

21. November 2014

Startschuss für eine nationale Präventionsstrategie

Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz unter Einbezug aller Akteure ist notwendig

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)

1. Inhalte des Gesetzes

Das Gesetzgebungsverfahren greift aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention folgende Themen und Zielsetzungen auf:

- a) Koordination verschiedener Maßnahmen und Träger von Gesundheitsförderung/Prävention im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie
 - Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz mit beratendem Forum auf Bundesebene
 - Vereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Institutionen auf Landesebene
- b) Erhöhung des GKV-Fördervolumens von 2 Euro auf 7 Euro pro Versichertem:
 - davon verpflichtend 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung
 - 2 Euro für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (mindestens 50 Cent pro Versicherten soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von den Krankenkassen für kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erhalten)
- c) Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen
 - Anhebung der Altersgrenze auf das vollendete 18. Lebensjahr
 - Einschluss primärpräventiver Elemente in die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Auftrag an Gemeinsamen Bundesausschuss)
 - Erweiterung krankheitsorientierter Beratung auf soziale und verhaltensbedingte Risiken
- d) Qualitätssicherung/ Bonusregelung für Versicherte
 - Festlegung und Veröffentlichung einheitlicher Verfahren der Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation von Leistungsangeboten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen
 - Ärztliche Präventionsempfehlung für individuell erforderliche Leistungen
 - Verpflichtende Angebote mit Bonusregelung durch die Krankenkassen
 - Zuschüsse für Versicherte mit besonderen beruflichen und familiären Belastungen zur Teilnahme an wohnortfernen und zeitlich konzentrierten Angeboten
- e) Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung
 - Einrichtung gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen durch die Krankenkassen
 - Förderung von Netzwerken mit örtlichen Unternehmen aus nicht verausgabten Mitteln
 - Option zur Auszahlung von Erfolgsboni an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte

Der Verbraucherzentrale Bundesverband befürwortet die vorgeschlagenen Neuregelungen zu einer besseren Gesundheitsförderung und Prävention, auch wenn eine Verortung im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erst der Anfang einer gesamtgesellschaftlichen Strategie sein kann, in der messbare Ziele definiert sind, an denen eine Evaluation möglich ist. Verbraucher- und Patientenorganisationen müssen bei der Präventionskonferenz allerdings dringend einbezogen werden, denn ohne die Beteiligung der Nutzer wird es keine adäquate Nutzerorientierung geben. Das Gesetz muss zudem der Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung in der Gesellschaft mehr Gewicht geben.

2. Allgemeine Einschätzung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass die Bundesregierung eine Initiative zur gesetzlichen Regelung der Prävention ergriffen hat, auch wenn Vorgaben im Sozialgesetzbuch nicht ausreichen, um das Thema in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung angemessen zu erfassen.

Positiv hervorzuheben ist, dass soziale und verhaltensbedingte Risiken einen höheren Stellenwert bekommen als dies bei früheren Anläufen zur gesetzlichen Regelung von Prävention der Fall war. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten haben keineswegs ausschließlich förderliche Wirkung. Hohe falsch-positive Befunde bei der Krebsfrüherkennung z.B. stellen eine große psychische Belastung und ein Risiko für Über- und Fehlbehandlung für die Betroffenen dar. Die Annahme, Qualität sei hier leicht zu sichern, Geld ließe sich durch Prävention schnell einsparen, muss durch eine realistischere Einschätzung ersetzt werden.

Es ist zu begrüßen, dass im aktuellen Gesetzentwurf gegenüber dem Gesetzentwurf aus der 13. Legislaturperiode mehr Ressourcen für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten vorgesehen werden. Mindestens 1,50 Euro soll jede Krankenkasse für jeden Versicherten ausgeben, 0,50 Euro pro Versicherten sollen kassenübergreifend verausgabt werden (Auftrag an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband gibt aus der Beratungsperspektive zu Bedenken, dass ein geeigneter Zugang zu sozial Schwachen, Kindern und Migranten gesucht werden muss, da diese Gruppen mit reinen Aufklärungsangeboten wie sie charakteristisch für die BZgA sind, nicht zu erreichen sind. Hier sollte aus bereits vorliegenden Erfahrungen dringend Nutzen gezogen werden. Die Verbesserung von Patientenaufklärung und -bildung ist aber nicht nur bei schwer erreichbaren Gruppen, sondern allgemein ein Erfordernis mit großer Priorität.

Die Gesundheitskompetenz (health literacy) gesetzlich Versicherter wurde in Deutschland 2014 erstmals repräsentativ untersucht, um die Fähigkeit zu messen, „relevante Informationen zu finden, zu verstehen und adäquat in Handeln umzusetzen.“¹ Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürgern aus acht europäischen Ländern schnitten GKV-Versicherte in Deutschland unterdurchschnittlich ab: Lediglich 33,4 Prozent verfügen über eine ausreichende, nur 7 Prozent über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Die USA haben bereits 2010 einen Aktionsplan zur Steigerung der Health Literacy gestartet, China 2014. Hier im Zuge des Präventionsgesetzes vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, erachtet der Verbraucherzentrale Bundesverband nicht nur als notwendig, sondern geradezu als überfällig.

¹ Erste bundesweit repräsentative Umfrage unter GKV-Versicherten vom AOK Bundesverband und Wido: <http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html>

Der aktuelle Regierungsentwurf stärkt die Bedeutung von Ärzten, die Empfehlungen für bestimmte Präventionsangebote gegenüber den Krankenkassen aussprechen sollen, und verpflichtet Krankenkassen bei erfolgreicher Teilnahme ihrer Versicherten zur Ausschüttung von Bonuszahlungen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Möglichkeit ärztlicher Präventionsempfehlungen, auch wenn bezweifelt werden muss, ob Ärzte im gegenwärtigen System die Rolle der Gesundheitsberater mit finanziellen Konsequenzen für die Versicherten angemessen ausfüllen können.

Bei Gesundheitsförderung und Prävention kommt es entscheidend darauf an, die Motivation der Menschen zu stärken. Soziale Anreize, etwa durch die gezielte Ansprache und Förderung der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit sowie einem Austausch über Gesundheit mit anderen, sollten deshalb gegenüber finanziellen Anreizen in Gestalt von Bonusregelungen eindeutig präferiert werden. Zu Bonusregelungen gibt es bislang außerdem wenig bis keine wissenschaftliche Evidenz. Da erfreulicherweise ein zunehmendes Bewusstsein zu verzeichnen ist, dass ökonomische Fehlanreize eine gravierende Ursache für Qualitätsmängel z.B. auf Seiten von Leistungserbringern darstellen,² muss auch auf Patientenseite bei Boni mit reinen Mitnahmeeffekten und bei Krankenkassen mit Marketingmaßnahmen anstelle von wirkungsvollen Initiativen gerechnet werden. Sehr problematisch ist es zudem, wenn Bonuszahlungen verknüpft werden mit Einsichtnahme und Überwachung persönlicher Daten. Subunternehmen von Krankenkassen haben sich in der Vergangenheit nicht als zuverlässige Datentreuhänder im Interesse der Patienten bzw. Versicherten erwiesen.

2.1 Strategische Neuausrichtung

Bereits dreimal sind Gesetzesinitiativen zur Prävention im parlamentarischen Verfahren nicht rechtzeitig vor dem Ende der Legislaturperiode abgeschlossen worden. Der gegenwertige Entwurf hat große Chancen, nicht an dieser Hürde zu scheitern. Allerdings fehlt auch der amtierenden Bundesregierung eine Strategie, die klare Zielvorgaben definiert und die verschiedenen Handlungsebenen in Bund, Ländern und Gemeinden koordiniert. Beim nationalen Krebsplan hat sich der vorgelagerte Strategieprozess als hilfreich erwiesen, durch die Einbindung von Wissenschaftlern und engagierten Institutionen zusätzliche Legitimation für notwendige Veränderungen zu generieren und die Pfade eingefahrener Interessenwahrnehmung zu überwinden.

Die Präventionsstrategie soll nach dem Referentenentwurf nun von den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen im Rahmen einer nationalen Präventionskonferenz entwickelt werden. Sie umfasst Rahmenempfehlungen und einen Präventionsbericht, der nur alle vier Jahre verpflichtend erstellt werden muss. Die gegenwärtigen Berichte des GKV-Spitzenverbandes werden jährlich veröffentlicht und sind für alle Interessierten zugänglich.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt, wenn sie für ihre Versicherten in gleicher Höhe wie die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Rahmenempfehlungen zahlen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert, dass keine verpflichtende Regelung für die private Krankenversicherung vorgesehen wurde.

² Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften www.akademien-schweiz.ch/en/dms/pub/communication0904d.pdf

Der Bundesrat hatte am 22. März 2013 eine EntschlieÙung verabschiedet, die folgende inhaltliche und strukturelle Vorgaben für ein Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetz formulierte:

- Alltagsnahe Gestaltung und Intensivierung von langfristig angelegten Prozessen der Gesundheitsförderung und primärer Prävention insbesondere in den Lebenswelten Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Senioreneinrichtung;
- Förderung von Gesundheitskompetenzen von Menschen und Organisationen;
- Verbesserung der Steuerung und Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern und weiteren Einrichtungen;
- Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

In seiner damaligen Stellungnahme kritisierte der Bundesrat bereits, dass lediglich Regelungen vorgeschlagen wurden, die auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert waren und damit zu stark auf individuelle Verhaltensänderungen und Früherkennungsuntersuchungen fokussierten. Die Einbeziehung der Länder und Kommunen im Gesetzentwurf sei ungenügend und deren bisherige Programme und Maßnahmen würden vollständig ausgeblendet. Als tragende Strukturbausteine wurden genannt:

- mehrjährige Landespräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, die in Kooperation von Ländern mit Sozialversicherungsträgern, Leistungserbringern und anderen erarbeitet und realisiert werden;
- inhaltliche und finanzielle Beteiligung der Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherung, Landespräventions- und Gesundheitsförderungsfonds, aus denen auf der Grundlage der Landespräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme eine abgestimmte Finanzierung ermöglicht wird (unter Einbeziehung von Mitteln auch der Länder).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützt insbesondere die Forderung nach Bündelung der finanziellen Ressourcen aus den verschiedenen Verantwortungsbereichen und hält einen nationalen Strategieprozess für notwendig, um die beteiligten Handlungsebenen und ihre jeweiligen Aufgaben sinnvoll zu strukturieren und die notwendigen Rahmenregelungen in den verschiedenen Politikfeldern vorzubereiten.

Bei Prävention und Gesundheitsförderung kann es nicht nur darum gehen, mit Beitragsmitteln der Krankenversicherten eine vierte Säule im Bereich der Gesundheitsversorgung einzurichten oder auszubauen. Das Potential gesunder Lebenswelten und -führung muss vielmehr genutzt werden, um das bestehende Anreizsystem der Gesundheitsversorgung nachhaltig umzugestalten. Eine sehr große Rolle spielt dafür, dass der Teufelskreis von Arbeitslosigkeit, Armut und Krankheit sowohl auf der individuellen als auch auf der regionalen Ebene durchbrochen wird. Die jetzt vorgesehene Präventionskonferenz genügt diesem Anspruch sicherlich nicht, zumal nicht einmal die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung unmittelbar einbezogen werden sollen.

Beteiligung wird nur beratend über ein Präventionsforum (§20e 2 Absatz) realisiert, das in der Regel einmal jährlich stattfinden und von der Bundesvereinigung für Prävention

und Gesundheitsförderung e.V. organisiert werden soll. Der Verbraucherzentrale Bundesverband bedauert, dass hier kein innovativer Weg beschritten worden ist, der eine breite gesamtgesellschaftliche Diskussion anregt.

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit dem vorgelegten Gesetzentwurf unter anderem verpflichtet, die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Präventionsziele in Satzungsleistungen umzusetzen. Versicherte haben auch bei einer Empfehlung des Arztes keinen durchsetzbaren Anspruch auf diese Leistungen. Ein weiterer Effekt dieser Regelung ist, dass die Gewährung von entsprechenden Angeboten weiterhin im Feld des Kassenwettbewerbs und Marketings liegt und sich damit weiterhin tendenziell auf solche Versicherte konzentrieren wird, die zur erwünschten Klientel der Kasse gehört, also genau das Gegenteil erreichen wird, was unter Gesichtspunkten des Bedarfs und einer größtmöglichen Wirkung wünschenswert wäre.

Früherkennung und verhaltenspräventive Angebote setzen für viele relevante Anliegen zu spät und nicht ursächlich an: Sie beseitigen beispielsweise keine arbeitsbedingten psychischen oder stressbedingten Belastungen. Der Schwerpunkt Verhaltensprävention genügt folglich nicht dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand, dass Verhaltens- ohne Verhältnisprävention praktisch wirkungslos für die individuelle Gesundheit bleibt und birgt die Gefahr, dass Verantwortung nicht da wahrgenommen wird, wo sie tatsächlich liegt.

Bei der Primärprävention steht neben der Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes zusätzlich die Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit im Vordergrund. Dennoch trägt der Gesetzesentwurf bei der Mittelverteilung nicht der Tatsache Rechnung, dass die besonders betroffenen vulnerablen Zielgruppen nicht durch Aufklärungsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erreicht werden können. Für psychisch kranke Menschen, Suchtbetroffene, Langzeitarbeitslose, prekär Beschäftigte, chronisch kranke oder behinderte Menschen, Migranten oder Bürger mit niedrigem Bildungsstand müssen geeignete Angebote an konkrete Lebenskontexte anknüpfen.

Rein medizinisch ausgerichtete Maßnahmen greifen oft nur dann, wenn Ärzte mit anderen lokalen Akteuren zusammenarbeiten. Insbesondere bei der Behandlung psychisch kranker Menschen ist diese Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und gemeindenahen psycho-sozialen Angeboten aber seit vielen Jahren fast überall ein nicht eingelöstes Versprechen. An dieser Situation ändert der vorgelegte Referentenentwurf nichts.

2.3 Partizipation statt Bonifizierung

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen im Gegensatz zu der bisherigen Kann-Regelung Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten als Satzungsleistung anbieten. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch ist die Ausgestaltung der Bonusprogramme durch die einzelnen Krankenkassen bislang äußerst heterogen und aus Sicht der Versicherten wenig transparent. Abhängig von ihrer Umsetzung kann die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorgabe an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Übersicht im Internet über die verschiedenen Angebote der Krankenkassen zu erstellen, die Transparenz für Verbraucher erleichtern.

Die Auflagen der Kassen an ihre Versicherten sind zudem häufig hoch, da in der Regel die Gewährung eines finanziellen Bonus durch die Kasse an mehrere Bedingungen

geknüpft ist, so dass etwa die Wahrnehmung einzelner Ernährungskurse oder einer Früherkennungsmaßnahme nicht ausreichend sein kann, um den vielfach stark beworbenen Bonus zu erhalten. Aus Sicht von vulnerablen Gruppen ist es zudem äußerst problematisch, dass die anfallenden Kosten für Kurse o.ä. unter Umständen ganz oder teilweise vom Versicherten selbst getragen werden müssen und erst nach der Absolvierung ein finanzieller Bonus gewährt wird. Nicht in jedem Fall sind durch die Erstattung der Kasse an den Versicherten alle Kosten des Versicherten abgedeckt, so dass die derzeitigen Angebote keinesfalls für alle Versichertengruppen eine Option darstellen.

Die nun vorgegebene vorrangige Ausrichtung des Bonus an der Zielerreichung der Maßnahme ist grundsätzlich nachvollziehbar. Bei der Festlegung der Kriterien für die Feststellung des Erfolgs einer Maßnahme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss die Versichertenperspektive in den Blick genommen werden und die Auszahlung von Boni nicht an immer striktere (quantitative) Kriterien geknüpft werden. Abzulehnen ist es, Bonuszahlungen mit der Einsichtnahme und der Überwachung persönlicher (medizinischer) Daten zu verknüpfen.

Ein wichtiges Kriterium für die Qualität eines Angebotes ist vielmehr, ob potentielle Adressaten/Nutzer bei der Erarbeitung einbezogen worden sind. Dies steigert erfahrungsgemäß sowohl die Qualität des Angebotes wie auch die Akzeptanz.

2.4 Prävention Pflege

Nach Artikel 5 des Referentenentwurfs wird das SGB XI geändert, indem vorgesehen wird, dass auch die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären, zugelassenen Pflegeeinrichtungen für ihre Versicherten erbringen sollen. Für die Lebenswelt der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird im Hinblick auf die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (§§ 20, 20a SGB V) ergänzend eine eigenständige Anspruchsgrundlage geschaffen. Dies wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt.

Der Gesetzesentwurf soll die immer größer werdende Gruppe älterer und hilfebedürftiger Menschen deutlich stärker in den Blick nehmen als derzeit vorgesehen. Den Pflegekassen fehlte bislang jede Motivation, sich aktiv an Präventionsmaßnahmen im Lebensumfeld älterer Menschen zu beteiligen, wenn auch bereits jetzt nach § 5 SGB XI eine Verpflichtung der Pflegekassen besteht, auf die Leistungsträger für präventive Maßnahmen in diesem Sinne hinzuwirken. Wirksame Präventionsmaßnahmen und gezielte Gesundheitsförderung sind in hohem Maße notwendig, damit im Alter ein Mehr an Lebenszeit auch als Gewinn an Lebensqualität erlebt werden kann. Allerdings besteht die Leistungsverpflichtung von Pflegekassen nur für Menschen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen versorgt werden. Das greift zu kurz.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität im Alter müsste für jeden älteren Menschen, der noch keiner Pflegestufe unterliegt, ein individuelles Konzept zur Gesundheitsförderung in seinem Quartier entwickelt und umgesetzt werden. Es bestehen bereits Berechnungen zur deutlichen Entlastung der Pflegekassen, wenn der durchschnittliche Eintritt der Menschen in Pflegestufe eins um wenige Monate hinausgezögert werden könnte. Prävention steht insoweit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Entwicklung altersgerechter Quartiere.

Es bleibt abzuwarten, ob die im Referentenentwurf nach § 5 SGB XI (neu) beschriebene Aufgabe der Zusammenarbeit der Pflegekassen und der Erbringung kassenübergreifender Leistungen sowie der gesetzlich festgelegten Verpflichtung der

Pflegekassen, sich an der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen, zu wesentlichen Fortschritten z.B. in den oben angeführten Feldern führen werden.

Unter Berücksichtigung der im Referentenentwurf vorgegebenen Intentionen und Zielen stellen die weiteren Änderungen des SGB XI, insbesondere in den §§ 18 und 113a, notwendige Ergänzungen zur Umsetzung des Grundsatzes Prävention vor Pflege dar. Es bleibt aber auch hier abzuwarten, ob den nach § 18 SGB XI (neu) festgestellten Beratungsbedarfen für präventive Leistungen durch die Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI angemessen und hinreichend begegnet wird.

2.5 Prävention Ernährung

Der Referentenentwurf definiert in Artikel 1, Absatz 3 sieben Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Hierbei wird eine ausgewogene Ernährung bislang lediglich als Notwendigkeit zum Erreichen des Ziels „gesund aufwachsen“ genannt.

Eine ausgewogene Ernährung ist jedoch Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil und muss somit zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Präventionsstrategie sein. Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert deshalb, dass „gesunde und ausgewogene Ernährung“ als eigenständiges achttes Gesundheitsziel definiert wird und im Rahmen des Gesetzes eine angemessene Verankerung erhält.

Bereits unternommene Anstrengungen zur Übergewichtsprävention im Rahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung für gesunde Ernährung und mehr Bewegung „IN FORM“ müssen weiter gestärkt werden, auf etablierte und bewährte Abläufe sollte aufgebaut werden.

2.6 Verbindliche Ziele, Koordination und Kooperation

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in Deutschland inzwischen ein gut etabliertes Praxisfeld, weil die Notwendigkeit für ein konstruktives Zusammenwirken von Krankenkassen, Unfallversicherern, innerbetrieblichem Arbeitsschutz, Arbeitgebern und -nehmern erkannt worden ist.

Im Jahr 2012 zahlten die Krankenkassen für Prävention durchschnittlich rund 3,41 Euro pro Versichertem, 238 Millionen Euro insgesamt. 2011 waren es 3,80 und 50 Cent weniger als im Jahr zuvor. Gleichzeitig wurde die betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt. 2011 wurden 6800 Betriebe erreicht, fünf Prozent mehr als im Vorjahr, 2012 8155.³ Die vorgesehene Neuregelung führt 2016 zu einer Verdoppelung der gegenwärtigen Ausgaben und verhindert damit, dass betriebliche Gesundheitsförderung auf Kosten von individueller Förderung ausgebaut wird.

Krankenkassen, wie die AOK, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung stark engagieren, haben gute Erfahrungen mit individueller Beratung der Unternehmen und auf die jeweiligen Bedarfe zugeschnittenen Angeboten gemacht. Abhängig bleibt der Erfolg solcher Angebote aber immer davon, dass Betriebe ihrerseits die Bereitschaft aufbringen, in bessere Arbeitsbedingungen zu investieren und den Verlust an effektiv

³ GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2013_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf und www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2012_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

genutzter Arbeitszeit als notwendige Bedingung für weniger krankheitsbedingten Ausfall sowie bessere Kreativität und Motivation ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen.

Auf dem Hintergrund der hier bereits sehr guten praktischen Resultate wäre es bedauerlich, wenn Krankenkassen in der Rolle der reinen Zahler verharren. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt daher, dass nicht verausgabte Mittel von einzelne Kassen für koordinierende Arbeit in Netzwerken und Koordinierungsstellen eingesetzt werden können.

Eine verbindliche Festlegung auf bereits erarbeitete Ziele wie das Projekt gesundheitsziele.de ist sinnvoll, soweit hier bereits Konsensprozesse relevanter Akteure mit wissenschaftlicher Fundierung vorliegen. Allerdings müssen andere Projekte ebenfalls einbezogen werden. Zu nennen sind hier insbesondere der Nationale Aktionsplan INFORM, die Deutsche Arbeitsschutzstrategie und der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Vorteile der Einrichtung einer unverbindlichen ständigen Präventionskonferenz erschließen sich vor dem Hintergrund der sehr beschränkten Ausrichtung auf Präventionsleistungen durch Krankenkassen nicht. Die Einrichtung eines solchen Gremiums macht nur dann Sinn, wenn verschiedene Handlungsstränge im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Strategie zusammengefasst werden sollen und tatsächlich beobachtbare Synergien zu erwarten sind. Ohne einen solchen umfassenden Ansatz besteht die Gefahr von Parallelstrukturen und konkurrierender Expertise ohne Vernetzung.

2.7 Evaluation, Qualitätssicherung, Versorgungsforschung

Zentraler Punkt des Gesetzesentwurfs ist die Steigerung der in Prävention fließenden Mittel, die im Wesentlichen anderen Verwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entzogen werden. Diese Umwidmung erfordert einen besonders sorgsam Umgang mit den Ressourcen. Im vorgelegten Gesetzesentwurf wird dem Gesichtspunkt einer angemessenen Nutzen-Schaden-Abwägung, der Ergebnisüberprüfung und der Gewinnung von Evidenz für deutschlandweite Umsetzungen durch unabhängige wissenschaftliche Institutionen nicht genügend Aufmerksamkeit zuteil.

Da Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei gesunden Menschen zum Einsatz kommen, reichen Zertifizierungen und Qualitätssicherung nicht aus, um mögliche Schäden oder Vergeudung von Ressourcen auszuschließen. Hier könnte sich wiederum die Tendenz zur Nutzung für Marketingmaßnahmen der Krankenkassen als hinderlich erweisen. Deshalb sollte vorgesehen werden, dass zentrale Kriterien für die Evaluation entwickelt und angewendet werden sollen, um die gesundheitsbezogenen Ergebnisse der Maßnahmen, für die knappe Mittel eingesetzt werden, verpflichtend und vergleichbar zu erheben. Wenn dann noch zumindest eine Veröffentlichungspflicht bezüglich dieser Evaluationsergebnisse besteht, ist zumindest die Chance gegeben, dass rein marketingorientierte, aber ansonsten wirkungslose Programme erkannt und ausgeschlossen, umgekehrt besonders wirksame Ansätze als best practice identifiziert und breiter angewendet werden. Gesamtgesellschaftlich ist nur so eine notwendige optimale Ressourcenverwendung möglich.

Insbesondere bei Screeningmaßnahmen gilt, dass wenige Menschen einen Nutzen, die meisten keinen Vorteil und einige sogar einen Schaden in Gestalt falsch-positiver Ergebnisse oder sog. Nocebo-Effekte davontragen. Ein wesentlicher Standard ist hier die Bereitstellung evidenzbasierter Informationen für die Versicherten, damit diese im Hinblick auf die in Frage kommenden Maßnahmen eine selbstbestimmte Entscheidung

treffen können. Erfahrungsgemäß lehnen viele Menschen solche Untersuchungen ab, wenn sie ein objektives Bild, absolute, nicht prozentuale Zahlenangaben für die Abwägung von Nutzen und Schaden erhalten. Da der Gesetzentwurf dezidiert auf die Zielsetzung der Verhaltensprävention, die Verbesserung von Wissen und Befähigung des Einzelnen im Hinblick auf seine Gesundheit abzielt, kann die Aufklärungserfordernis für konkrete Angebote nicht auf Qualitätszertifikate reduziert werden bzw. sich eine selbstbestimmte Auswahl nicht sinnvoll daran orientieren.

Verschiedene Vorsorge-, Früherkennungs- oder Präventionsmaßnahmen, die in Deutschland heute zur Anwendung kommen, genügen nicht den Kriterien der WHO oder anderen international anerkannten medizinischen Standards. Im Referententwurf werden keine eigenen Kriterien aufgestellt, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aber verpflichtet (§ 20 Abs. 2), unabhängigen insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen Sachverstand bei der Festlegung von Kriterien und Handlungsfeldern einzubeziehen. Ergänzend wäre eine explizite Einbeziehung der Nutzerperspektive durch Mitwirkungsprozesse ausgesprochen sinnvoll.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert zusammenfassend, den Themen wissenschaftliche Evaluation von Präventionsmaßnahmen, unabhängige Nutzen-Schaden-Abwägung und angemessene Einbeziehung der Versicherten- bzw. Patienteninteressen deutlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken.