



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und
der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) – Referentenentwurf vom
20.10.2014

Berlin, 21.11.2014

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über das Gesundheitswesen hinausreicht und sowohl die gesundheitsbezogene Veränderung von Lebenswelten als auch von Lebensweisen einschließt. Dabei spielen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle, da sie Patienten aller gesellschaftlicher Schichten gleichermaßen erreichen und diese zum geeigneten Zeitpunkt auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote ansprechen und motivieren können. Zudem können sie an der Gestaltung von Lebenswelten durch ihr Wissen über Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung mitwirken.

Mit dem Gesetz sollen die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für die Primärprävention deutlich aufgestockt werden – von derzeit ca. 3 € pro Versicherten auf zukünftig 7 € pro Versicherten (ab 2016). Dadurch sollen insbesondere die Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden.

Leider ist die strukturelle Einbindung der Ärzteschaft in die vorgesehenen Leistungen bislang nur wenig ausgearbeitet. Dort, wo der Ärzteschaft Aufgaben übertragen werden, wird hingegen vorausgesetzt, dass damit für die Krankenkassen keine Mehrkosten entstehen. Vielmehr sollte aber mit dem Gesetzentwurf die Chance genutzt werden, die Möglichkeiten von Ärzten zur Patientenansprache und ihre gesundheitlichen Kompetenzen im Rahmen der Primärprävention zu stärken.

Im Einzelnen werden zum vorliegenden Entwurf seitens der Bundesärztekammer folgende Punkte kritisch angemerkt:

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zu § 20 Abs. 1:

Das hier angeführte Verständnis von Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ greift zu kurz. Vielmehr umfasst Gesundheitsförderung die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen, die eine entsprechende Gestaltung der Lebensbedingungen voraussetzt und damit gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht.

Zu § 20 Abs. 2:

§ 20 des Gesetzentwurfs regelt in Absatz 2, dass der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung festlegt. Zudem soll er eigenständig die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen bestimmen.

Die Festlegung der Verwendung der für die Prävention aufzubringenden Mittel sowie die Definition der Anforderungen an das Zertifizierungsverfahren von Leistungsangeboten kann jedoch nicht dem GKV-Spitzenverband überlassen bleiben, wenn die Krankenkassen gleichzeitig Anbieter der entsprechenden Leistungen sind. (Vgl. hierzu auch die nachfolgenden Ausführungen zu § 20 Abs. 5).

Zur Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen verlangt der Gesetzentwurf zwar die „Einbeziehung unabhängigen ... ärztlichen ... Sachverständigen“, jedoch enthält dieser keine näheren Ausführungen zur Umsetzung. In der bestehenden Beratenden Kommission zum „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes ist die Einbeziehung ärztlichen Sachverständigen strukturell bislang nicht vorgesehen, so dass hier dringender Änderungsbedarf angezeigt ist.

Zu § 20 Abs. 3:

Die Einbindung von Gesundheitszielen als Steuerungsinstrument für Leistungen nach § 20 Abs. 1 und deren Ausgestaltung gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese Einbindung ist im Gesetz jedoch verbindlich festzulegen. Bislang ist lediglich vorgese-

hen, dass der GKV-Spitzenverband nach § 20 Abs. 3 „bei der Aufgabenwahrnehmung ... auch die folgenden Gesundheitsziele“ *berücksichtigen* soll [Hervorhebungen durch den Verfasser]. Demnach wäre es dem GKV-Spitzenverband weitgehend freigestellt, in welcher Weise er sich an den in § 20 Abs. 3 aufgeführten Gesundheitszielen orientieren will. Das ist allerdings völlig unzureichend: Zur Nutzung von Gesundheitszielen bzw. Arbeitsschutzzielen als Steuerungsinstrument für die Verwendung von Präventionsleistungen bedarf es gesetzlicher Regelungen und einer Konkretisierung der zu erreichenden Ziele. Eine wirksame Umsetzung kann nur gelingen, wenn sie auch in bestehende medizinische Leistungsbereiche integriert oder zumindest an diese gekoppelt werden.

Die Bundesärztekammer spricht sich zudem dafür aus, den seit 2000 bestehenden Kooperationsverbund gesundheitsziele.de und die Nationale Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen des Gesetzes verbindlich zu regeln.

Zu § 20 Abs. 5, Satz 1:

Nach § 20 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzentwurfs soll eine Krankenkasse künftig nur dann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen können, wenn diese von einer Krankenkasse oder von einer anderen, zur Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Einrichtung, zertifiziert ist.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff „Zertifizierung“ ein feststehender Begriff für ein Verfahren ist, welches auf der Basis internationaler Normen und der europäischen Verordnung 765/2008 sowie einer staatlich beauftragten Stelle reguliert ist. In Deutschland ist dazu die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) per Gesetz eingerichtet. Sie akkreditiert Einrichtungen, die Zertifizierungen vornehmen dürfen. Ein wesentliches Verfahrensmerkmal von Zertifizierung ist die Unabhängigkeit des Zertifizierers von derjenigen Einrichtung, welche die Regeln für die Zertifizierung aufstellt. Diesen Anforderungen genügen die Regelungen dieses Gesetzentwurfes jedoch nicht. Auch ist darauf hinzuweisen, dass mit der Zertifizierung noch keine Qualitätssicherung der zertifizierten Leistung sichergestellt ist, wie es § 20 Abs. 2 Satz 2 sowie Passagen des Begründungstextes implizieren.

Zwingende Voraussetzung bleibt, dass die Qualitätssicherung der Präventionsleistungen unabhängig von den Krankenkassen als Leistungsanbieter erfolgt. Wie in anderen Leistungsbereichen der GKV muss auch die Verwendung von Geldern der Solidargemeinschaft für Prävention nach den Kriterien des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) erfolgen.

Zu § 20 Abs. 5, Satz 2:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der Referentenentwurf mit der „ärztlichen Präventionsempfehlung“ eine Verbindung zwischen den Leistungen der Krankenkassen zur individuellen Verhaltensprävention und bereits bestehenden ärztlichen Präventionsleistungen herzustellen versucht. Im vorliegenden Entwurf wird jedoch lediglich empfohlen, dass die Ärztin/der Arzt im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung „einen Schein“ ausfüllt, der der/dem Versicherten die Wahrnehmung eines präventiven Kassenangebots empfiehlt. Diese Empfehlung soll von der Krankenkasse bei der Entscheidung über die Leistung berücksichtigt werden. Die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten kann zukünftig aber weiterhin auch ohne ärztliche Empfehlung erfolgen. Die ärztliche Präventionsempfehlung soll also keine Zugangsvoraussetzung darstellen (vgl. Seite 36).

Die angedachte Präventionsempfehlung sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer in ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement integriert werden:

- Die Präventionsempfehlung sollte das Ergebnis einer Exploration und Bewertung bestehender gesundheitlicher Belastungen wie auch Ressourcen des Patienten und eines darauf aufbauenden motivierenden ärztlichen Gesprächs darstellen.
- Eine primärpräventive Beratung und darauf aufsetzende Präventionsempfehlung sollten auch zu anderen medizinischen Anlässen als zu Vorsorgeuntersuchungen strukturell vorgesehen und entsprechend vergütet werden. Hier bieten sich insbesondere solche Arzt-Patienten-Kontakte an, in denen gesundheitliche Probleme thematisiert werden, die einer Prävention gut zugänglich sind.
- Die Empfehlung sollte sich nicht allein auf präventive Kursangebote der Krankenkassen beschränken, sondern auch andere gesundheitsförderliche Maßnahmen und Angebote berücksichtigen – zumal geeignete Krankenkassenkurse nicht flächendeckend angeboten werden können.
- Im Kontext der Kinder- und Jugenduntersuchungen sollte die ärztliche Präventionsempfehlung nicht nur auf gesundheitsbezogene Maßnahmen, sondern auch auf regionale Angebote früher Hilfen verweisen können. Mit dem Präventionsgesetz könnte die im Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 noch mangelhafte Verzahnung von Gesundheitswesen (Leistungen nach SGB V) und Kinder- und Jugendhilfe (Leistungen nach SGB VIII) nachgebessert und im Ergebnis die psychischen und sozialen Ressourcen junger Eltern gestärkt werden.
- Die ärztliche Empfehlung sollte in eine Präventionsvereinbarung zwischen Arzt und Patient eingebunden werden. Diese sollte das Ergebnis einer Bewertung der bestehenden gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, eines motivierenden Gesprächs sowie

einer Beratung über wirksame präventive Maßnahmen sein und eine ärztliche Begleitung ihrer Umsetzung sowie Bewertung ihrer Ergebnisse beinhalten.

- Entsprechend sollte auch die Bewertung des Erfolgs der wahrgenommenen Maßnahme hinsichtlich einer möglichen Bonifizierung durch die Krankenkasse gemäß § 65a Abs. 1 durch die Ärztin/den Arzt erfolgen, die/der die Empfehlung ausgestellt hat bzw. mit der/dem eine entsprechende Präventionsvereinbarung geschlossen wurde.
- Die mit der Ausstellung der ärztlichen Präventionsempfehlung verbundenen Leistungen sind im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen bzw. einer hiervon unabhängigen Präventionsberatung zu bewerten und entsprechend zu vergüten.

(Vgl. auch entsprechende Beschlüsse der Deutschen Ärztetage, z. B. des 117. Deutschen Ärztetages 2014, Drucksache II-01)

Zu § 20 Abs. 6:

Die vorgesehene Stärkung der Prävention in Lebenswelten wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass für die entsprechenden Leistungen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt bzw. dieser aufgrund bestehender Studien zu erwarten ist. Auch dürfen diese Leistungen keine bereits bestehenden Leistungen der allgemeinen Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand ersetzen.

Die zur Verfügung zu stellenden Mittel für die Primärprävention sollen zwar von 3 auf 7 € pro Versicherten erhöht werden. Allerdings soll der größte Anteil dieser Summe, nämlich 3 €/Versicherten (neben den 2 € für die Prävention in Lebenswelten und weiteren 2 € für die betriebliche Gesundheitsförderung) auch weiterhin den Kassen zur eigenen Ausgestaltung ihrer Kursangebote überlassen bleiben. Umso dringlicher ist es, dass auch für diese Mittel eine unabhängige Qualitätskontrolle sichergestellt wird (vgl. auch § 20 Abs. 2).

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Zu § 20a Abs. 1:

Positiv ist anzumerken, dass unter den förderungswürdigen Lebenswelten auch „Systeme ... der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ aufgeführt werden. Es bedarf weiterer Konkretisierungen, welche settingbezogenen Leistungen zukünftig in diesen gefördert und angeboten werden sollten.

Zu § 20a Abs. 3:

§ 20a Abs. 3 sieht vor, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zukünftig zur Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten ca. 35 Mio. € pro Jahr („mindestens einem Viertel des Betrages, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten mindestens aufzuwenden haben“) vom GKV-Spitzenverband erhält. Die vorgesehenen zusätzlichen Mittel für die BZgA, einer dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten Bundesbehörde, stellen eine ordnungspolitisch fragwürdige Querfinanzierung durch Mittel der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten dar.

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu § 20b Abs. 1:

Die in § 20b Abs. 1 vorgesehene ergänzende Nennung der Betriebsärzte hinsichtlich der Erhebung der gesundheitlichen Situation in Betrieben und zur Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt.

Die Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Betrieben ist eine besondere Herausforderung und sollte durch das geplante Gesetz gestärkt werden. Die Aufgaben der nach § 20b Abs. 3 und 4 einzurichtenden regionalen Koordinierungsstellen sollten in diesem Sinne konkretisiert werden.

§ 20d und e: Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz

Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher ist ein engerer Austausch der schon jetzt in der Prävention tätigen Träger der Sozialversicherung in einem gemeinsamen Gremium sinnvoll. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie ohne die verfasste Ärzteschaft erfolgen, sondern lediglich den Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, den Pflegekassen und im Benehmen mit verschiedenen, in § 20d Abs. 2 aufgeführten Ministerien überlassen bleiben soll.

Neben der Nationalen Präventionskonferenz soll noch ein beratendes Präventionsforum eingerichtet werden. Für dieses sind jedoch weder Einwirkungsmöglichkeiten auf die Nationale

Präventionskonferenz noch Mitbestimmungsrechte bei der Erstellung der Präventionsstrategie vorgesehen, so dass kein breiter gesellschaftlicher Konsens über die Ausrichtung präventiver Maßnahmen durch diese Gremien bewirkt werden kann. Es ist sicherzustellen, dass in den beratenden und beschlussfassenden Präventionsgremien ärztlicher Sachverstand über die relevanten Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung und die Organisationen der Betriebsärzte sowie der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vertreten ist. Den Erläuterungen zum Gesetzestext ist allerdings zu entnehmen, dass „die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt“ werden sollen (vgl. dort Seite 41). In dieser soll auch der Teilnehmerkreis des Präventionsforums festgelegt werden. Damit bliebe es ausschließlich den Sozialversicherungen überlassen zu entscheiden, von welchen Verbänden sie sich in der Prävention beraten lassen wollen.

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Nach § 20f sollen auf Länderebene die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den dort zuständigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen zu den Zielen und Handlungsfeldern der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben schließen.

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass über die zu schließenden Rahmenvereinbarungen die bestehenden lebensweltbezogenen Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gestärkt bzw. sinnvoll ergänzt werden. Der ÖGD besitzt auf der kommunalen Ebene ausgewiesene bevölkerungsmedizinische Kompetenzen und Strukturen, die für die lebensweltbezogene Prävention genutzt werden sollten.

§ 20g Modellvorhaben

Für die Durchführung bzw. Koordination regionaler Modellvorhaben zur Prävention eignen sich insbesondere auch regionale Ärztenetze.

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

Zu § 25 Abs. 1:

Bislang haben gemäß § 25 Abs. 1 SGB V „Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten.“ Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf soll diese Gesundheitsuntersuchung zukünftig durch einen allgemeinen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen“ ersetzt werden. Dem Begründungstext ist zu entnehmen, dass die Ausgestaltung sowie die Frequenz dieser Untersuchungen ausschließlich dem G-BA überlassen bleiben soll (vgl. Seite 43).

Die weitgehende Auflösung der bisherigen Untersuchungsstruktur im Gesetzestext birgt die Gefahr, dass man statt einer Stärkung der Vorsorge genau das Gegenteil erreicht: Im Einzelnen wird es schwierig sein, den spezifischen Nutzen bestimmter Untersuchungen für jeweils spezifische Altersgruppen auf wissenschaftlicher Basis nachzuweisen. Dies könnte dazu führen, dass sich der G-BA auf nur wenige Gesundheitsuntersuchungen verständigen kann und in der Folge der bislang bestehende Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen in Inhalt und Umfang eher zurückgefahren statt ausgebaut wird. Unterstrichen wird diese Befürchtung durch die Ausführungen des Referentenentwurfs zum Erfüllungsaufwand der neuen Regelungen: In diesen heißt es, dass „die gesetzlichen Änderungen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung“ ermöglichen würden (vgl. Seite 27).

Um einem Abbau der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 vorzubeugen, sollte der Gesetzgeber im Gesetzestext festlegen, für welche Altersgruppen sowie für welche gesundheitlichen Risiken Gesundheitsuntersuchungen vorzusehen sind.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, die Gesundheitsuntersuchungen zukünftig stärker auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen auszurichten und auf diese eine präventionsorientierte Beratung und die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung aufzusetzen.

Es ist allerdings zu kritisieren, dass die Umgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen für die Krankenkassen kostenneutral erfolgen soll. Dies wird damit begründet, dass schon jetzt im EBM „die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung mit 26 Minuten großzügig bemessen“ ist (vgl. Seite 27). Will man jedoch, wie im Gesetz angelegt, eine quantitative und qualitative Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchungen mit zusätzlichen ärztlichen Leistungen realisieren, muss dieser Mehraufwand auch in der ärztlichen Vergütung entsprechend abge-

bildet werden. Letztlich muss die angestrebte Umgestaltung der Vorsorgeuntersuchungen den Verhandlungen im G-BA sowie dem Bewertungsausschuss mit offenem Ausgang über das hierfür erforderliche Kostenvolumen überlassen bleiben. Ein Gesetz, das der Prävention zu mehr gesellschaftlicher Bedeutung verhelfen und hierfür die erforderlichen Strukturen und Leistungen schaffen will, darf nicht nur den Trägern in den Lebenswelten oder der BZgA mehr Mittel zusichern, es muss auch die von Ärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen angemessen honorieren.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Zu § 26 Abs. 1:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Kinder- und Jugenduntersuchungen gemäß § 26 SGB V zukünftig auf den Zeitraum bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgeweitet sowie inhaltlich stärker auf eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken ausgerichtet werden sollen. Auch erkennt die Ärzteschaft an, dass in die Kinderuntersuchungen die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung integriert werden soll. Diese wird jedoch in ihrem präventiven Potenzial geschwächt, wenn sie – wie im Gesetzesentwurf vorgesehen – nur auf „Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5“ verweisen soll. Um eine wirksame Stärkung der Gesundheit unserer Kinder zu erreichen, müsste die Empfehlung auch auf andere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und insbesondere auf Angebote der Frühen Hilfen nach SGB VIII hinweisen und an diese weitervermitteln. Dadurch würde eine bessere Verzahnung der präventiven Hilfen des neuen Gesetzes mit den durch das Bundeskinderschutzgesetz geschaffenen regionalen Strukturen Früher Hilfen möglich. Für belastete Eltern könnten auf diese Weise gemeindenahe Ressourcen erschlossen werden, die sie in ihrer Erziehungsfunktion stabilisieren und die für die Förderung der Gesundheit des Kindes entscheidend sind.

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

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Versicherte u. a. auch durch finanzielle Boni zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motiviert werden sollen. Nicht sachgerecht ist es jedoch, die für die Bonifizierung geforderte Überprüfung der Zielerreichung präventiver Maß-

nahmen in die Hände der Krankenkassen selbst zu legen, wie es derzeit der Gesetzentwurf in § 65a Abs. 1 Satz 2 i. V. mit § 20 Abs. 2 Satz 1 vorsieht. Wie bereits zu § 20 Abs. 5 ausgeführt, sollte die Bewertung des Maßnahmenerfolges dem Arzt-Patienten-Gespräch unter Hinzuziehung erforderlicher Untersuchungsergebnisse überlassen bleiben.

§ 132e Versorgung mit Schutzimpfungen

Positiv wird seitens der Bundesärztekammer festgestellt, dass zukünftig in den von den Krankenkassen zu schließenden Verträgen über die Durchführung von Schutzimpfungen Betriebsärzte explizit mit aufgeführt werden. Schließlich können über Betriebsärzte auch solche Versicherte für Impfungen erreicht werden, die andernfalls zu diesem Zweck keine Ärzte aufsuchen würden.

§ 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Nach § 132f soll es den Krankenkassen zukünftig möglich sein, mit geeigneten Betriebsärzten Verträge zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 zu schließen.

Betriebliche Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 sind dann zu begrüßen, wenn sie eine Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung darstellen und mit ihnen auch solche Versicherte erreicht werden, die durch die vertragsärztliche Versorgung andernfalls nur schlecht erreicht werden würden. Auch in diesem Paragraphen sollte entsprechend § 20 Abs. 5 Satz 2 auf eine durch den Betriebsarzt auszustellende ärztliche Präventionsempfehlung hingewiesen werden.

Änderungen des SGV XI

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

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden begrüßt.

Zusammenfassung

Positiv hervorzuheben ist, dass Ärztinnen und Ärzten im Referentenentwurf eine wichtige Rolle hinsichtlich der primärpräventive Beratung und Begleitung ihrer Patienten und des Abbaus gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zugewiesen wird.

Ärztinnen und Ärzte sollen laut Entwurf im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen (aktuell: Check-up 35) eine ärztliche individuelle Präventionsempfehlung abgeben, die auf einer strukturierten Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten und der Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme basiert.

Die Instrumente „Präventionsempfehlung“ und die damit verknüpfte „präventionsorientierte Beratung“, sind zu befürworten, wenn

- sichergestellt ist, dass der Beratung eine Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren/ Ressourcen der Patienten vorausgeht
- sie nicht alleine an den Check-up 35 gebunden sind, da in der Regel Patienten den Check-up 35 wahrnehmen, die generell schon auf ihre Gesundheit achten (das Ziel des Gesetzes, auch präventionsferne Schichten mit der ärztlichen Präventionsempfehlung zu erreichen, wird damit verfehlt.)
- sie in Form einer strukturierten Präventionsberatung auch bei kurativen Behandlungsanlässen durchgeführt werden können. Hier muss eine entsprechende Vergütung eingeführt werden
- sichergestellt ist, dass die Krankenkassen in ihren Leistungen eine entsprechende Präventionsmaßnahme anbieten
- die Präventionsempfehlung sich nicht ausschließlich auf präventive Kursangebote der Kassen fokussiert
- die Ärzte den Erfolg oder Nicht-Erfolg der Maßnahme strukturiert überprüfen können. Andernfalls bleiben Ärztinnen und Ärzte lediglich Zuweiser in Krankenkassenkurse, deren Qualität und Ergebnis alleine die Kassen definieren. Die notwendige Trennung von Leistungsanbieter und Zertifizierer unterbleibt im Entwurf.

Insgesamt bedeuten eine strukturierte Präventionsberatung und die Suche nach geeigneten Präventionsangeboten einen nicht zu vernachlässigenden zeitlichen und bürokratischen Aufwand in der Praxis. Ohne die entsprechenden Ausführungsbestimmungen zu kennen, lässt sich im Vorfeld nicht prognostizieren, dass die ärztliche Präventionsberatung und die daran gekoppelte Präventionsempfehlung keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand darstellen und daher kostenneutral zu erbringen sind.