassen gesetzlich nicht definiert werden, da hierfür unterschiedliche Beratungswege und -konzepte in Frage kommen. Als geeignete Strukturen kommen insbesondere internetbasierte Informationsportale oder vergleichbare Strukturen infrage.

Die Änderung im neuen Satz 4 dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

§ 20b Abs. 4

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach den Absätzen 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 4 wird gestrichen.

b) Begründung

Siehe Änderung und Begründung zu Art. 1 Nr. 4, § 20 Absatz 6.

Artikel 6 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 1

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

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderungen in § 5.

Stattdessen ist in Analogie zu § 87b SGB XI ein neuer § 87c SGB XI „Vergütungszuschläge für koordinierte Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und Erhalt der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen“ aufzunehmen.

b) Begründung

Grundsätzlich ist der Ansatz, präventive Maßnahmen ergänzend zu bestehenden Leistungen zu gewähren – z.B. nach § 87b SGB XI „Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern“ sowie der „Umsetzung der Expertenstandards“ nach § 113a SGB XI und der Pflicht nach § 11 Abs. 1 SGB XI „aktivierende Pflege“ – zu begrüßen.

Die Betriebskrankenkassen geben jedoch zu bedenken, dass der Gesetzgeber angekündigt hat, nach der abgeschlossenen Erprobung des neuen Begutachtungsassessments (NBA) nun zeitnah mit der Gesetzgebung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu beginnen. Mit dem NBA sollen im Verhältnis zur heutigen Pflegebegutachtung auch Risiken besser erfassbar sein, die einen spezifischen Präventionsbedarf begründen. Dieser stellt damit eine wesentlich verbesserte Grundlage für die Versorgungsberatung und -planung dar. Dazu gehören krankheitsbedingte Risiken, Umweltfaktoren und verhaltensbedingte Risiken. Insofern scheint es wesentlich sachgerechter, die angedachte Präventionsorientierung in der Pflegeversicherung nicht mit diesem Gesetzentwurf, sondern mit dem Pflegestärkungsgesetz II umzusetzen.

Die vorliegenden Änderungen des § 5 werden zudem aus den folgenden Gründen abgelehnt:

Durch die Formulierung „sollen“ in Abs. 1 Satz 1, besteht keine eindeutige Verpflichtung für alle Pflegekassen, Präventionsleistungen zu erbringen. Durch die fehlende gesetzliche Verpflichtung kann nicht sichergestellt werden, dass von allen Pflegekassen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbracht werden.

Zudem ist Absatz 1 in seinem Regelungsgehalt dreier gesetzlicher Vorgaben nicht eindeutig:

1. Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.
2. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sind Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur

Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen.

3. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Präventionsleistung fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Zielen.

Unklar ist, in welcher Reihenfolge der Gesetzgeber die genannten Vorgaben plant und wie diese ineinandergreifen sollen. Wird unterstellt, dass der Gesetzgeber eine kassenübergreifende Präventionsleistung wünscht (vgl. § 5 Abs. 3), wären die Punkte 1 und 3 eindeutig. Dem stünde jedoch Punkt 2 entgegen, der eher eine individuelle – mit dem Versicherten und der konkreten Pflegeeinrichtung abgestimmte – Leistungsdefinition statt einer kassenübergreifenden schematisch festgelegten Leistungsdefinition bestimmt. Oder ist eine Reihenfolge von 2, 3, 1 geplant? Das würde bedeuten, dass in einem ersten Schritt regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet würden und die unter Punkt 2 geplanten Vorschläge unter Beteiligung von Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen erarbeitet würden. In einem zweiten Schritt wären diese Vorschläge an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten, damit dieser unter Einbezug der Vorschläge Kriterien für die Präventionsleistung festlegen kann. Unklar ist, ob dann auf der Basis in einem letzten Schritt unter den Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen und auf dieser Basis Verträge mit Pflegeeinrichtungen vereinbart werden sollen. Wenn der Gesetzgeber an den geplanten Änderungen festhalten sollte, wäre hierzu eine Klarstellung erforderlich.

Weiterhin stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber im Rahmen der vertraglichen Umsetzung vom bisherigen Grundsatz in der Pflegeversicherung – die Zuständigkeit liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen – abweicht. Bisher stand das gemeinschaftliche Handeln im Vordergrund. Indem nun die Pflegekassen die Kooperationsvereinbarungen abzuschließen haben, wird eine neue Vertragsebene implementiert, mit der zusätzlicher Verwaltungsaufwand einhergeht. Unklar ist zudem, wie diese zusätzlichen vertraglichen Beziehungen auszugestalten sind. Schließen die Pflegekassen in einem ersten Schritt die Kooperationsvereinbarung untereinander ab, da es sich um kassenübergreifende Leistungen handelt? Wie wird die Pflegeeinrichtung vertraglich eingebunden, so dass die Pflegekassen auch Präventionsleistungen in Einrichtungen erbringen können? Wie wird mit Pflegeeinrichtungen umgegangen, in denen diverse Pflegekassen nur einen geringen bzw. sehr geringen Belegungsanteil haben, um „Rosinenpickerei“ zu vermeiden?

Insgesamt sind die Vorgaben des § 5 in der jetzigen Fassung nicht eindeutig, in sich nicht schlüssig und erschweren daher eine Umsetzung in der Praxis. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Pflegekassen sich nicht an einer kassenübergreifenden Präventionsleistung beteiligen können, ihre pflegebedürftigen Versicherten würden hierdurch benachteiligt.

Mit der Aufnahme eines neuen § 87c SGB XI wird deshalb das Ziel verbunden, die präventive und rehabilitative Ausrichtung in stationären Pflegeeinrichtungen direkt und für alle betroffenen Versicherten der sozialen Pflegeversicherung gleichermaßen zu stärken. Hierfür werden Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen durch aktivierend-therapeutisches Personal, insbesondere durch Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden, unterstützt, um die gesundheitliche Situation und die Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen deutlich zu verbessern.

Nr. 5

§ 113a Expertenstandards zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

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

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

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Worte *„und zur medizinischen Rehabilitation“*

b) Begründung

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird richtigerweise festgestellt, dass bereits die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege präventive (prophylaktische) Maßnahmen beinhalten. Deshalb kann der Ergänzung dieser Vorschrift um Leistungen zur Prävention zugestimmt werden.

Die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung dienen der Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Damit tragen die Expertenstandards für ihren jeweiligen Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen die Krankenkassen auf Antrag immer dann, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die Ziele des § 11 Abs. 2 SGB V zu erreichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können auch in stationären Pflegeeinrichtungen, z.B. in Form der mobilen geriatrischen Rehabilitation, erbracht werden. Mobile geriatrische Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen u.a. dadurch aus, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld behandelt. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke der mobilen geriatrischen Rehabilitation und ist daher als besonderes Element zu werten. Unklar ist aber, in welcher Art und Weise Expertenstandards, welche explizit der Sicherstellung der Qualität in der Pflege dienen, das Ziel, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, berücksichtigen sollen. Die Formulierung ist unkonkret und wirkt an dieser Stelle deplatziert, deshalb sind die Leistungen der

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

medizinischen Rehabilitation zu streichen, zumal aus der Begründung des Gesetzesentwurfs nicht hervorgeht, wie und in welchem Umfang und auf welcher rechtlichen Grundlage die Berücksichtigung erfolgen soll.

Artikel 7 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

Dem § 5 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden folgende Sätze angefügt:

„Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

a) Gewünschte Änderung

Die Sätze werden wie folgt gefasst:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Pflegekasse den Wert nach Absatz 2, verwendet die Pflegekasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen den Verbänden der jeweiligen Kassenart zur Verfügung, die diese Mittel bedarfsgerecht für entsprechende Maßnahmen einsetzen.“

b) Begründung

Wie bereits zu Artikel 6 Nr. 1 ausgeführt, plädieren die Betriebskrankenkassen dafür, die angedachte Präventionsorientierung in der Pflegeversicherung mit dem Pflegegestärkungsgesetz II umzusetzen.

Sofern der Gesetzgeber an den Regelungen in diesem Gesetz festhält, lehnen die Betriebskrankenkassen eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mitteln an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ausdrücklich ab. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen wer-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 20.04.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

den. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Insbesondere für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU), die 60 Prozent der Erwerbstätigen beschäftigen, müssen die Anreize verbessert bzw. transparenter werden, damit für sie die Attraktivität von BGF-Maßnahmen steigt. So sind beispielsweise die derzeitigen **Verfahren zur steuerlichen Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen** zu bürokratisch und aufwändig und verhindern oft ein stärkeres Engagement der Arbeitgeber. Erfahrungen zeigen, dass Finanzämter oft auch aus Unkenntnis die Absetzbarkeit verschieden bewerten. Daher bedarf es einer umfassenden Aufklärung. Auch die Inanspruchnahme des geldwerten Vorteils von 500 Euro pro Mitarbeiter sollte leichter zugänglich sein. Das derzeitige Verfahren ist zu kleinteilig und bürokratisch und birgt zu große Hürden, als dass es für klein- und mittelständische Unternehmen einen Anreiz für ein stärkeres Engagement bieten könnte. Jedes Unternehmen sollte eine bestimmte Summe für betriebliches Gesundheitsmanagement steuerlich als Betriebsausgabe geltend machen können.