



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Förderung der Prävention**

(Drucksache 17/13080)

(Präventionsförderungsgesetz)

Stand 08.05.2013

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

politik@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
1. Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz.....	5
2. Zielorientierung.....	6
3. Ärztliche Präventionsempfehlungen und wohnortferne Präventionsmaßnahmen.....	9
4. Finanzierung primärpräventiver Leistungen.....	11
5. Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	13
6. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).....	15
7. Gruppentarife.....	17
8. Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen	18
9. Einrichtung eines Überlauftopfes.....	19
10. Ständige Präventionskonferenz	21
11. Medizinische Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten.....	22
12. Bonusprogramme	24

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Vermeidung von Krankheiten durch Prävention und Gesundheitsförderungen ist ein hohes, auf die gesamte Gesellschaft bezogenes Ziel. Gesund zu sein liegt nicht nur im Interesse jedes einzelnen Menschen. Weniger Leistungsausgaben für Krankheit, Rehabilitation und Pflege entlasten die Solidargemeinschaft der Kranken- und Pflegeversicherung. Weniger Krankentage der Beschäftigten entlasten ferner die Wirtschaft und auch die anderen Sozialversicherungssysteme. Es ist positiv, dass die Bundesregierung die Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Gesetzesinitiative weiterentwickeln will. Die Innungskrankenkassen als unternehmensnahe Krankenversicherer begrüßen insbesondere die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in den so genannten Lebenswelten.

Dennoch bestehen aus Sicht der Innungskrankenkassen erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit von einzelnen Strukturentscheidungen. Mit dem Gesetzesentwurf sollen nur die Krankenkassen in die finanzielle Verantwortung genommen werden. Es wird übersehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zwar ein wichtiger, aber nicht der einzige Akteur für die Prävention ist. Dies wird darin deutlich, dass die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Ziele explizit im Gesetzestext genannt und nur durch die GKV umzusetzen und zu finanzieren sind. Ähnlich verhält es sich mit der Ständigen Präventionskonferenz: Sämtliche Akteure der Prävention werden zwar in die Weiterentwicklung der Prävention einbezogen, doch die finanzielle Verantwortung soll den Krankenkassen obliegen. Der entscheidende Webfehler der Präventionsstrategie der Bundesregierung ist aus Sicht der Innungskrankenkassen die Fremdbestimmung der Kassen sowie die Alleinverantwortung bei der Finanzierung. Dies kommt auch in der auf die GKV übertragenen Finanzierungsverantwortung für Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Höhe von jährlich 35 Millionen Euro zum Ausdruck, die von den Innungskrankenkassen abgelehnt wird.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen ferner die Einführung der Gruppentarife. Sie passen nicht in das Gefüge der Solidargemeinschaft und widersprechen dem Wesen des Settingansatzes. Bisher ist es so, dass Settingmaßnahmen, die von einer Krankenkasse angeboten werden, nicht nur jenen zukommt, die in dieser Kasse versichert sind (z. B. Setting Schule). Vielmehr geht es darum, eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen.

Dieses Wesensmerkmal der Prävention in Lebenswelten würde durch Gruppentarife unterminiert.

Die Gründung regionaler Koordinierungsstellen im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Versuch, den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu zentralisieren. Den Aufbau neuer bürokratischer Strukturen lehnen die Innungskrankenkassen ab. Ein niedrighschwelliger, unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben sichergestellt. Insofern wären die Koordinierungsstellen nicht nur bürokratisch und aufwendig, sondern auch völlig redundant.

Hinsichtlich jener beabsichtigten Neuregelungen, die wir in unserer Stellungnahme nicht aufgreifen, schließen wir uns der Position des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf an.

1. Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 2

§ 1 Satz 2 SGB V: Solidarität und Eigenverantwortung (neu)

§ 11 Absatz 1 Nr. 3 SGB V: Leistungsarten (neu)

Beabsichtigte Neuregelungen

Mit diesen Regelungen wird die Eigenverantwortung und gesundheitliche Eigenkompetenz der Versicherten bereits in § 1 SGB V besonders betont und die primärpräventiven Leistungen in § 11 Absatz 1 Nr. 3 SGB V neben den bereits bekannten Leistungsarten (z. B. zur Behandlung einer Krankheit) ergänzend aufgeführt.

Bewertung

Der IKK e.V. begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Mit ihr wird die Primärprävention zur eigenständigen Leistungsart aufgewertet und erhält auch im Hinblick auf die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen mehr Aufmerksamkeit und Bedeutung.

Änderungsvorschlag

Keiner

2. Zielorientierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Absatz 1, 2 und 3 SGB V: Primäre Prävention

Beabsichtigte Neuregelungen

Das Hauptziel der primären Prävention, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken, bleibt bestehen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Leistungen zur primären Prävention an im Gesetz explizit aufgeführten Gesundheitszielen auszurichten. Die Vorlagen hierzu wurden vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ u.a. auch in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in den vergangenen Jahren erarbeitet.

Darüber hinaus verweist man bei den Leistungen nach § 20a und 20b auf die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele. Auf die Benennung dieser Ziele wird aber im Entwurf verzichtet. Die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen sich an den Arbeitsschutzzielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) orientieren.

Weiterhin hat der GKV-Spitzenverband gem. § 20 Absatz 2 SGB V unter Berücksichtigung der genannten Gesundheitsziele Handlungsfelder und Kriterien der Primärprävention zu definieren und eine Leistungsübersicht im Internet zu veröffentlichen. Hierzu sollen die Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte an den GKV-Spitzenverband erteilen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen fordern in Übereinstimmung mit der einschlägigen Wissenschaft und vielen Akteuren schon seit langem die Entwicklung einer übergreifenden, integrierten Präventionsstrategie. Hierfür muss eine gemeinsame Zielausrichtung und Kooperation aller auf diesem Feld tätigen Akteure erfolgen. Eine Zielorientierung, die sich auf die Leistungen im SGB V beschränkt, ist zu kurz gegriffen. Eine ergebnisorientierte Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Finanzierung muss übergreifend und

gesamtgemeinschaftlich sichergestellt werden und nicht nur für die Kassen verpflichtend sein.

Daher lehnen es die Innungskrankenkassen ab, dass die benannten Ziele nur von der GKV umgesetzt und finanziert werden sollen. Es muss vielmehr gewährleistet sein, dass die nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele nicht nur von den wesentlichen Präventionsakteuren erarbeitet, sondern auf allen betroffenen Ebenen umgesetzt und nachhaltig, d.h. nicht nur zu Lasten der Sozialsysteme, finanziert werden.

Die Orientierung der Leistungen nach §§ 20a und 20b an den GDA-Zielen wäre in sofern nachvollziehbar, wenn die GKV an der Erarbeitung der Ziele der GDA aktiv beteiligt worden wäre. So aber bilden diese Ziele nur einen kleineren Bereich der Handlungsfelder der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung ab.

Die Kassen arbeiten bereits heute in den Betrieben in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern an der Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie dem Schutz und der Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung. Darüber hinaus sind aber auch die Themen Suchtmittelkonsum und gesundheitsgerechte Ernährung am Arbeitsplatz Themen für die Krankenkassen. Hier bleiben die GDA-Ziele hinter dem zurück, was die GKV in den Unternehmen bereits heute leistet.

Vermisst wird vor diesem Hintergrund auch die besondere Berücksichtigung von Klein- und Mittelstandsunternehmen, in denen sich die Innungskrankenkassen besonders stark engagieren. Hier wären besondere gesetzliche Akzente notwendig.

Dem GKV-Spitzenverband kommt bereits heute eine große Verantwortung für die Ausgestaltung der einheitlichen, wettbewerbsneutralen Rahmenbedingungen zu. Die Aufgabenerweiterung des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung kann mitgetragen werden. Eine Ausweitung der Aufgaben z. B. auf die Zertifizierung von Kursen und selbst schon die Veröffentlichung von Leistungsübersichten wird kritisch gesehen.

Änderungsvorschlag

Die Berücksichtigung nationaler Präventionszielsetzungen, die von „gesundheitsziele.de“ entwickelt werden, müssen auch Eingang in jene Gesetze finden, die Rahmenbedingungen für das Handeln anderer Sozialversicherungszweige, des Bundes, der Länder sowie der Gemeinden aber auch von Arbeitgebern, Schulen, Lebensmittelindustrie usw. setzen. Die alleinige Umsetzungsverantwortung der GKV für die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele lehnt der IKK e.V. ab.

Die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes sollten dem § 20 Absatz 2 SGB V entsprechen und auf die häufigsten Krankheiten und Risikofaktoren ausgerichtet sein.

3. Ärztliche Präventionsempfehlungen und wohnortferne Präventionsmaßnahmen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 und 6

§ 20 Absatz 4 SGB V: Primäre Prävention

§ 23 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung des § 20 Absatz 4 schreibt der Gesetzgeber die übliche Trennung der Leistungen der Primärprävention in individueller Verhaltensprävention und Prävention in Lebenswelten fest. Die Krankenkassen dürfen Präventionsleistungen nur anbieten, wenn diese zertifiziert sind. Leistungsentscheidungen der Krankenkassen müssen gegebenenfalls betriebsärztliche oder vertragsärztliche „Präventionsempfehlungen“ im Bereich der individuellen Verhaltensprävention berücksichtigen, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung bei Erwachsenen, Kindern (§§ 25 und 26 SGB V) und Arbeitnehmern durch den Arzt gegeben werden können.

Ferner wird es den Krankenkassen ermöglicht, Zuschüsse bei Inanspruchnahme wohnortferner Primärpräventionsmaßnahmen in anerkannten Kurorten gem. § 23 SGB V zu erweitern. Demnach ist es möglich, dass Versicherte in anerkannten Kurorten einen Zuschuss auch zu den übrigen Kosten erhalten (z. B. Unterkunft und Verpflegung).

Bewertung

Schon heute ist die Berücksichtigung primärpräventiver Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V Teil der ärztlichen Aufgaben. Wenn mit Hilfe von ärztlichen Präventionsempfehlungen weitere Zielgruppen erreicht werden können, ist diese Regelung grundsätzlich begrüßenswert. Es muss – wie vorgesehen – sichergestellt sein, dass eine ärztliche Präventionsempfehlung keine Bedingung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist.

Eine stärkere Rolle der Ärzte in der Primärprävention muss dringend mit Änderungen der Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen der Ärzte einhergehen. Prävention wird derzeit in der Ausbildung wenig Raum geschenkt. Im Vordergrund steht vielmehr der

kurative Ansatz. Es bedarf daher einer angemessenen Berücksichtigung der Prävention in der medizinischen Ausbildung, damit Ärzte der neuen Regelung gerecht werden können.

Gegen betriebsärztliche Präventionsempfehlungen spricht grundsätzlich nichts. Als Bestandteil des Arbeitsschutzgesetzes müssen diese Untersuchungen allerdings vom Arbeitgeber und nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dienen in der Regel der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Da eine betriebsärztliche Untersuchung nicht in jedem Fall mit der Früherkennungsuntersuchung nach § 25 SGB V vergleichbar ist, wird eine Nennung an dieser Stelle nicht für zwingend notwendig erachtet.

Ein Zuschuss zu den übrigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei Inanspruchnahme von wohnortfernen Präventionsmaßnahmen durch die Krankenkasse wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Die Inanspruchnahme wohnortferner primärpräventive Angebote ist bereits heute in besonderen Ausnahmefällen möglich. Derzeit können hierfür von den Krankenkassen lediglich die Kursleistungen übernommen werden, nicht aber anteilig die Kosten für Unterkunft und Verpflegungen. Es gibt auch keinen Grund, warum neben der Bezuschussung der Kurse noch die Unterkunft alimentiert werden sollte. Aus ordnungs- und sozialpolitischer Sicht macht diese Regelung im Übrigen keinen Sinn, da letztlich nur reisewillige und reisefähige Personen in den Genuss des Zuschusses kommen. Es gibt viele Versicherte, die sich trotz des Zuschusses einen Urlaub in einem Kurort nicht leisten können. Diese werden letztlich von dieser Regelung ausgeschlossen. Es würden folglich vor allem jene Versicherten subventioniert, die sich auch ohne Zuschuss wohnortferne Präventionsangebote leisten können.

Änderungsvorschlag

Streichung des im § 20 Abs. 4 Satz 3 (wohnortferne Angebote).

4. Finanzierung primärpräventiver Leistungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Absatz 5 SGB V: Primäre Prävention (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

In dem vorliegenden Entwurf wird der Jahresrichtwert bereits im Jahr 2014 für Leistungen der Primärprävention nach den §§ 20, 20a und 20b auf sechs Euro je Versicherten verdoppelt. Hiervon sollen mindestens zwei Euro je Versicherte für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und ein Euro je Versicherten in den Lebenswelten (außerbetriebliche Settings) ausgegeben werden. Die jährliche Anpassung über die monatliche Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV bleibt unverändert.

Bewertung

Die vorgeschlagene Steigerung der GKV-Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung wird vom IKK e.V. grundsätzlich befürwortet. Die Innungskrankenkassen betrachten die Anhebung der GKV-Ausgaben als einen notwendigen Schritt, der Prävention und Gesundheitsförderung sukzessiv einen ihnen angemessenen Stellenwert – neben den Säulen „Kuration“ und „Rehabilitation“ – zu verschaffen. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden dringenden Handlungsbedarfs infolge der demografischen Entwicklung sowie der Tatsache, dass gerade Investitionen in die Gesundheitsförderung in Betrieben belegbare Erfolge mit sich bringen, gewinnt diese Regelung an Bedeutung. In der Vergangenheit bekamen die Kassen, die freiwillig mehr in diesen Bereichen investiert hatten, als es die Soll-Vorschrift vorgab, Probleme mit der Aufsicht. Dies sollte mit Blick auf die notwendige Verstetigung von Maßnahmen in Zukunft ausgeschlossen werden.

Gleichwohl ist es nicht sachgerecht, nur die GKV in die finanzielle Pflicht zu nehmen. Um ein gesundheitsbewusstes Verhalten und gesundheitsförderliche Prozesse in Lebenswelten und Betrieben nachhaltig umzusetzen, müssen sie auf Dauer angelegt und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe finanziell getragen werden. Selbst wenn die Krankenkassen Projekte mit deutlich mehr Mitteln initiieren, müssen sie von den Trägern wei-

tergeführt werden. Hierbei sind auch Länder und Kommunen, aber auch andere Sozialversicherungszweige stärker in die Pflicht zu nehmen.

Die Innungskrankenkassen schlagen überdies vor, eine zweijährige Übergangsfrist bis zum Erreichen des Höchstbetrages aufzunehmen. Eine sofortige Verdoppelung der finanziellen Verpflichtung schon im Jahr 2014 birgt die Gefahr, dass die Mittel zunächst nach dem „Gießkannenprinzip“ ohne eingehende Prüfung des tatsächlichen Bedarfs auf Unternehmen und nichtbetrieblichen Settings verteilt werden, um pro forma die erforderlichen Richtwerte zu erreichen.

Dass der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten insgesamt mehr Bedeutung beigemessen wird, ist eine positive Entwicklung. Wichtig ist allerdings nicht nur die Verpflichtung des Richtwerts in betriebliche und außerbetriebliche Maßnahmen festzulegen, sondern auch deren Ausrichtung an sinnvollen und nachhaltigen Angeboten für die Maßnahmen sowohl der betrieblichen als auch der außerbetrieblichen Settings. In diesem Zusammenhang würden es die Innungskrankenkassen begrüßen, wenn die Krankenkassen einen eigenen Entscheidungsspielraum darüber erhielten, ob Sie Maßnahmen des betrieblichen oder nichtbetrieblichen Settings fördern. Eine starre Vorgabe im Bezug auf die Verteilung der Mittel für die betrieblichen Settingmaßnahmen (betriebliche Gesundheitsförderung) und die nichtbetrieblichen Settings nimmt den Krankenkassen die Möglichkeit, dem Bedarf der eigenen Versichertenstruktur entsprechend Mittel zur Verfügung zu stellen.

Änderungsvorschlag

Schaffung einer Übergangsregelung in Form eines Stufenplans zur Anpassung des Jahresrichtwerts in den Settings (betrieblich und Lebenswelten) bis ins Jahr 2016 und Klarstellung im Gesetz, dass eine Überschreitung der Werte möglich ist. Die Kassen sollen selbst entscheiden können, ob sie betriebliche oder nichtbetriebliche Settings fördern. Darüber hinaus ist die Einführung einer kongruenten Umsetzungs- und Finanzverantwortung sicherzustellen.

5. Ausweitung des Aufgabenbereiches der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 Absatz 6 und 7 SGB V: Primäre Prävention

Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von den Krankenkassen beauftragt und finanziell ausgestattet werden, primärpräventive Leistungen zu erbringen bzw. über die Leistungen mit „medialer Durchschlagskraft“ zu informieren. Hierfür sollen die Kassen pauschal mindestens die Hälfte (50 Cent) des Betrages aufbringen, den sie für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten verausgaben sollen. Die Leistungen beziehen sich insbesondere auf kassenübergreifende Maßnahmen in Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, Jugendeinrichtungen sowie Settings älterer Menschen, die von der BZgA durchgeführt werden sollen. Hierzu soll der GKV-Spitzenverband erstmals zum 30. Oktober 2013 eine Vereinbarung mit der BZgA treffen. Sollte die Vereinbarung bis zu dem genannten Termin nicht zustande kommen, erbringt die BZgA Präventionsleistungen nach dem bis dahin erreichten Verhandlungsstand und unter Berücksichtigung der vom GKV-Spitzenverband festgelegten Ziele.

Bewertung

Bereits heute steht die BZgA den Kassen als neutrale und übergreifende Institution zur Durchführung von nationalen Kampagnen und anderen übergreifenden Maßnahmen unterstützend zur Seite. Mit der verpflichtenden und pauschalen finanziellen Förderung der BZgA werden den Kassen wesentliche Entscheidungskompetenzen abgenommen. Dies und die Ausweitung des Aufgabengebietes (Durchführung von Settingmaßnahmen) lehnen die Innungskrankenkassen ab. Durch diese Regelung werden Beitragsmittel von mindestens 35 Millionen Euro für eine dauerhafte Mittelbereitstellung einer Fachbehörde sichergestellt, die zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit gehört und dem Grunde nach dem Bundeshaushaltsplan unterliegt. Die überwiegende und dauerhafte finanzielle Ausstattung der BZgA muss weiterhin über den öffentlichen Haushalt sichergestellt sein. Eine verpflichtende Beauftragung der BZgA über den GKV-Spitzenverband wird abgelehnt. Es ist zumindest fraglich, ob ein gesetzliches Auftrags-

verhältnis zwischen GKV-Spitzenverband und der BZgA rechtlich überhaupt möglich ist oder ob nicht das Vergaberecht zur Anwendung kommen müsste.

Änderungsvorschlag

Streichung des § 20 Absatz 6 und 7 SGB V.

6. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und Nr. 4 Buchstabe a)

§ 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V: Primäre Prävention

§ 20a Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet mindestens zwei Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auszugeben.

Betriebsärzte werden ergänzend in § 20 Abs. 1 hinsichtlich der Beteiligung in der BGF erwähnt. Demnach ist die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte verbindlich zu nutzen, indem sie an den Ausführungen von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind.

Bewertung

Mit der Verpflichtung der Kassen mindestens zwei Euro je Versicherten für die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verausgaben, erhofft sich der Gesetzgeber u.a. eine größere Erreichbarkeit von kleinen und mittelständischen Unternehmen mit Leistungen der Krankenkassen (siehe Begründung S. 15). Dies ist aber nicht alleine damit zu erreichen, indem man das Ausgabenvolumen erhöht. Hier muss die Zieldefinitionen noch einmal entsprechend im § 20 Absatz 1 erweitert werden und die Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständigen Unternehmen besondere Erwähnung finden.

Betriebsärzte werden von den Arbeitgebern eingestellt und unterliegen vorrangig dem Arbeitssicherheitsgesetz. Wenn es möglich ist, werden diese schon heute in die BGF-Maßnahmen einbezogen. Es ist allerdings zu beobachten, dass Betriebsärzte, die auf Honorarbasis tätig sind, nur gegen zusätzliche Honorare bei Maßnahmen der BGF teilnehmen. Diese Kosten dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen.

Änderungsvorschlag

Erweiterung des § 20 Absatz 1:

Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen erhöhen.

Die Kosten für den Einsatz der Betriebsärzte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind von den Arbeitgebern zu tragen.

7. Gruppentarife

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Abs. 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung will Gruppentarife, die Krankenkassen mit Arbeitgebern schließen, in der betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglichen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Einführung von Gruppentarifen ab. BGF-Tarife für spezifische Gruppen widersprechen dem Grundverständnis der Präventionsleistungen in Lebenswelten, die nach Risikogruppen und nicht nach Krankenkassen- oder Gruppentarifzugehörigkeit auszugestalten sind. Mit anderen Worten werden dort Gruppen gebildet, wo eigentlich keine exklusiven Gruppen bestehen sollten.

Zudem erscheinen die Rahmenbedingungen der Finanzierung nicht geeignet, Gruppentarifen die nötigen Anreize zur Teilnahme von Versicherten und Arbeitgebern zu verschaffen.

Ferner besteht die Gefahr, dass das freie Kassenwahlrecht unterminiert wird, wenn der Arbeitgeber versucht, seine gesetzlich versicherten Beschäftigten an einen Gruppentarif zu binden, der von einer bestimmten Krankenkasse, mit dem der Arbeitgeber einen Vertrag geschlossen hat, angeboten wird (Wettbewerbsverzerrung).

Änderungsvorschlag

Streichung

8. Kassenübergreifende regionale Koordinierungsstellen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Absatz 4 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen Krankenkassen den Unternehmen in gemeinsamen einzu-richtenden regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Nä-heres zur Aufgabenerfüllung und Finanzierung dieser regionalen Koordinierungsstellen obliegen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Bun-desländern.

Bewertung

Das Ziel der Norm, mit den gemeinsamen Koordinierungsstellen einen unbürokratischen Zugang von Betrieben zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermög-lichen, wird von den Innungskrankenkassen in Frage gestellt. Gerade durch den Aufbau weiterer komplexer Strukturen mit aufwendigem Regelungsbedarf könnte letztlich die Zielsetzung der Norm konterkariert werden. Ein niedrighschwelliger und unbürokratischer Zugang durch die Kassen ist bereits heute aufgrund ihrer Nähe zu den Betrieben si-chergestellt. Hier wären die Koordinierungsstellen nicht nur bürokratisch und aufwendig, sondern auch redundant.

Änderungsvorschlag

Streichung

9. Einrichtung eines Überlauftopfes

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20a Absatz 5 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen ab dem Jahr 2014 verpflichtet werden, die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel, die für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen sind, dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Dieser wiederum soll die Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel wieder an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen – insbesondere aber in die zuvor genannten regionalen Koordinierungsstellen – verteilen.

Bewertung

Durch diese Regelung wird den Kassen zunächst das nicht verausgabte Geld aus dem Bereich BGF von den Kassen an den GKV-Spitzenverband abgeführt, der es dann wiederum nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zurückverteilt. Mit dieser Methode werden allerdings die Finanzmittel aus den weniger gut strukturierten Bundesländern in jene Länder umgeleitet, die Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben. Diese Umverteilung zugunsten der schon funktionierenden Strukturen wird abgelehnt.

Stattdessen sollten die nicht verausgabten Mittel in den Ländern verbleiben, wo sie von den Kassen gemeinsam in BGF-Projekte investiert werden.

Deshalb schlägt der IKK e.V. eine Übergangsregelung für nicht verausgabte Mittel vor, die sicherstellt, dass die Mittel in der jeweiligen Region verbleiben können. Regionale Arbeitsgemeinschaften sind bereits vorhanden, weshalb die Einrichtung regionaler Koordinierungsstellen nicht notwendig ist.

Änderungsvorschlag

Der vorgesehene § 20a Absatz 5 SGB V wird wie folgt geändert:

„§ 20a Absatz 2

Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse – erstmals im Jahr 2016 – den Betrag nach § 20 Absatz 5 Satz 2 erster Halbsatz, stellt die Krankenkasse die nicht

verausgabten Mittel den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Verfügung.“

10. Ständige Präventionskonferenz

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 20e Absatz 1 - 3 SGB V: Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

Beabsichtigte Neuregelung

Im Bundesministerium für Gesundheit soll eine Ständige Präventionskonferenz aller relevanten Akteure eingerichtet werden, die insbesondere die Aufgabe hat, in jeder Legislaturperiode einen Bericht über die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen zu erarbeiten. Dieser soll den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorgelegt werden. Hierfür wird eine Geschäftsstelle eingerichtet mit zugewiesenen Aufgaben und entsprechender personeller Ausstattung. Laut Gesetzesbegründung geht man davon aus, dass sich die Ausgaben für den Bund in einer Größenordnung von rund 295.000 Euro jährlich bewegen.

Bewertung

Die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz lehnen die Innungskrankenkassen ab. Selbstverständlich befürworten und fordern auch die IKKn einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz, der mit einem trägerübergreifenden Gremium auch in Teilen umgesetzt werden könnte. Doch als Aufgaben der Ständigen Präventionskonferenz sind das Anfertigen eines Berichts und das Aufzeigen neuer Wege der Prävention vorgesehen. Dies ist in unseren Augen kein erfolgversprechender Ansatz. Vielmehr sollte eine trägerübergreifende Konferenz ihre Teilnehmer in die Pflicht nehmen, eigene Beiträge zur Prävention zu leisten. Nur so würde eine Präventionskonferenz Sinn machen. In der vorgesehenen Konstruktion ist es nicht absehbar, dass beispielsweise die teilnehmenden Länder aktiver als bisher in die Prävention einbezogen werden. Stattdessen dürfte allein die von der GKV zu finanzierende Prävention im Weiterentwicklungsfokus der Konferenz stehen.

Änderungsvorschlag

Streichung

11. Medizinische Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten

Zu Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 23 Absatz 2 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen können zukünftig medizinische Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten unmittelbar in Anspruch nehmen. Weitere Prüfkriterien spielen demnach keine Rolle mehr.

Darüber hinaus wird den Kassen über die Satzung ermöglicht, die Bezuschussung von Unterkunft und Verpflegung nach § 23 SGB V zu erhöhen (Erwachsene bis zu 16 Euro – chronisch kranke Kleinkinder bis zu 25 Euro).

Bewertung

Einer gesetzlichen Anpassung bedarf es nicht, weil bereits heute schon im Gesamtkontext von verschiedenen Prüfkriterien die beruflichen oder familiären Umstände berücksichtigt werden können.

Die beabsichtigte Wirkung der Regelung, für betroffene Personengruppen eine ambulante Vorsorgemaßnahme in anerkannten Kurorten zu ermöglichen, ohne vorab zu prüfen, ob es entsprechende ambulante Angebote gibt, führt überdies zu einer Verschiebung der Kosten aus dem ambulanten Bereich der medizinischen Rehabilitation in die ambulanten Vorsorgeleistungen. Darüber hinaus führt die offene Formulierung „besondere berufliche oder familiäre Umstände“ zu Problemen in der objektiven Beurteilung, welche Fälle als besondere berufliche oder familiäre Umstände gelten.

Die Möglichkeit einer Satzungsanpassung des Übernachtungs- und Verpflegungszuschusses von 13 Euro auf 16 Euro sowie bei chronisch kranken Kleinkindern von 21 Euro auf 25 Euro wird hingegen als gerechtfertigt erachtet.

Änderungsvorschlag

Streichung in Satz 1 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“.

12. Bonusprogramme

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 65a SGB V: Bonus für gesundheitliches Verhalten

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen werden verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten vorzusehen. Boni für Primärprävention sollen an die Erfüllung bestimmter Zielvorgaben gekoppelt werden. Zudem wird festgelegt, dass Boni nur noch als Geldleistung zu gewähren sind und sich nur auf zertifizierte Leistungen nach den §§ 20 und 20a beziehen dürfen. In Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ferner Boni sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern möglich sein.

Bewertung

Die Einschränkung der bonusfähigen Maßnahmen auf zertifizierte Leistungen wird seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Boni etwa für Blut- und Organspenden würden durch diese Regelung nicht mehr möglich sein. Das verkennt den auch sekundärpräventiven Hintergrund. Insbesondere im Rahmen der Blutspende werden Messwerte erhoben, die einen sekundärpräventiven Charakter erfüllen und folglich dem Spender nützen (z. B. Bestimmung des Blutbildes, Hepatitis, HIV usw.). Hier sprechen sich die Innungskrankenkassen nachdrücklich dafür aus, zumindest Blut- und Organspenden als mögliche Sonderleistung in den § 65a SGB V gesetzlich mit aufzunehmen.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen die vorgesehene Beschränkung auf Geldleistungen bei Bonifikationen. Es sollte den Kassen überlassen bleiben, in welcher Form sie die Boni gewähren. Sachleistungen können unter Umständen genauso sinnvoll sein wie Geldleistungen (z. B. hochwertige Schulranzen bei lückenlos besuchten Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V). Darüber hinaus werden Bonusprogramme als Anreiz-Modelle gesehen. Die Gruppe der sozial Benachteiligten (Hartz IV) kann die Geldleistungen aber nicht nutzen, da diese als Einnahmen gewertet und entsprechend von den Harz IV-Sätzen abgezogen werden. So fehlt gerade denjenigen, die erreicht und motiviert werden sollen, der Anreiz, die Maßnahmen durchzuführen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Soll-Regelung und der Vorgabe, dass Boni nur als Geldleistungen auszugestalten sind. Zudem Streichung der Passage, dass als bonifizierbare Leistungen nur Leistungen gem. § 20 Abs. 3 S. 2 SGB V gelten.

Die Stellungnahme des IKK e.V. ergeht im Namen von IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord, IKK Südwest sowie BIG direkt gesund.