



Dachverband

WEITERENTWICKLUNG
DER PRÄVENTION

Vernetzter Digitaler Einfacher

vom 19.04.2021

Weblink www.bkk-dachverband.de/politikpapiere

Prävention und Gesundheitsförderung vernetzter, digitaler und einfacher: 10 Vorschläge

1. Bessere Verzahnung der Beratungs- und Unterstützungsangebote von Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Stellen in den Lebenswelten: Eine verpflichtende gegenseitige Information und das Ziel gemeinsamen Handelns sind in den gesetzlichen Grundlagen aller Akteure zu integrieren. Dabei ist die jeweilige Finanzierungsverantwortung beizubehalten bzw. wiederherzustellen.
2. Vernetzungen fördern, gemeinsame Aktivitäten entfalten: Die BGF-Koordinierungsstellen sind in die Landesrahmenvereinbarungen zu integrieren und die Investitionsmöglichkeiten der BGF-Rücklaufmittel zu erweitern.
3. Stärkung bzw. Ausbau des ÖGD: Für die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben benötigt der ÖGD ausreichend finanzielle sowie personelle Mittel für ein eigeninitiatives Handeln.
4. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung einführen: In allen Politikbereichen sind die gesundheitlichen Auswirkungen von Gesetzen auf die Gesundheit der Menschen abzuschätzen.
5. Neue Modellvorhaben und neue Versorgungsformen ermöglichen: Neue Ansätze für integrierte, sektorenübergreifende Präventions- und Versorgungsleistungen sind gesetzlich zu verankern. Sie müssen über die Bundesrahmenempfehlungen hinausgehen können und die Nutzung digitaler Möglichkeiten erlauben. Die Aufwendungen für derartige kombinierte Leistungen der Krankenkassen müssen auf die Präventionsausgaben angerechnet werden können.
6. Gesetzliche Verankerung von Ziel und Begriff der (allgemeinen und digitalen) Gesundheitskompetenz im § 20 SGB V.
7. Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA): Als zentraler Ort für gesundheitsbezogene Informationen muss sie neben den Versorgungsdaten auch Präventionsangebote/-hinweise, ärztliche Präventionsempfehlungen sowie Verweise auf Informations- und Unterstützungsangebote der Selbsthilfe enthalten. Auch Betriebsärzte/Betriebsärztinnen sollten Einblick in die ePA erhalten können.
8. Stärkung der Selbsthilfe: Zur besseren finanziellen Förderung (digitaler) innovativer und bedarfsbezogener Konzepte der Selbsthilfe, ist eine Rückkehr zum bisherigen Verteilungsschlüssel 50:50 vorzusehen.
9. Gesund aufwachsen: Ein Schulfach „Gesundheit“ vermittelt kontinuierlich die für eine gesunde Lebensführung wichtigen Gesundheits- und Handlungskompetenzen und ist in die Lehrpläne der Schulen aufzunehmen.
10. Anreize schaffen und Hürden abbauen: Investitionen von Unternehmen in die Gesundheit ihrer Beschäftigten bzw. zur Verhinderung/Verminderung von Krankheitsrisiken sind von den Steuern zu befreien. Gleiches gilt für Versicherten-Boni. Verhaltensbezogene Präventionsleistungen müssen von der Pflicht des Einsparungsnachweises ausgenommen werden.

Vernetzter – Akteure

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Gesundheit von Menschen in allen Lebenslagen zu fördern. Dafür müssen die an der Prävention und Gesundheitsförderung Beteiligten transparent, miteinander abgestimmt und gleichzeitig in den eigenen Verantwortlichkeiten arbeiten. Für mehr Miteinander statt Nebeneinander sind bereits vorhandene Strukturen und Prozesse wie folgt weiter zu entwickeln:

- Die Nationale Präventionsstrategie muss verbindlicher werden: Damit die Beteiligten gemeinsam agieren, muss sie in den Sozialgesetzbüchern aller Träger verankert werden, sodass die Beschlüsse für alle Mitglieder verpflichtend gelten. Auf ihrer Basis erfolgt die Koordination und - entsprechend der Verantwortlichkeiten - die jeweilige Finanzierung der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen bzw. der Landesrahmenvereinbarungen.
- Die BGF-Koordinierungsstellen sollten an die Landesrahmenvereinbarung angebunden werden. In den Landesrahmenvereinbarungen sind gemeinsam Festlegungen zur Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen zu treffen.
- Der Handlungsspielraum im Rahmen der BGF-Koordinierungsstelle für nicht-verausgabte BGF-Rücklaufmittel muss weiter gefasst werden: Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollten diese Mittel investieren dürfen, z.B. in über- und/oder betriebliche (regionale) Vernetzungsaktivitäten, (neuartige) Ansätze zur Erreichung von kleinen und mittelständischen Unternehmen und Pflegeeinrichtungen sowie für beruflich tätige Menschen mit Behinderungen. Die Verausgabung der BGF-Rücklaufmittel muss kassenartenübergreifend, gemeinsam erfolgen und sollte im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung gesondert ausgewiesen werden.
- Die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist notwendig. Schließlich liegt die Verantwortung für die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung nicht nur bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit der ÖGD als Bindeglied zwischen den bestehenden Hilfe-, Unterstützungs- und Versorgungssystemen auf regionaler Ebene agieren kann, muss er mit den notwendigen Kompetenzen und Finanzmitteln ausgestattet werden. Er muss unabhängig von den finanziellen Mitteln Dritter eigeninitiativ handeln können. Ferner sind die landesgesetzlichen Regelungen im ÖGD anzupassen: Instrumente wie interministeriale Gremien, intersektorale Arbeitsgruppen, Austausch- und Kooperationsplattformen, sektorenübergreifende Informations- und Evaluationssysteme, Bürgerbeteiligung etc. sind gesetzlich in den Rahmenbedingungen zu verankern.
- In allen Politikbereichen sollten zukünftig Gesetzesfolgenabschätzungen sowie Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen erfolgen. Alle Entscheidungsprozesse müssen der Bedingung unterliegen, dass die Gesundheit der Bevölkerung gefördert und Erkrankungsrisiken gemindert werden. Vorbild könnte z.B. das in Finnland angewendete Health Impact Assessment (HIA) sein. Insbesondere die Auswirkungen von politischen Maßnahmen auf besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen sollten zum Maßstab politischen Handelns aller Beteiligten werden.

MEHR MITEINANDER STATT
NEBENEINANDER;
(FINANZ-)VERANTWORTUNG
ÜBERNEHMEN

FINANZIELLE HANDLUNGS-
SPIELRÄUME SCHAFFEN

BEI GESETZEN DIE AUSWIR-
KUNGEN AUF DIE GESUND-
HEIT BEACHTEN

Vernetzter – Settings

Seit der Pandemie ist bei Vielen das eigene Zuhause auch gleichzeitig Ort der Arbeitserbringung (Homeoffice) und bei Familien auch Ort des angeleiteten Lernens (Homeschooling). Gleichzeitig können mit der flächendeckenden Verbreitung von digitalen mobilen Endgeräten die Nutzenden von Präventionsleistungen orts- und zeitunabhängig mit individuellen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden. Verhältnis- und verhaltenspräventive Angebote müssen diesem Trend folgen und künftig unabhängiger vom jeweiligen Setting werden.

Doch es muss noch umfassender gedacht werden: Treten bereits Beschwerden und gesundheitliche Einschränkungen auf, kann z.B. durch eine konsequente und individuelle Frühintervention eine manifeste Erkrankung abgewendet werden.

(BETRIEBLICHE) PRÄVENTION UND VERSORGUNG ZU VERNETZEN VERBESSERT NACHHALTIG DIE LEBENSITUATION DER BETROFFENEN

Beispiel 1: Die Betriebskrankenkassen haben im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen ein arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement im Rahmen des Innovationsfonds auf den Weg gebracht. Die Evaluation des Projektes „BGM Innovativ“ hat gezeigt, dass sich eine Frühintervention für alle Beteiligten auszahlt.

Für diese Art von Interventionen, die weder der Prävention noch der Kuration zuzuordnen sind, müssen gesetzliche Grundlagen geschaffen werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung müssen als ganzheitliches, an den Lebens-, Gesundheits- und Krankheitsphasen ausgerichtetes Konzept gedacht werden. Dafür muss der Gedanke einer integrierten Versorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung im III. Abschnitt des SGB V verankert werden. Bestehende Setting- und Budgetgrenzen sowie die Sektorentrennung müssen überwunden werden können.
- Entsprechend müssen sowohl Modellvorhaben im Rahmen des § 20 g SGB V als auch neue Versorgungsformen nach § 140a SGB V weitergefasst werden. Auf dieser Basis sind Qualität und Effizienz integrierter Präventions- und Versorgungsleistungen zu erproben und nachzuweisen.
- Um Anreize für Aktivitäten im Sinne einer integrierten Prävention- und Versorgung zu schaffen, müssen die Aufwendungen für derartige Kombinationsleistungen der Krankenkassen auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 SGB V angerechnet werden können.

Digitaler

Die digitale Transformation bietet die Chance, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote transparent zu machen, unabhängig vom Setting auf Bedarfe von Nutzenden abzustimmen und junge und weniger gesundheitsaffine Zielgruppen zu erreichen.

BETRIEBSKRANKENKASSEN
ENTWICKELN GEMEINSAM
MIT UNTERNEHMEN, WIS-
SENSCHAFT UND IT-SPEZIA-
LISTEN INNOVATIVE UND
QUALITATIV HOCHWERTIGE
DIGITALE ANGEBOTE ZUR
GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Beispiel 2: Mit der BGM-Gesundheits-App „Phileo“ erhalten Beschäftigte eine persönliche Unterstützung, die abhängig von der jeweiligen Situation personalisierte Handlungsempfehlungen bspw. zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung vorschlägt und die Nutzenden zur Umsetzung motiviert. Daneben sind lokale Präventionsangebote im Portfolio enthalten. Hierdurch werden Gesundheitsinformationen und -angebote des Unternehmens und der Krankenkasse ergänzt, um eine passgenaue Ansprache der Zielgruppe zu ermöglichen.

Beispiel 3: Mit der digitalen Plattform „GesundFühren“ können Führungskräfte ihr eigenes Führungsverhalten sowie ihren Führungsstil reflektieren. Darüber hinaus werden Anregungen zum gesundheitsförderlichen Umgang mit Beschäftigten und Tipps für die eigene Gesundheit zur Verfügung gestellt. Das Tool beinhaltet E-Learnings, Selbsttests und kurze Video-Tutorials basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dabei lotst ein integrierter Navigator die Nutzenden zu den jeweiligen Angeboten, die zu dem Wissenstand, den Herausforderungen im Führungsalltag und Lernvorlieben passend sind.

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR
DAS DIGITALE ZEITALTER
WEITERENTWICKELN

Zur Integration von Prävention und Versorgung und der Nutzung digitaler Tools sind weitere gesetzliche Anpassungen bei den Regelungen der Modellvorhaben bzw. neuen Versorgungsformen notwendig:

- Prävention und Versorgung integrierende Modellvorhaben bzw. neue Versorgungsformen dürfen nicht nur auf die Erreichung der Ziele der Bundesrahmenempfehlungen fokussiert sein, sondern sollten explizit auch zur Erprobung digitaler und hybrider Präventionsansätze dienen.
- Krankenkassen sollten im Rahmen der Erprobung neuer Ansätze auch das (digitale) Leistungsangebot in der Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen können. Präventive und ressourcenstärkende Ansätze sollten in allen Phasen des Krankheitsverlaufs umsetzbar sein.

Die Aufnahme eines gesetzlichen Anspruchs der Versicherten auf Förderung digitaler Gesundheitskompetenz war richtig und wichtig. Nur wenn Versicherte qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen in der Fülle der digitalen Informationsquellen finden und verstehen, können sie passende digitale Gesundheitsanwendungen auswählen und nutzen. Daneben sind Leistungserbringende sowie alle weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen in der Verantwortung, fachliche und qualitative Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Die GKV hat bereits gemeinsam mit den anderen Trägern der Nationalen Präventionskonferenz in den Bundesrahmenempfehlungen die Zielstellung formuliert, entsprechende Strukturen aufzubauen bzw. zu stärken.

Doch weitere gesetzliche Maßnahmen sind notwendig, damit dieses Ziel erreicht wird:

- Die Verbesserung der (allgemeinen und digitalen) Gesundheitskompetenz, die gedanklich die Bedarfe der Versicherten ins Zentrum rückt, sollte sich als Ziel im § 20 SGB V wiederfinden.
- Die elektronische Patientenakte (ePA) schafft für Versicherte Transparenz über ihre Behandlungsdaten. Damit unterstützt und verbessert sie das Verständnis der Versicherten für die persönliche medizinische Behandlung. Die ePA sollte jedoch darüber hinaus auch gesundheitsbezogene Informationen und Angebote enthalten. Dafür müsste es Krankenkassen über Schnittstellen ermöglicht werden, dem Versicherten digitale Angebote zur individuellen Prävention und Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Handelns bereitzustellen oder darauf zu verweisen. Damit könnte auch die Anwendung der ärztlichen Präventionsempfehlung gemäß § 25 Abs.1 SGB V verbessert werden.
- Die Arbeitsmedizin sollte umfangreicher, als bisher vorgesehen, an die ePA angebunden werden: Die Zustimmung des Beschäftigten vorausgesetzt, sollte auch die Werks- und Betriebsärzteschaft Einsicht in die Krankheitsgeschichte nehmen können. So könnten Werks- und Betriebsärzte/-ärztinnen z.B. besser bei der Überprüfung des Impfstatus bzw. der Durchführung von Schutzimpfungen sowie dem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement (BEM) unterstützen.
- In der ePA sollte ferner auf Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Selbsthilfe verlinkt werden. Betroffene und deren Angehörige sollten dort für ihr jeweiliges Krankheitsbilder einen Hinweis zu den entsprechenden Selbsthilfeorganisationen finden, wo sie Informationen über ihre Erkrankung oder Behinderung und deren Umgang damit sowie Kontakte zu Gleichbetroffenen in Selbsthilfegruppen erhalten. Um Betroffenen die Kontaktaufnahme zu erleichtern, sollte es eine Verlinkung zu den Selbsthilfekontaktstellen geben, über die sie eine Selbsthilfegruppe in ihrer Nähe finden können.
- Um die Selbsthilfe besser dabei unterstützen zu können, sich (digital) weiterzuentwickeln und zu qualifizieren, ist die Rückkehr zum bisherigen Verteilungsschlüssel 50:50 angezeigt: Die Digitalisierung in der Selbsthilfe, die Entwicklung innovativer und bedarfsbezogener Konzepte z.B. um die Personengruppen der pflegenden Angehörigen, die Verbesserung digitaler Kompetenz – für all dies ist eine pauschale Finanzierung in der Projektförderung ungeeignet. Da innovative Projekte außerdem meist eine längere Laufzeit haben, komplexer ausfallen und vielfach auch kostenintensiver sind, sind solche einmalige Vorhaben aufgrund der Reduzierung der Projektfördermittel auf 30 % nur eingeschränkt möglich.

FÜR SELBSTBESTIMMTE
ENTSCHEIDUNGEN IST DIE
FÖRDERUNG DER GESUND-
HEITSKOMPETENZ DER VER-
SICHERTEN ZENTRAL.
DREH- UND ANGELPUNKT
IST VOR ALLEM DIE EPA.

Exkurs: Gesundheitskompetenz von Anfang an

In den Lehrplänen der Schulen beschränken sich Gesundheitsthemen meist auf die einschlägigen Fächer wie Biologie sowie Sport und sind oft nur als Wahloption in bestimmten Klassenstufen vorgesehen. Somit fehlt eine konsequente Beschäftigung mit dem Thema und in der Folge Fachwissen und die Kompetenzen für eine gesunde Lebensführung. Zwar hat die Bildungspolitik mit dem Beschluss der Kultusministerkonferenz „Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in

der Schule“ aus dem Jahr 2012 die Bedeutung des Themas für den Schulunterricht erkannt. Dies reicht jedoch nicht aus:

EIN SCHULFACH GESUNDHEIT“ SCHAFFT GESUNDHEITSKOMPETENZ VON KLEIN AUF

- Damit Gesundheit und Gesundheitsförderung als Bildungsziel fest verankert wird, muss es ein „Schulfach Gesundheit“ geben – und zwar von der ersten Klasse an bis zum Schulabschluss. So könnten alle Kinder von klein auf altersgerecht erreicht werden – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, familiärem und sozialem Hintergrund.
- Neben Informationen über die Funktionen des Körpers, die Ursachen von chronischen sowie psychischen Erkrankungen und deren Vermeidung, z.B. durch eine gesunde Lebensweise, sollten auch die soziologischen Zusammenhänge von Gesundheit vermittelt werden. Auch der digitalen Gesundheitskompetenz ist ausreichend Raum im Lehrplan einzuräumen.
- Themen wie Unfallverhütung, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Organspende sind ferner von hoher medizinischer und gesellschaftlicher Relevanz.

Einfacher

INVESTITIONEN IN DIE GESUNDHEIT MÜSSEN SICH LOHNEN

Um einen Anreiz für Betriebe zu schaffen, in die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu investieren, müssen die Hürden für sowohl präventive als auch gesundheitsförderliche Maßnahmen reduziert werden. Und auch für die Versicherten muss es sich lohnen, die eigene Gesundheit zu fördern.

- Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen von Unternehmen sind von der Steuer zu befreien. Dies sollte auch für solche Maßnahmen gelten, die nicht nur den einzelnen Beschäftigten zugeordnet werden können. Damit würden auch wertvolle Aktivitäten, die nicht durch die GKV gefördert werden, unterstützt. Hierunter fallen z.B. Screenings, Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen oder im Fitnessstudio, Zuschüsse zur gesunden Ernährung oder mobile Massagen am Arbeitsplatz.
- Die Verknüpfung des Einkommenssteuergesetzes mit dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch sollte gänzlich entfallen. Boni im Zusammenhang mit den § 65a Abs. 1 und 2 SGB V sollten generell für Versicherte steuerfrei sein.

Im Entwurf des Masernschutzgesetzes wurde zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten zu Recht festgestellt, dass Früherkennungsuntersuchungen und Leistungen für Schutzimpfungen bereits einer durchgängigen Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle unterliegen und insofern keine Einsparungen nachzuweisen sind. Dieser Gedanke ist breiter anzuwenden:

QUALITÄTSGEPRÜFTE PRÄVENTIONSANGEBOTE BRAUCHEN KEINEN WIRTSCHAFTLICHKEITSNACHWEIS MEHR.

- Verhaltensbezogene Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V sollten von einer Evaluation ausgenommen werden: Alle Krankenkassen lassen die vom GKV-Spitzenverband im Leitfaden Prävention festgelegten Qualitätskriterien durch die Zentrale Prüfstelle Prävention prüfen. Es ist widersprüchlich, wenn Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, ihren Versicherten für bereits qualitätsgesicherte Maßnahmen einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten anzubieten, den sie nicht zur Verfügung stellen dürfen, wenn darüber mittelfristig keine Einsparungen und Effizienzsteigerungen erzielt werden.



HABEN SIE FRAGEN?
WIR BEANTWORTEN SIE GERN

Kontakt

Abteilung Politik

TEL: +49 (0) 30 2700 406-200

Mail: politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de