



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Berlin, 01. Februar 2013

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund:

Der am 21. Januar 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention hat zum Ziel, durch Änderungen gesetzlicher Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) „die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren.“

Dies soll insbesondere durch

- die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit,
- eine zielorientierte Ausrichtung der Leistungen der Krankenkassen gemäß § 20 SGB V auf gemeinsame verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele,
- eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung,
- eine Stärkung und Fortentwicklung der medizinischen Vorsorgeleistungen,
- eine Neustrukturierung der Finanzierung von Präventionsleistungen

sowie

- die Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit dieser Leistungen erfolgen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt alle gesetzgeberischen Maßnahmen, die der Förderung der Gesundheit und der Früherkennung von Krankheiten dienen, soweit damit die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Bevölkerung wirksam verbessert werden können.

Im Einzelnen nimmt sie zu den im vorliegenden Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen wie folgt Stellung:

1. Neustrukturierung der Finanzierung und Zertifizierung primärpräventiver Leistungen

Die im Referentenentwurf vorgesehene Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur primären Prävention gemäß §§ 20, 20a und b SGB V von gegenwärtig 2,86 € auf zunächst 3,01 € in 2013 und schließlich 6 € ab 2014 mit entsprechenden fortschreitenden Anpassungen wird grundsätzlich begrüßt, soweit damit nachweislich ein wirksamer und zielgruppengerechter Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention geleistet werden kann.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Die Bundesärztekammer hat wiederholt darauf hingewiesen, dass nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Leistungen zur primären Prävention „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“ sollen. Bislang ist der Großteil der für die Primärprävention vorgesehenen Gelder jedoch in verhaltensbezogene Kursangebote der Krankenkassen geflossen, ohne dass es eine entsprechende gesundheits- bzw. risikobezogene Steuerung der Kursteilnehmer sowie einen Nachweis über den gesundheitsbezogenen Nutzen der Angebote gegeben hat. Ungleich anderer Leistungen des Gesundheitswesens erfolgte bei den §20-Maßnahmen Angebot und Bewertung bzw. Anerkennung der Maßnahmen faktisch „aus einer Hand“, ohne dass eine Mitwirkungsmöglichkeit der Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung bei der Erstellung der Bewertungskriterien für die Maßnahmen sowie der Überprüfung ihrer Sinnhaftigkeit vorgesehen war.

Entsprechend kritisiert die Bundesärztekammer, dass im vorliegenden Referentenentwurf alleinig dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien der primärpräventiven Leistungen sowie der Kriterien der Zertifizierung von Leistungsangeboten überlassen werden soll. Damit unterbleibt eine notwendige Trennung von Leistungsanbieter und Zertifizierer. In der Folge ist zu befürchten, dass sich die Zertifizierungen nur in geringem Maße an gesundheitlichen oder zielgruppenbezogenen Wirksamkeitskriterien ausrichten werden. Dies umso mehr, als in dem Entwurf die bislang in § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V für die Auswahl der prioritären Handlungsfelder und Festlegung der Kriterien für die Leistungen verlangte Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen weggefallen ist.

Faktisch wird mit der vorgesehenen Finanzierungs-Neuregelung der für verhaltensbezogene Kursangebote verfügbare Anteil weiter aufgestockt und stellt mit zukünftig 3 € pro Versichertem (2014) den größten Leistungsanteil dar, weshalb die Entscheidung über die Mittelverwendung nicht allein den Krankenkassen überlassen bleiben sollte.

Zu begrüßen ist hingegen die Berücksichtigung der Präventionsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ bei der Entwicklung der für die Zertifizierung relevanten Handlungsfelder und Kriterien.

Gemäß § 20 Abs. 5 werden zukünftig für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Erbringung von Leistungen in Lebenswelten 0,50 € pro Versichertem vorgesehen. Diese sollen laut Begründungstext die mediale Durchschlagskraft der Maßnahmen erhöhen. Die Nachhaltigkeit begleitender Medienkampagnen muss erfahrungsgemäß jedoch als nur sehr begrenzt eingeschätzt werden. Als wirksam haben sich vielmehr v. a. strukturelle Veränderungen von Lebenswelten zur Förderung der Gesundheit erwiesen. Solche Maßnahmen können zwar von der BZgA medial begleitet werden, ein Umfang in Höhe von 50 % der Gesamtaufwendungen in diesem Bereich erscheint jedoch nicht sinnvoll. Es sei zudem darauf hingewiesen, dass nicht aus allen Textpassagen des Entwurfs und der Begründung zweifelsfrei hervorgeht, ob sich der für die BZgA vorgesehene Betrag anteilig aus dem Betrag berechnet, der für Lebenswelt bezogene Maßnahmen vorgesehen ist, oder aber zusätzlich vorgesehen ist. (§ 20 Abs. 5: Sie „erhält für diese Leistungen ... eine pauschale Vergütung, die mindestens der Hälfte des Betrages entspricht, den die Krankenkassen ... für ... Leistungen [zur Prävention in Lebenswelten] aufzuwenden haben“).

Die Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten jenseits der Erstellung von Medien sollte vor allem in den Händen der gemein-

nützig tätigen Organisationen der Zivilgesellschaft (z. B. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landesvereinigungen für Gesundheit) sowie der relevanten Fachverbände (Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, ärztliche Organisationen wie zum Beispiel die der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) liegen.

2. Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die präventiven Leistungen sich zukünftig nicht nur auf die Früherkennung von Krankheiten, sondern auch auf solche zu ihrer Vermeidung erstrecken sollen (siehe § 11 SGB V sowie Überschrift zum 4. Abschnitt des SGB V). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es sich bei den bevölkerungsmedizinisch relevanten Erkrankungen vorwiegend um solche mit einer langfristigen Genese handelt, die durch die Beeinflussung einzelner Wirkfaktoren frühzeitig abgewendet bzw. gelindert oder in ihrem Verlauf verlangsamt bzw. gestoppt werden können.

Gemäß dem Referentenentwurf sollen sowohl die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V als auch die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach § 26 Abs. 1 SGB V auf eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine präventionsorientierte Beratung ausgeweitet und durch eine ärztliche Präventionsempfehlung konkretisiert werden.

Damit werden die primärpräventiven Kompetenzen des Arztes sinnvoll gestärkt. Dies entspricht auch der Beschlusslage der Deutschen Ärztetage, die sich wiederholt in diesem Sinne ausgesprochen haben (siehe z. B. 109. DÄT 2006, Drs. VII-13, VII-41; 110. DÄT 2007, Drs. V-06; 114. DÄT 2011, Drs. VI-02, VI-07)¹.

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Einführung einer ärztlichen Präventionsempfehlung, die an die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V sowie an die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach § 26 Abs. 1 SGB V angekoppelt und für die Krankenkassen zu einer wichtigen Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall werden soll.

Damit wird den die Vorsorgeuntersuchungen durchführenden Ärzten ein Instrument in die Hand gegeben, mit dessen Hilfe untersuchte Patienten an sinnvolle Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur primären Prävention herangeführt werden können und eine am gesundheitsbezogenen Bedarf orientierte Steuerung von Patienten in die zertifizierten Angebote nach § 20 Abs. 3 erfolgen kann. Die Präventionsempfehlung sollte auch für solche qualitätsgesicherten primärpräventiven Angebote einsetzbar sein, die nachweislich qualitätsgesichert sind, auch wenn keine Zertifizierung durch die Krankenkassen erfolgt ist.

Im Rahmen der Neugestaltung der Früherkennungsuntersuchungen muss dafür Sorge getragen werden, dass Ärzte für die darin vorgesehenen neuen Tätigkeiten mit entsprechenden Erhebungs- und Beratungstools unterstützt werden und der sich aus den zusätzlichen primärpräventiven Aufgaben ergebende Leistungsmehraufwand in einer entsprechenden Vergütung bzw. Berechnung der bestehenden EBM-Ziffern Niederschlag findet.

¹ Die Beschlüsse und Entschließungen der Deutschen Ärztetage können auf der Internetseite der Bundesärztekammer (www.baek.de) unter den Rubriken „Ärztetag“, „Ärztetage ab 2006“ und „Beschlussprotokoll des jeweiligen Ärztetages“ abgerufen werden.

Stellungnahme der Bundesärztekammer
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Eine Aufhebung der Altersgrenzen für die bisherige Gesundheitsuntersuchung ab vollendetem 35. Lebensjahr ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass durch die in der Folge erforderlichen weiteren Beratungen und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses der bislang bestehende präventive Leistungsanspruch der Versicherten quantitativ und qualitativ ausgedünnt wird, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis gesundheitsfördernder bzw. primärpräventiver Maßnahmen per se schwieriger und nur anhand großer Studiengruppen und über lange Zeiträume hinweg zu führen ist.

Die Ausweitung der Altersgrenze für die Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V auf die Vollendung des 10. Lebensjahres wird seitens der Bundesärztekammer ebenfalls begrüßt. Damit wird die bestehende Untersuchungslücke zwischen der bisherigen Untersuchung U6 im 6. Lebensjahr und der J1-Untersuchung im 12. bis 14. Lebensjahr geschlossen. Auf diese Weise kann auf mögliche gesundheitliche Risiken oder Fehlentwicklungen, die sich in dieser Altersphase manifestieren können, frühzeitig reagiert werden. Dazu bedarf es nicht nur der Entwicklung entsprechender Untersuchungsparameter sondern auch adäquater therapeutischer Angebote.

Um alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen erreichen zu können und ein kontinuierliches Monitoring der gesundheitlichen Entwicklung unserer Kinder zu ermöglichen, sollten zudem die Schuluntersuchungen gestärkt und flächendeckend sichergestellt werden.

In den Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für eine Präventionsstrategie vom 13.12.2012 war noch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Ausgestaltung der erweiterten Kinderuntersuchung die Aufgabe zugedacht worden, Leitfäden und Fortbildungsmodule für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen sowie für Haus- und Kinderärzte zu entwickeln. Auch wenn diese Passage weder im Referentenentwurf noch im Begründungsteil enthalten ist, möchten wir dennoch darauf hinweisen, dass die Qualifizierung Medizinischer Fachangestellter und die ärztliche Fortbildung sowie die Erstellung entsprechender Curricula Aufgabe der Bundesärztekammer bzw. der Landesärztekammern ist. Zur Prävention wurde bereits eine Vielzahl passgenauer, modular aufgebauter Materialien entwickelt, zu denen die Kammern und Berufsverbände ein flächendeckendes Angebot für den Einsatz in der ambulanten Versorgung bereithalten, das von niedergelassenen Ärzten und dem Praxispersonal sehr gut angenommen wird.

Hinsichtlich der vorgesehenen Umgestaltung der Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit Einbindungswesen sowie mit Qualitäts- und Erfolgskontrollen verweisen wir auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (BT-Drs. 17/11267) vom 07.12.2012².

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Bundesärztekammer be-

² Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (BT-Drs. 17/11267) vom 07.12.2012 kann auf der Internetseite der Bundesärztekammer (www.baek.de), unter den Rubriken „Gesundheitspolitik“ und „Stellungnahmen“ abgerufen werden.

grüßt, dass betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen als zu erbringende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten in § 20 Abs. 3 Satz 3 mit in den Referentenentwurf aufgenommen wurden. (siehe 115. DÄT, Drs. VI – 01)³.

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft Unternehmen, die erwerbstätigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten und damit Kosten zu senken sowie die Produktivität zu steigern. Eine besondere Rolle im Betrieb spielen hierbei Betriebsärzte. Diese sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Die Vorsorge geschieht mit den Mitteln der Primärprävention (Schadensverhütung), Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (berufliche Wiedereingliederung). Es wird einerseits auf gesundheitsgerechte salutogenetische Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) hingewirkt, andererseits werden die Beschäftigten befähigt, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (Verhaltensprävention).

Eine besondere Herausforderung für die Betriebsärzte stellt das Älterwerden der Belegschaften durch den demografischen Wandel und damit eine absehbare Zunahme chronisch Kranker in den Unternehmen dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit müssen ältere Beschäftigte und chronisch bzw. psychisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen. Deswegen begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich, dass die GKV im Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung/Primär- und Sekundärprävention in der Arbeitswelt tätig wird und auf die diesbezüglichen Experten im Betrieb, die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, zurückgreifen soll.

4. Schutzimpfungen

Die Krankenkassen können nach §20a SGB V Präventionsleistungen im Betrieb erbringen. Regelungen bezüglich der Leistungsvergütungen gab es hingegen nicht. Dennoch wurden vereinzelt Verträge mit Betrieben bzw. Betriebsärzten abgeschlossen. Dies hing jedoch von Einzelinitiativen ab. Auch der Deutsche Ärztetag in Nürnberg 2012 (Drs. VI - 01) hat entsprechende Regelungen gefordert. Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich den Einbezug der Betriebsärzte in die Vorschrift des §20a SGB V sowie die Einführung von Gruppentarifen bzw. Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen mit Betriebsärzten.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Vorschrift des § 132e Absatz 1 Satz 1. Die Krankenkassen können nun auch Verträge mit Betriebsärzten über die Durchführung von Schutzimpfungen abschließen. Diese Klarstellung wird das Verfahren in den Betrieben deutlich erleichtern.

³ Die Beschlüsse und Entschließungen des 115. DÄT können auf der Internetseite der Bundesärztekammer (www.baek.de) unter den Rubriken „Ärztetag“, „Ärztetage ab 2006“ und „Beschlussprotokoll des jeweiligen Ärztetages“ abgerufen werden.

5. Orientierung der Leistungen zur primären Prävention an Präventionszielen

Nach § 20 Abs. 1 des Referentenentwurfs sollen sich die Leistungen der Krankenkassen im Bereich der primären Prävention zukünftig an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ ausrichten.

Der Kooperationsverbund leistet seit inzwischen zwölf Jahren eine intensive und sachorientierte Arbeit. Da seine Zielsetzungen bislang nicht ausschließlich präventionsorientiert waren, bedürfte es zum Teil einer Modifikation seines Selbstverständnisses und der Ausrichtung seiner Arbeit, um den zukünftigen Intentionen des Gesetzgebers vollumfänglich gerecht werden zu können.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass bei der Entscheidung über individuelle Verhaltensprävention und Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auch eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Präventionsempfehlung zu berücksichtigen ist.

6. Neugestaltung der Krankenkassen-Bonusregelungen

Die in § 65a vorgesehene Koppelung der Bonusregelungen der Krankenkassen an den Erfolg der jeweiligen Maßnahme ist zwar grundsätzlich sinnvoll und wünschenswert, da auf diese Weise ein objektiver Qualitätsparameter einbezogen wird. Allerdings ist eine konkrete praktische Umsetzung dieser Regelung nur schwer vorstellbar, da sich die Zielerreichung oftmals erst nach Jahren ablesen lässt. Da im Begründungstext vorgesehen ist, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Erfolgskriterien eigenständig erstellen soll, bleibt zu vermuten, dass die Zielerreichung im Ergebnis lediglich anhand subjektiver Teilnehmerbewertungen unmittelbar nach Kursende überprüft werden wird.

7. Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit

Der Referentenentwurf sieht die Einfügung eines § 20e in das SGB V vor, der die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelt. Demnach soll dieses Gremium alle vier Jahre dem BMG und darüber hinaus den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele berichten und Möglichkeiten ihrer Weiterentwicklung aufzeigen.

Die Einbindung der angedachten Ständigen Präventionskonferenz in politische Steuerungs- und Entscheidungsprozesse bleibt dabei vage. Sinnvoll wäre eine engere Verzahnung mit dem bestehenden Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“, ohne institutionelle Redundanzen zu schaffen und unnötige Reibungsverluste zu erzeugen.

In der Fassung des Referentenentwurfs vom 21. Januar 2013 befindet sich hinsichtlich des Teilnehmerkreises lediglich die allgemeine Aussage „Vertreter der für die Gesundheitsförde-

Stellungnahme der Bundesärztekammer
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

rung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“. Auch im Begründungstext wird der Teilnehmerkreis nicht weiter konkretisiert.

Sollte man an dem Vorhaben einer Ständigen Präventionskonferenz weiter festhalten, fordert die Bundesärztekammer eine klarere Aufgabenbeschreibung im Kontext bereits vorhandener Akteure sowie ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren zur Auswahl und Benennung ihrer Mitglieder. Neben der erforderlichen Einbeziehung von Vertretern der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind auch Vertreter der Betriebsärzte und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu berücksichtigen.

Der Teilnehmerkreis sollte insgesamt so bemessen sein, dass eine konzentrierte Diskussion und Entscheidungsfindung sichergestellt ist.