

Referentenentwurf

BMG

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention im Gesundheitswesen (Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Gesundheit fördert die Entwicklung, die Entfaltungsmöglichkeiten und die gesellschaftliche Teilhabe jeder und jedes Einzelnen. Sie ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, für Beschäftigung und für Wettbewerbsfähigkeit in Deutschland. Die Auswirkungen des demografischen Wandels, der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel dieses Gesetzes ist es, mit einer zielgerichteten Ausgestaltung der Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren.

B. Lösung

Fortentwicklung der Leistungen zur Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch:

- Unterstützung der Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele durch Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit;
- Zielorientierte Ausrichtung der Leistungen auf gemeinsame verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele;
- Förderung der Verantwortung der Menschen, der Selbstverwaltung und der Unternehmen;
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung;
- Förderung des Wettbewerbs der Krankenkassen auch im Bereich der Prävention;
- Stärkung der medizinischer Vorsorgeleistungen,
- Präventionsorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen;
- Zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur Prävention;
- Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

D.1 Bund, Länder und Gemeinden

Bund

Für den Bund entstehen durch die Einrichtung einer Geschäftsstelle für die "Ständige Präventionskonferenz" im Bundesministerium für Gesundheit ab dem Jahr 2014 jährliche personelle und sächliche Ausgaben in einer Größenordnung von 295 Tsd Euro.

Länder und Gemeinden

Für Länder und die Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

D.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Anhebung des Ausgabenrichtwertes für Leistungen zur Primärprävention und die Festlegungen eines Mindestbetrags für Ausgaben zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eines Mindestbetrages für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten führt bei den Krankenkassen, deren Ausgaben entweder den derzeitigen Richtwert oder die aktuelle tatsächliche Ausgabenquote für die betriebliche Gesundheitsförderung unterschreiten, zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben von rund 150 bis rund 180 Mio. Euro ab dem Jahr 2014. Dem stehen mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber. Die finanziellen Auswirkungen der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 hängen von deren inhaltlicher Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. Bei einer flächendeckenden Einführung einer zusätzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchung (§ 26 Absatz 1) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entstehen den Krankenkassen Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotential durch die frühzeitige Vermeidung oder Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch Verbesserungen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2014 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Mio. Euro.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte kann ein geringfügiger nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen, da sie nunmehr explizit an der Erhebung der gesundheitlichen Situation in den Betrieben beteiligt werden sollen (20a Absatz 1 Satz 1).

Der Abschluss von Koordinierungsverträgen nach § 20a Absatz 4 Satz 3 mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über die Aufgabenerfüllung und die Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen für Betriebliche Gesundheitsförderung führt zu einem geringfügigen nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand von unternehmensnahen Einrichtungen (z.B. IHK, Handwerkskammern).

Den Ärztinnen und Ärzten als vertragliche Leistungserbringer entsteht durch die Ausstellung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 ein zu vernachlässigender, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die Ausweitung der Kinderuntersuchung ein Erfüllungsaufwand, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Kinderuntersuchungen beschließen sollte.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch den Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, kassenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durchzuführen (§ 20 Absatz 5).

Der mit der Berufung einer Ständigen Präventionskonferenz, der Einrichtung einer Geschäftsstelle nach § 20e Absatz 1 sowie der regelmäßigen Vorlage des von der Ständigen Präventionskonferenz zu erstellenden Berichts bei den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verbundene Erfüllungsaufwand führt beim Bundesministerium für Gesundheit zu einem dauerhaft zusätzlichen Personalbedarf von 3 zusätzlichen Personalstellen. Dadurch ergibt sich ein jährlicher finanzieller Mehrbedarf in Höhe von rund 295 Tsd Euro (vgl. D.1).

Den Krankenkassen kann ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Auswertung der ärztlichen Präventionsempfehlungen nach § 20 Absatz 2 für eine Leistung zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz entstehen, der voraussichtlich kompensiert werden kann.

Der Erfüllungsaufwand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Festsetzung der Kriterien nach § 20 Absatz 3 Satz 1 und 2 (Qualität, wissenschaftlicher Evaluation, Zielerreichung und Zertifizierung) erhöht sich allenfalls geringfügig.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 3 Satz 3, eine Übersicht der Leistungen zur primären Prävention im Internet zu veröffentlichen, kann zu einem geringfügigen erhöhten Erfüllungsaufwand führen, der nicht quantifizierbar ist.

Die Erhöhung des Ausgabenrichtwerts, insbesondere die Festlegung eines Ausgabenmindestwerts für Leistungen nach § 20a sowie für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten (§ 20 Absatz 4 Satz 1 und 2) kann zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand der Krankenkassen führen, der nicht quantifizierbar ist.

Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, krankenkassenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durchzuführen (§ 20 Absatz 5 Satz 4), kann einen geringfügigen Erfüllungsaufwand des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach sich ziehen. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht quantifizierbar.

Durch die Einführung von Gruppentarifen kann der Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für das Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber der bisherigen Praxis sinken, sobald eine hinreichend große Beschäftigtenzahl eines Betriebes einem Gruppentarif beitrifft. Der mögliche Umfang der Einsparung lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beziffern.

Darüber hinaus ist ein geringfügiger und nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit unternehmensnahen Organisationen über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 möglich.

Ein weiterer nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen, soweit er die Mittel, die von einzelnen Krankenkassen nicht nach § 20 Absatz 4 Satz 2 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verausgabt worden sind, auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und diejenigen Ersatzkassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen mit unternehmensnahen Organisationen abgeschlossen haben (§ 20a Absatz 5 Satz 2).

Ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Krankenkassen durch die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zu einem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a Absatz 1 und 2).

E.3.4 Gemeinsamer Bundesausschuss

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs- und Kinder-Richtlinien sowie der entsprechenden Regelung der Präventionsempfehlungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

F. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention im Gesundheitswesen (Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... Gesetz vom ... (BGBl. I S.....) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden vor den Worten "Früherkennung von Krankheiten" die Worte "Vermeidung und" eingefügt.
2. § 20 wird wie folgt gefasst:

"§ 20

Primäre Prävention

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vor, die die in Satz 2 und in den Absätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Für Leistungen nach Satz 1, die die Krankenkasse unter Berücksichtigung der beruflichen oder der familiären Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(2) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention nach Absatz 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 3 Satz 2 zertifiziert ist. Bei der Entscheidung über diese Leistung ist eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung zu berücksichtigen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Berücksichtigung der vom Kooperationsverbund "gesundheitsziele.de" erarbeiteten Gesundheitsziele konkretisierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele fest, nach denen die Leistungen nach Absatz 1 auszurichten sind und bestimmt auf der Grundlage der Ziele prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Absatz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung. Er bestimmt außerdem die Kriterien für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 2 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der Leistungen der Krankenkassen nach Absatz 1 im Internet veröffentlicht werden.

(4) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2013 für jeden ihrer

Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,01 Euro und im Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 6 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 1 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

(5) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention nach Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für diese Leistungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens der Hälfte des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz für diese Leistungen aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 2 erfolgt quartalsweise und ist spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 3 jährlich anzupassen. Das Nähere, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2013. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 5 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 5, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Ziele und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkasse regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absätze 3 bis 5 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags erbringt, mit Zuwendungen fördern.

3. § 20a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Betrieb" die Wörter "sowie der Betriebsärzte" eingefügt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe "§ 20 Abs. 1 Satz 3" durch die Angabe "20 Absatz 3 Satz 1 und 3" ersetzt.

b) Folgende Absätze 3 bis 5 werden angefügt:

„(3) Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen. Arbeitnehmer können einem Gruppentarif ihres Arbeitgebers und der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, beitreten. Bestandteil der Verträge nach Satz 1 sind Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen sowie die Dauer des Tarifs. Weitere Bestandteile von Gruppentarifen können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2, koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Mindestbindungsfristen sein. Zur Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentarifen können die Vertragspartner nach Satz 1 Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsleistungen einschließlich der Betriebsärzte schließen. Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren gemeinsam die Tragung der

Kosten. Die Aufwendungen für jeden Gruppentarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Gruppentariifen auf Dauer finanziert werden. Die Einnahmen eines Gruppentariifs können sich aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammen setzen. Die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentariifen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

(4) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung welche Krankenkasse, im Einzelfall Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.

(5) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 4 Satz 2 1. Halbsatz, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 4 Satz 4 abgeschlossen haben."

4. Nach § 20d wird folgender § 20e eingefügt:

"§ 20e

Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird eine Ständige Präventionskonferenz errichtet. Zur Unterstützung der Arbeiten der Ständigen Präventionskonferenz richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein. Die Tätigkeit der Geschäftsstelle besteht insbesondere in der Zusammenstellung und Aufbereitung des für die Tätigkeit der Ständigen Präventionskonferenz erforderlichen Materials, in der Vorbereitung deren Entscheidungen und Beschlüsse, in der technischen Vor- und Nachbereitung der Sitzungen der Ständigen Präventionskonferenz sowie der Erledigung der sonst anfallenden Verwaltungsarbeiten.

(2) Die Ständige Präventionskonferenz hat die Aufgabe, über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten sowie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen. Die Ständige Präventionskonferenz erstellt den Bericht alle vier Jahre und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

(3) Die Bundesministerin oder der Bundesminister für Gesundheit führt den Vorsitz und beruft in die Ständige Präventionskonferenz insbesondere Vertreter des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de sowie Vertreter der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheker, der Patientenorganisationen nach § 140f, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, des Sports, des Kur- und Bäderwesens, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, der Wissenschaft aus dem Bereich der Gesundheits-

wissenschaften mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Robert Koch-Instituts. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit und das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie die oder der Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten werden beteiligt. Die Ständige Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder getroffen.“

5. § 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern "nicht aus" die Wörter "oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" eingefügt.
- b) In Satz 2 wird die Zahl "13" durch die Zahl "16" ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Zahl "21" durch die Zahl "25" ersetzt.

6. Die Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten"

7. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Versicherte haben 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 Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung."

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Absatz 2 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln."

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

In Satz 3 werden die Wörter "Untersuchungen nach Absatz 2" durch die Wörter "die Untersuchungen" und Satz 4 durch folgenden Satz ersetzt:

"Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum (*einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften Monats des auf das Inkrafttreten des Gesetzes folgenden Kalendermonats*) in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2."

8. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Sie umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 4 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden."

b) In Absatz 2 werden die Wörter "Abs. 4 Satz 2" durch die Wörter "Absatz 4 Satz 2 und 4" ersetzt.

9. In § 65a werden die Absätze 1 und 2 wie folgt gefasst:

"(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an zertifizierten Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention nach § 20 Absatz 2 teilnehmen, Anspruch auf eine Geldleistung als Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist. Der Bonus für die Teilnahme an nach § 20 Absatz 3 Satz 2 zertifizierten Leistungen zur primären Prävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden. "

"(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten eine Geldleistung als Bonus erhalten. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend."

10. In § 132e Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern "geeigneten Ärzten" die Wörter "einschließlich der Betriebsärzte" eingefügt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b) Absatz 4 und 5 tritt am 01. Januar 2014 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Handlungsbedarf

Gesundheit wird maßgeblich durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung erhalten. Dies erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Aufgabe der Prävention ist es, dieses Wissen, die Befähigung und die Eigenverantwortung jeder und jedes Einzelnen zu entwickeln und zu stärken. Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter werden in einer Gesellschaft des längeren Lebens wichtiger denn je. Sie tragen dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, die Menschen gesund älter werden und die Lebensqualität steigt. Je früher im Lebensverlauf Präventionsmaßnahmen umgesetzt und unterstützt werden, desto eher können Risikofaktoren beeinflusst und desto eher kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer Krankheiten gesenkt werden. Für das Gesundheitssystem einer Gesellschaft, in der der Anteil alter und sehr alter Menschen stark zunimmt, sind Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten von entscheidender Bedeutung.

Der vorliegende Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, das Wissen, die Befähigung und die Motivation in der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten in allen Lebensphasen zu stärken und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren. Dieses Gesetz schafft die Rahmenbedingungen für eine nach Zielen ausgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, die die Menschen zielgruppenspezifisch nach ihren Bedürfnissen und Lebenslagen erreicht. Insbesondere sollen diejenigen Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten in die Lage versetzt werden, die - wie Jugendliche mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsstand - oft schwer zu erreichen sind.

Bereits heute fördern die Krankenkassen Präventionsmaßnahmen in erheblichem Umfang. So bieten die Krankenkassen ihren Versicherten unter anderem Leistungen zur Primärprävention an und unterstützen die betriebliche Gesundheitsförderung. Zur Krankheitsfrüherkennung sieht das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch zudem für erwachsene Versicherte regelmäßige Untersuchungen auf Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus (sogenannter Check-up 35) sowie auf bestimmte Krebserkrankungen (zum Beispiel Darmkrebs, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs) vor. Leistungen zur Primärprävention entsprechen bislang jedoch keinem einheitlichen Qualitätsstandard. Die Qualität der Angebote wird von Krankenkassen mit teils unterschiedlichen Ergebnissen mehrfach geprüft. Teilweise wurden Präventionsangebote von Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen gefördert, obwohl diese nicht den Qualitätskriterien entsprachen. Hinzu kommt, dass die Präventionskurse nicht immer die Menschen erreichen, die einen Bedarf für Leistungen zur Prävention haben.

Auch angesichts begrenzter Ressourcen ist es umso bedeutender, dass sich die Krankenkassen ausschließlich auf zielgruppenspezifische und wirksame Präventionsmaßnahmen konzentrieren und damit in einen Qualitätswettbewerb eintreten.

Die demografische Entwicklung mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, der erfreuliche Anstieg der Lebenserwartung und die damit verbundene Alterung der Bevölkerung stellt Gesellschaft, Wirtschaft und Politik vor neue Herausforderungen. Insbesondere Betriebe müssen für sich eine Personalpolitik und eine Unternehmenskultur entwickeln, die alle Altersgruppen einbezieht. Sie müssen den älter werdenden Belegschaften angepasste, attraktive Arbeitsplätze bereitstellen. Darüber hinaus erfordern die veränderten komplexen Arbeitsbedingungen in einer modernen Dienstleistungsgesellschaft mit steigenden

Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen bedarfsgerechte und wirksame betriebliche Maßnahmen zum Schutz und zur Stärkung der körperlichen und psychischen Gesundheit und damit zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Anforderung stellt sich für kleine und mittlere Unternehmen anders dar als für große Konzerne. Vor allem in Kleinstunternehmen sowie in kleinen und mittleren Unternehmen ist die betriebliche Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend verbreitet.

Mit diesem Gesetzentwurf wird zudem der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 26. Oktober 2009 für die laufende Legislaturperiode entsprochen, der eine Präventionsstrategie vorsieht, die auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauend Vorhandenes weiterentwickelt. In Konkretisierung der Vorgaben der Koalitionsvereinbarung haben sich die Koalitionsfraktionen auf Eckpunkte für eine Präventionsstrategie verständigt, die in ihren wesentlichen Teilen mit diesem Gesetzentwurf umgesetzt werden soll.

II. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

Dieser Gesetzentwurf setzt folgende Schwerpunkte:

1. Stärkung einer nach gemeinsamen Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen ausgerichteten Leistungserbringung

Zur Stärkung der Orientierung der Akteure an gemeinsamen Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, unter Berücksichtigung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele für die Krankenkassen verbindliche Ziele zur Erbringung von Leistungen zur primären Prävention festzulegen.

Zur Förderung der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele wird beim Bundesministerium für Gesundheit eine Ständige Präventionskonferenz der relevanten Akteure in der Prävention eingesetzt. Die Konferenz soll in jeder Legislaturperiode über die Entwicklung der in der Bundesrepublik Deutschland vielfältigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele und deren Umsetzung berichten und Vorschläge zur Weiterentwicklung aufzeigen.

Die Orientierung an gemeinsamen Gesundheitszielen macht Prozesse miteinander vergleichbar und verschafft den Akteuren eine bessere Grundlage für die Auswahl prioritärer Handlungsfelder. Darüber hinaus können die Erfolge der Präventionsaktivitäten überprüft werden.

2. Zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur primären Prävention der Krankenkassen

Der Richtwert für Ausgaben der Krankenkassen für die Leistungen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird auf jährlich sechs Euro je Versicherten erhöht. Zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Betrieb werden die Krankenkassen unter Berücksichtigung des Richtwertes verpflichtet, einen Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden. Sofern die Ausgaben einzelner Krankenkassen diesen Mindestbetrag nicht erreichen, kommen die nicht verausgabten Mittel der Förderung regionaler Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung zugute.

Auch für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag von jährlich einem Euro je Versicherten eingeführt. Darüber hinaus führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag der Krankenkassen kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten - insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen - durch. Hierfür erhält sie vom Spitzenverband Bund der

Krankenkassen eine Vergütung, die mindestens der Hälfte des für die Krankenkassen verbindlichen Mindestbetrags für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten entspricht. Damit werden die Voraussetzungen verbessert, um auf sozial benachteiligte Gruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigerem Bildungsstand, eingehen zu können, indem durch Bündelung der Mittel insbesondere die mediale Durchschlagskraft deutlich erhöht wird.

Eine zielgerichtete und effektive Verwendung der Mittel wird darüber hinaus durch eine verbesserte Qualität der Präventionsleistungen erreicht.

3. Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Die primäre und sekundäre Prävention bei Kindern und Jugendlichen wird ausgebaut, indem die im Grundschulalter bestehende Versorgungslücke durch die Anhebung der bisherigen Altersgrenze für die sogenannten U-Untersuchungen auf die Vollendung des 10. Lebensjahres geschlossen wird. Primärpräventive Beratungselemente werden zum verbindlichen Inhalt der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Familien sollen ausführlicher als bisher und vorausschauender zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung des Kindes sowie zum Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen und Risiken beraten werden. Auf der Grundlage einer präventionsorientierten Kinderfrüherkennungsuntersuchung können die Kinder- und Jugendärzte individuelle Leistungen zur Primärprävention empfehlen und so insbesondere den Bedarf für diese Leistungen feststellen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein und stellt für diese damit eine wichtige Grundlage für eine Entscheidung über die Erbringung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar.

4. Qualitätsgesicherte Präventionsangebote - Bonifizierungen

Zur Sicherstellung der Qualität und zur Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur primären Prävention wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, einheitliche Verfahren zur Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation der Leistungsangebote festzulegen sowie eine Übersicht über diese Angebote im Internet bereit zu stellen. Die Erbringung von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention setzt deren Zertifizierung nach den Kriterien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen voraus. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherten jenseits von Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen qualitätsgesicherte und wirkungsvolle Präventionsangebote erhalten, unabhängig davon bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Mehrfachprüfungen der Qualität von Präventionsangeboten mit teilweise unterschiedlichen Ergebnissen werden vermieden. Die Anreizfunktion des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten wird ausschließlich auf zertifizierte und damit auf qualitätsgesicherte Leistungen zur Primärprävention ausgerichtet.

5. Primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung

Zur Förderung einer zielgruppengerechten Inanspruchnahme von Präventionsleistungen wird die derzeit vorrangig auf die Krankheitsfrüherkennung ausgerichtete Gesundheitsuntersuchung zu einer verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgerichteten primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt. Die Gesundheitsuntersuchung wird eine ärztliche präventionsorientierte Beratung beinhalten. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten individuelle Maßnahmen zur Primärprävention empfehlen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein und stellt für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar. Damit wird dazu beigetragen, dass Kursangebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen.

Durch diesen erweiterten Ansatz wird der präventivmedizinischen Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine krankheitsorientierte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die vorrangig auf die Früherkennung einer bereits eingetretenen Erkrankung ausgerichtet ist, zu kurz greift. Denn bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung können gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden können.

6. Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen

Auch für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen wie Beschäftigte in Schichtarbeit und pflegende Angehörige, die nicht an regelmäßigen mehrwöchigen Angeboten teilnehmen können, wird ein Anreiz für die Inanspruchnahme geeigneter Präventions- und Vorsorgeleistungen geschaffen.

Für diese Versicherten wird die Möglichkeit verbessert, neben wohnortnahen Angeboten, die grundsätzlich eine mehrwöchige regelmäßige Teilnahme erfordern, auch Angebote in kompakter Form wohnortfern wahrnehmen zu können, indem auch sie künftig - wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - einen Zuschuss zu den übrigen Kosten erhalten können, die ihnen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen. Die Obergrenze des Zuschusses wird erhöht. Versicherte, die ambulante Vorsorgeleistungen oder primärpräventive Leistungen wohnortfern erhalten, können zusätzlich zu diesen Leistungen einen täglichen Zuschuss von bis zu 16 Euro (bisher 13 Euro) und chronisch kranke Kleinkinder bis zu 25 Euro (bisher 21 Euro) bekommen.

7. Verbesserung der Rahmenbedingungen für Betriebliche Gesundheitsförderung

Um insbesondere mehr kleine und mittelständische Unternehmen mit Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung im Betrieb zu erreichen, werden die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung verbessert.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihr Engagement auszuweiten, indem sie mindestens zwei Euro jährlich für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ausgeben. Die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist verbindlich zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind.

Zur Sicherstellung eines niedrighschwelligem und unbürokratischen Zugangs zu diesen Leistungen werden die Krankenkassen verpflichtet, den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anzubieten. Um die regionale Netzwerkbildung zu fördern, sollen die Krankenkassen mit unternehmensnahen Organisationen wie Handwerkskammern und Industrie- und Handelskammern kooperieren. Die Krankenkassen fördern diese Netzwerke aus Mitteln, die nicht vollständig für eigene Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung benötigt werden.

Die Leistungserbringung durch die Krankenkassen erfolgt auf der Grundlage gemeinsamer Ziele und qualitätsgesichert durch verbindliche Vorgaben des Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Die Möglichkeit der Krankenkassen, Boni für Arbeitgeber und an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmende Versicherte zu leisten, wird verbindlicher gestaltet. Zudem sind Boni vorrangig am Erfolg der Maßnahmen auszurichten.

Die Krankenkassen und Arbeitgeber erhalten die Möglichkeit, durch die Vereinbarung von Gruppentarifen zielgerichtete Angebote der Krankenkassen zu koordinierten Inanspruchnahme bedarfsorientierter und wirksamer Präventionsmaßnahmen für Beschäftigtengruppen zu konzipieren.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Der Bund hat nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes für das private Versicherungswesen.

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Gesundheitsförderung und Prävention sind für die Einzelne/den Einzelnen und für die Gesellschaft von Nutzen. Wirksame präventive Maßnahmen stärken Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Menschen, indem sie das Entstehen von Krankheiten verhindern oder diese in einem so frühen Stadium entdecken, dass sie gut behandelbar sind. Komplikationen, wie sie in späteren Krankheitsstadien oft auftreten, können vermieden oder vermindert werden. Prävention fördert die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Effektive und zielgerichtete präventive Maßnahmen führen mittel- und langfristig zu Einsparungen durch Krankheitsvermeidung oder Verhinderung einer Chronifizierung mit der Folge kostengünstigerer Behandlungsmöglichkeiten. Einsparungen sind zudem durch den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität zu erwarten. Hierdurch werden Steuereinkünfte gesichert und Entgeltersatzleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, frühzeitiger Verrentung und Pflegebedürftigkeit gemindert oder vollständig vermieden.

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund entstehen durch die Einrichtung einer Geschäftsstelle für die "Ständige Präventionskonferenz" im Bundesministerium für Gesundheit ab dem Jahr 2014 jährliche personelle und sächliche Ausgaben in einer Größenordnung von rund 295Tsd Euro (vgl. auch Begründung zu VI 3).

Für Länder und die Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Das Gesetz kann zu folgenden Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung führen:

Gemäß 20 Absatz 4 Satz 1 wird der Richtwert für Leistungen zur primären Prävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf sechs Euro je Versicherten/Jahr angehoben. Der Richtwert ist in Anlehnung an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße (§ 20 Absatz 4 Satz 3) regelmäßig anzupassen. Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem Jahr 2014 einen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden. Auch für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag in Höhe von einem Euro je Versicherten und Jahr eingeführt (§ 20 Absatz 4 Satz 2). Mindestens die Hälfte des letztgenannten Betrages erhält die Bundeszentrale für Gesundheit von den Krankenkassen, in deren Auftrag

sie kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten - insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen - durchführen soll.

Es ist davon auszugehen, dass die Regelung des § 20 Absatz 4 zu einer Ausgabenerhöhung derjenigen Krankenkassen führt, deren Ausgaben entweder den derzeitigen Richtwert oder den Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder für gesundheitsfördernde Maßnahmen in Lebenswelten unterschreiten. Diese Mehrausgaben können sich auf Basis der Ausgaben des Jahres 2011 auf insgesamt rund 150 bis 180 Mio. Euro belaufen. Dem stehen mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber. Die Krankenkassen können mit zielgerichteten primärpräventiven Leistungen insbesondere auf eine Änderung der Lebensweise hinwirken und damit positiven Einfluss auf für bedeutende Volkskrankheiten wesentliche Risikofaktoren nehmen. Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt zudem, dass etwa Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung neben positiven Gesundheitseffekten auch ökonomische Effekte bewirken können. So belegen die Studien die Auswirkungen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Krankheitskosten mit einem Kosten-Nutzen-Verhältnis von bis zu 1: 1,59.

Durch Verbesserungen der Krankenkassen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2014 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Mio. Euro.

Die finanziellen Auswirkungen der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. So enthalten die bestehenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA bereits die Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Risiken und Belastungen sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung. Die derzeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kalkulierte Zeit zur Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung ist mit 26 Minuten großzügig bemessen und reicht – neben der Früherkennung – für die bereits heute schon im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erfolgende Erfassung und Bewertung von gesundheitlichen Risikofaktoren sowie eine präventionsorientierte Beratung aus.

Auch die Aufhebung der gesetzlich vorgegebenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle ist nicht zwangsläufig mit einem Ausgabenanstieg verbunden. Die bisher gesetzlich vorgegebene untere Altersgrenze von 35 Jahren und das zweijährige Untersuchungsintervall entsprechen nach heutigen Maßstäben nicht den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin und sollen künftig durch den G-BA nach dem Stand des medizinischen Wissens festgelegt werden. Beträchtliche Einsparpotenziale ergäben sich etwa durch eine medizinisch vertretbare und nach Alters- und Zielgruppen differenziert gehandhabte Erweiterung der derzeit zweijährlichen Untersuchungsintervalle. Weitere Einsparpotenziale ergeben sich durch eine kritische Überprüfung der bisher in der Gesundheitsuntersuchung enthaltenen diagnostischen Früherkennungsmethoden hinsichtlich ihres evidenzbasierten Nutzens.

Die hierdurch erzielten Einsparungen könnten der stärkeren Gewichtung der Erfassung und Bewertung von Risikofaktoren und der präventionsorientierten Beratung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zugute kommen. Die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 26 Absatz 1 im Bereich der Früherkennungsuntersuchung für Kinder hängen von der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA nunmehr auch über die Einführung von Untersuchungen für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zu entscheiden. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung ist von zusätzlichen jährlichen Ausgaben für die Krankenkassen im niedrigen einstelligen Millio-

nenbereich auszugehen. Hierbei ist berücksichtigt, dass rund drei Viertel der Krankenkassen ihren Versicherten derzeit bereits auf freiwilliger Basis eine solche Untersuchung anbieten und deshalb Mehraufwendungen nur bei einigen Krankenkassen zu erwarten sind. Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 3 Satz 3, eine Übersicht der Leistungen zur primären Prävention im Internet zu veröffentlichen, kann zu geringfügigen Mehrausgaben führen, deren Höhe von der gewählten technischen Lösung abhängig ist.

VI. Erfüllungsaufwand

1. Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

2. Wirtschaft

Für die Betriebsärztinnen und -ärzte kann ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen, da sie explizit an der Erhebung der gesundheitlichen Situation in den Betrieben beteiligt werden sollen (20a Absatz 1 Satz 1). Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, da der Umfang der Erhebung von der konkreten Situation im Betrieb abhängig ist und je nach Branche und Beschäftigtenzahl variiert.

Den Ärztinnen und Ärzten als vertragliche Leistungserbringer entsteht durch die Ausstellung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 ein Erfüllungsaufwand. Dieser kann nicht quantifiziert werden, da er von der inhaltlichen Ausgestaltung durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss abhängt und außerdem nicht absehbar ist, welcher Anteil der Versicherten, die an Untersuchungen gemäß § 25 Absatz und § 26 Absatz 1 teilnehmen, überhaupt eine Präventionsempfehlung erhält. Der Erfüllungsaufwand dürfte gering sein, da das Ausstellen einer Präventionsempfehlung zum einen im Rahmen der bereits bestehenden Gesundheits- oder Kinderuntersuchungen stattfindet und zum anderen eine bürokratisch unaufwändige Ausgestaltung der Präventionsempfehlung (z. B. ein einfaches Ankreuzformular) möglich ist.

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die zeitliche Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms ein Erfüllungsaufwand, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Kinderuntersuchungen beschließen sollte. Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, da es dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt, zu entscheiden, ob eine Untersuchung eingeführt wird und wie diese inhaltlich und hinsichtlich des Umfangs auszugestalten ist. Auch ist nicht absehbar, in welchem Ausmaß das zusätzliche Leistungsangebot von den Versicherten in Anspruch genommen werden würde.

Für unternehmensnahe Organisationen (z.B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 20a Absatz 4 Satz 4. Danach können sie mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Nähere über die Aufgabenerfüllung und die Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen für Betriebliche Gesundheitsförderung durch Kooperationsvereinbarungen regeln. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da die Zahl der unternehmensnahen Organisationen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen werden, nicht abzusehen und der Aufwand von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

3. Verwaltung

a) Bund

Die Berufung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit, die Einrichtung einer Geschäftsstelle nach § 20e Absatz 1 sowie die regelmäßige Vorlage des von der Ständigen Präventionskonferenz erstellten Berichts erfordert beim Bundesministerium für Gesundheit dauerhaft einen zusätzlichen Personalbedarf, der aus dem Etat des Bundes bereit zu stellen ist. Der Gesamtaufwand ergibt sich auf der Grundlage von 3 zusätzlichen Personalstellen. Neben einer Personalstelle im höheren Dienst ist eine Stelle im gehobenen Dienst sowie eine im mittleren Dienst zur Umsetzung erforderlich. Dadurch ergeben sich auf der Grundlage durchschnittlicher Personalkostenansätze Personalkosten von insgesamt rund 258 Tsd Euro pro Jahr und zusätzliche Sachkosten in Höhe von rund 37 Tsd Euro jährlich.

Der Erfüllungsaufwand der vom Bundesministerium für Gesundheit berufenen Mitglieder der Ständigen Präventionskonferenz lässt sich nicht quantifizieren, da das Gremium erst nach seiner Konstituierung eine entsprechende Geschäftsordnung erarbeiten kann. Erst auf der Grundlage dieser Geschäftsordnung wird feststehen, in welchem Turnus die Ständige Präventionskonferenz tagt. Die Dauer der Sitzungen ist von der jeweiligen Tagesordnung abhängig.

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht ein Erfüllungsaufwand durch den Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, kassenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durchzuführen (§ 20 Absatz 5). Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht beziffert werden, da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Auftraggeber auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben eigenständig entscheidet, welche Details in der Vereinbarung aufzunehmen sind und welchen Umfang insbesondere die einzelnen Projekte haben. Von diesen Rahmenbedingungen hängt der Erfüllungsaufwand der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab.

b) Länder

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

c) Krankenkassen

Den Krankenkassen kann ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Auswertung der ärztlichen Präventionsempfehlungen nach § 20 Absatz 2 für eine Leistung zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz entstehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich der bisherige Aufwand der Krankenkassen, eine den individuellen Bedürfnissen des Versicherten entsprechende Leistung zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz auszuwählen, aufgrund der ärztlichen Präventionsempfehlung verringert. Deshalb wird der durch die Auswertung der Präventionsempfehlung entstehende zusätzliche Erfüllungsaufwand voraussichtlich kompensiert.

Bereits nach geltender Rechtslage entsteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Überarbeitung des "Leitfadens Prävention", in dem die Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a aufgeführt sind. Die Neuregelung in § 20 Absatz 3 Satz 1 und 2 enthält lediglich Vorgaben, die bei der Überarbeitung des Leitfadens zu berücksichtigen sind. Daher erhöht sich der Erfüllungsaufwand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Festsetzung der Kriterien nach § 20 Absatz 3 Satz 1 und 2 (Qualität, wissenschaftlicher Evaluation, Zielerreichung und Zertifizierungsverfahren) allenfalls geringfügig.

Durch die bundeseinheitlichen Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hinsichtlich Qualität, Evaluation und Zertifizierung wird der bei den Krankenkassen heute bestehende Erfüllungsaufwand zur Prüfung der Einhaltung der Kriterien reduziert werden, insbesondere weil Doppelprüfungen vermieden werden.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 3 Satz 3, eine Übersicht der Leistungen zur primären Prävention im Internet zu veröffentlichen, kann zu einem geringfügigen erhöhten Erfüllungsaufwand führen. Die konkrete Höhe des Erfüllungsaufwands ist nicht bezifferbar und hängt davon ab, auf welche Weise der Spitzenverband der Krankenkassen seine Veröffentlichungspflicht erfüllt. So würde beispielsweise ein nur unerheblicher Mehraufwand entstehen, wenn der Spitzenverband der Krankenkassen durch eine Verlinkung mit den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen über die kassenindividuellen Angebote informiert.

Die Anhebung des Ausgabenrichtwerts, insbesondere die Festlegung eines Ausgaben-Mindestwerts für Leistungen nach § 20a sowie für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten (§ 20 Absatz 4 Satz 1 und 2) kann zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand der Krankenkassen führen. Je nach Krankenkassenart müssen gegebenenfalls mehr Projekte initiiert werden als bisher. Die Höhe des Erfüllungsaufwands hängt davon ab, in welchem Umfang die Krankenkassen bereits aktiv geworden sind und wie viele neue Projekte gestartet werden. Eine pauschale Bezifferung des Mehraufwands ist daher nicht möglich.

Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, kassenartenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durchzuführen, kann einen geringfügigen Erfüllungsaufwand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach sich ziehen, da er das Nähere des Auftrags – insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität sowie zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Leistungen - im Rahmen einer Vereinbarung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu regeln hat (§ 20 Absatz 5 Satz 4). Dieser Erfüllungsaufwand kann jedoch nicht quantifiziert werden, da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Auftraggeber auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben eigenständig entscheidet, welche Details in der Vereinbarung aufzunehmen sind. Hierbei hat er einen weiten Ausgestaltungs- und Gestaltungsspielraum.

Das Instrument der Gruppentarife dient dazu, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch und in einem zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen koordinierten Verfahren anzubieten. Ein wesentliches Ziel der Gruppentarife ist es, dass der Erfüllungsaufwand des Angebots betrieblicher Gesundheitsförderung durch diese gegenüber der bisherigen Praxis sinken kann, sobald eine hinreichend große Beschäftigtenzahl eines Betriebes einem Gruppentarif beitrifft. Der mögliche Umfang der Einsparung lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beziffern.

Darüber hinaus ist ein geringfügiger Erfüllungsaufwand der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit unternehmensnahen Organisationen über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 möglich. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da die Zahl der unternehmensnahen Organisationen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen werden, nicht abzusehen und der Aufwand von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Die Regelung des § 20a Absatz 5 kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand führen, da er die von den Krankenkassen nicht für die betriebliche Gesundheitsförderung verausgabten Mittel nach einem von ihm festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verteilen muss, die Kooperationsvereinbarungen nach § 20a Absatz 4 abgeschlossen haben. Der Erfüllungsaufwand lässt sich nicht quantifizieren, da nicht feststeht, ob und wie viele Krankenkassen den nach § 20 Absatz 4 Satz 2 erster Halbsatz erforderlichen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten werden.

Ein weiterer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen, soweit er die Mittel, die von einzelnen Krankenkassen nicht nach § 20 Absatz 4

Satz 2 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verausgabt worden sind, auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und diejenigen Ersatzkassen verteilen muss, die Kooperationsvereinbarungen mit unternehmensnahen Organisationen abgeschlossen haben (§ 20a Absatz 5 Satz 2). Der Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob und wie viele Krankenkassen den gesetzlich vorgesehenen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten und wie viele Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.

Ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Krankenkassen durch die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zu einem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a Absatz 1 und 2).

Ein zu vernachlässigender geringfügiger Erfüllungsaufwand kann für die Krankenkassen entstehen, da sie explizit Betriebsärztinnen und -ärzte an der Erhebung der gesundheitlichen Situation in den Betrieben zu beteiligen haben (20a Absatz 1 Satz 1). Bereits nach geltendem Recht müssen die Krankenkassen die Verantwortlichen im Betrieb beteiligen. Häufig nehmen Betriebsärztinnen und -ärzte schon aufgrund ihrer Aufgaben im Bereich der Arbeitssicherheit auch eine wichtige Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein. Die ausdrücklich Erwähnung der Betriebsärzte in § 20a Absatz 1 Satz 1, führt deshalb allenfalls zu einem zu vernachlässigendem Erfüllungsaufwand. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der Umfang der Erhebung von der konkreten Situation im Betrieb abhängig ist und je nach Branche und Beschäftigtenzahl variiert.

d) Gemeinsamer Bundesausschuss

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs- und Kinder-Richtlinien sowie der damit zusammenhängenden Regelung der Präventionsempfehlungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Der Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, weil der Gemeinsame Bundesausschuss eigenständig die Aufgabe der Überarbeitung der Richtlinien wahrnimmt und hierbei einen breiten inhaltlichen Ausgestaltungs- und Entscheidungsspielraum hat. Im Übrigen ist die laufende Anpassung der Richtlinien an den allgemein anerkannten Stand des medizinischen Wissens ohnehin eine gesetzliche Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses.

VII. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht.

VIII. Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeitsindikatoren der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie wurden geprüft. Die Wirkung des Gesetzentwurfs entspricht einer nachhaltigen Entwicklung.

Gezielte Prävention und Gesundheitsförderung stellen – gerade auch im Kontext des demografischen Wandels – wichtige Bausteine dar, um ein langes, gesundes Leben zu führen und chronische Krankheiten zu vermeiden. Gesundheit fördert die Entwicklung, die Entfaltungsmöglichkeiten und die gesellschaftliche Teilhabe jeder und jedes Einzelnen. Sie ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, für Beschäftigung und für Wettbewerbsfähigkeit. Der Gesetzentwurf will daher mit einer zielgerichteten Ausgestaltung der Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen unterstützen und auf diese Weise Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit reduzieren (Managementregel 4 der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie). Mit dem Ausbau der Gesundheitsvorsorge und Prävention insgesamt sowie im Besonderen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von

Präventionsleistungen gerade auch von sozial benachteiligte Personengruppen unterstützt der Entwurf zudem das Ziel, den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft zu stärken, Armut und Ausgrenzung vorzubeugen und im Gesundheitswesen notwendige Anpassungen an den demografischen Wandel umzusetzen (Managementregel 9 der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie).

IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Die gleichstellungspolitischen Auswirkungen der Gesetzesänderungen wurden geprüft. Der Gesetzentwurf wirkt sich in gleicher Weise auf die Geschlechter aus und ist aus gleichstellungspolitischer Sicht neutral.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 2 (§ 20)

Zu Absatz 1

Satz 1 verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen ausnahmslos, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention vorzusehen. In der Gestaltung der Leistungen sind die Krankenkassen innerhalb des ihnen insbesondere nach Satz 2 und Absätze 2 bis 5 eingeräumten Ermessensspielraums frei. Satz 1 zweiter Halbsatz stellt sicher, dass die Krankenkassen primärpräventive Leistungen nach den in Satz 2 genannten Zielen ausrichten und nur solche Leistungen angeboten werden dürfen, die die Voraussetzungen des Absatz 2 erfüllen und den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen (Absatz 3). Im Rahmen der nach Satz 2 anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten sind auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Die Regelung des Satz 3 berücksichtigt Menschen wie Arbeitnehmer im Schichtdienst und pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer individuellen beruflichen oder familiären Umstände nur schwer oder gar nicht an Präventionskursen der Krankenkassen teilnehmen können, weil diese in der Regel in einem wöchentlichen Rhythmus stattfinden. Sofern Krankenkassen aufgrund der besonderen Umstände im Einzelfall Leistungen in zeitlich komprimierter Form wohnortfern erbringen, etwa in staatlich anerkannten Kurorten, können die Krankenkassen durch den Verweis auf § 23 Absatz 2 Satz 2 zusätzlich zu den Kosten der Präventionsmaßnahme einen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten von bis zu 16 Euro leisten.

Zu Absatz 2

Für Leistungen zur primären individuellen Verhaltensprävention, also Leistungen, die sich an den einzelnen Versicherten richten und das Ziel verfolgen, Krankheitsrisiken durch die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens zu beeinflussen, wie Präventionskurse, bestimmt Satz 1, dass diese nur erbracht werden können, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach Absatz 3 Satz 2 zertifiziert wurde.

Satz 2 bestimmt einen besonderen Zugangsweg für Leistungen zur primären individuellen Verhaltensprävention. Eine im Rahmen einer Kinderuntersuchung, einer Gesundheitsuntersuchung oder im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene ärztliche Präventionsempfehlung ist von den Krankenkassen bei der Entscheidung über

diese Leistungen zu berücksichtigen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein. Damit wird dazu beigetragen, dass Kursangebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss regelt nach § 25 Absatz 4 Satz 4 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung .

Zu Absatz 3

Absatz 3 entwickelt den bisherigen § 20 Absatz 1 Satz 3 fort, indem die Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Konkretisierung des Präventionsauftrags erweitert und verbindlich geregelt wird. Dabei berücksichtigt Absatz 3 auch den Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages vom 25. Februar 2011, mit dem dieser seine Erwartung zum Ausdruck brachte, dass das Bundesministerium für Gesundheit auf die Schaffung verbindlicher und bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards und deren Einhaltung sowie auf ein bundesweites einheitliches Verfahren zur Prüfung von Kursen hinwirke.

Satz 1 überträgt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgabe, für alle Krankenkassen einheitlich geltende Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele, prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention festzulegen. Dabei hat er konsentrierte Präventions- und Gesundheitsförderungsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ verbindlich zu berücksichtigen. Die Orientierung an gemeinsamen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen ermöglicht eine Vergleichbarkeit von Prozessen und schafft auch den Krankenkassen eine bessere Grundlage für die Auswahl prioritärer Handlungsfelder.

Der in den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem bisherigen Recht erweiterte Katalog von Kriterien für Qualität, Evaluation, Zielerreichung und für Zertifizierungsverfahren dient der weiteren Vereinheitlichung und der Qualität der Leistungen. Die Festlegung einheitlicher Kriterien soll insbesondere sicherstellen, dass jenseits der Wettbewerbsinteressen der einzelnen Kassen ein objektiver Leistungsbedarf zu Grunde gelegt wird. Die verbindliche Festlegung von Kriterien für eine wissenschaftliche Evaluation und für die Zielerreichung schafft eine Grundlage für die Prüfung insbesondere von Präventionskursen hinsichtlich ihrer Eignung, dauerhafte und gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen zu bewirken. Die Festlegung von Kriterien für die Zertifizierung von Leistungsangeboten zur individuellen Verhaltensprävention soll sicherstellen, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Qualitätskriterien eingehalten und insbesondere Mehrfachprüfungen der Qualität von Kursen vermieden werden. Im Hinblick auf die Wirkung für Versicherte, Ärztinnen und Ärzte sowie für Anbieter von Leistungen zur primären Prävention hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Satz 3 sicherzustellen, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 im Internet veröffentlicht werden. Die Veröffentlichungspflicht gilt auch für eine Übersicht über die von den Krankenkassen angebotenen Leistungen zur primären Prävention.

Zu Absatz 4

Der bisherige Wert für Ausgaben, den die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Absatz 1, § 20a und § 20b einhalten sollen (im Jahr 2013: 3,01 je Versicherten und Jahr), wird im Jahr 2014 auf sechs Euro je Versicherten und Jahr angehoben (Satz 1). Dabei handelt es sich nicht um einen Grenzwert, sondern um einen Richtwert, der von den Krankenkassen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Satz 2 anzustreben ist und insbesondere auch überschritten werden kann. Damit erhalten die Krankenkassen Freiräume zu Gestaltung ihres Präventionsangebotes und die Möglichkeit, sich im Wettbewerb durch ein hohes Präventionsengagement hervorzuheben. Satz 2 führt für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung einen Mindestbetrag von zwei Euro je

Versicherten/Jahr sowie für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten einen Mindestbetrag von einem Euro je Versicherten und Jahr ein, den die Krankenkassen aufzuwenden haben. Die Regelung stellt sicher, dass die Versicherten unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind, in einem gleichen Mindestumfang von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten profitieren können. Die Mindestbeträge liegen über den bisherigen tatsächlichen durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen für diese beiden Leistungen je Versicherten und Jahr. Dadurch wird künftig eine stärkere Förderung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten gewährleistet.

Der Ausgabenrichtwert nach Satz 1 für das Jahr 2014 sowie die Ausgabenmindestbeträge nach Satz 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen (Satz 3).

Zu Absatz 5

Absatz 5 sieht vor, dass die Krankenkassen sich bei der Erbringung von Leistungen in den Lebenswelten der Menschen (Settingleistungen) von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützen lassen. Damit werden insbesondere die nach § 20 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz von den Krankenkassen zu verfolgenden Ziele unterstützt und die Voraussetzungen verbessert, um auf soziale benachteiligten Gruppen eingehen zu können, indem durch Bündelung der Mittel die mediale Durchschlagkraft deutlich erhöht wird. Vor diesem Hintergrund beauftragt der Spitzenverband der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten (insbesondere Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen) sowie für ältere Menschen durchzuführen (Satz 1).

Im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses wird die Höhe der Vergütung, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung pauschal zu entrichten hat, festgelegt. Nach Satz 2 entspricht sie mindestens der Hälfte des Betrages, den die Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 für Leistungen in Lebenswelten mindestens aufzuwenden haben. Krankenkassen, die keine eigenen Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten initiieren wollen oder können, haben die Möglichkeit, den nach Absatz 4 Satz 2 erforderlichen Mindestbetrag für Leistungen in Lebenswelten bis zu voller Höhe für die Aufgabenwahrnehmung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. Satz 3 regelt die Fälligkeit der Vergütung. Entsprechend der in Absatz 4 Satz 3 vorgesehenen jährlichen Anpassung des Mindestausgabenbetrages für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten ist auch die Vergütung nach Satz 2 jährlich anzupassen (Satz 4).

Alles Weitere vereinbaren der Spitzenverband der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung miteinander. In der Vereinbarung können insbesondere der Inhalt und Umfang, die Qualität, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Maßnahmen sowie die im Zusammenhang mit der Durchführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entstehenden Kosten etwa für Konzeption, Evaluation und Vergabeverfahren geregelt werden. Um der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hinreichend Planungssicherheit zu verschaffen, muss die Vereinbarung erstmals bis zum 30. Oktober 2013 geschlossen sein (Satz 5). Falls die Vereinbarung nicht bis zu diesem Datum zustande kommt, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 5, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Ziele und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 (Satz 6).

Die Mittel für die Vergütung, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entrichtet, werden von den Krankenkassen

aufgebracht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird deshalb ermächtigt, das dafür erforderliche Verfahren in seiner Satzung zu regeln (Satz 7). In der Satzung ist außerdem eine Regelung für diejenigen

Satz 8 stellt durch den Verweis auf die Regelung des § 89 Absätze 3 bis 5 des Zehnten Buches klar, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des Auftragsverhältnisses verpflichtet ist, die erforderlichen Mitteilungen zu machen und auf Verlangen des Auftraggebers über die Ausführung des Auftrags Auskunft zu erteilen und nach Ausführung des Auftrags Rechenschaft abzulegen. Außerdem ist der Auftraggeber berechtigt, die Ausführung des Auftrags jederzeit zu prüfen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Beauftragte an seine Auffassung zu binden.

Satz 9 stellt grundsätzlich klar, dass der Verband der privaten Krankenversicherung die Tätigkeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Leistungen mit Zuwendungen fördern kann. Dabei sind die Grundsätze wie sie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Förderung von Tätigkeiten des Bundes durch Leistungen Privater zum Ausdruck kommen, zu wahren. Insbesondere muss die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jeden Anschein fremder Einflussnahme vermeiden, um ihre Integrität und die Neutralität zu wahren.

Zu Nummer 3 (§ 20a)

Zu Buchstabe a)

Zu Doppelbuchstabe aa)

In Absatz 1 Satz 1 wird die Beteiligung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zusätzlich zu den im Betrieb Verantwortlichen und den Versicherten ausdrücklich geregelt.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Der Verweis in Absatz 1 Satz 2 auf § 20 Absatz 3 Satz 1 und 3 stellt sicher, dass die Festlegungen der prioritären Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 3 Satz 1 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als auch dessen Veröffentlichungspflicht nach § 20 Absatz 3 Satz 3 für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechend gelten.

Zu Buchstabe b)

Absatz 3 eröffnet die Möglichkeit, in Form von Gruppentarifen zielgerichtete Angebote der Krankenkassen zur koordinierten Inanspruchnahme bedarfsorientierter und wirksamer Präventionsmaßnahmen für Beschäftigtengruppen zu konzipieren.

Um auch kleineren und mittleren Unternehmen und Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, attraktive Gruppentarife abzuschließen, ist vorgesehen, dass Gruppentarife sowohl zwischen einzelnen Krankenkassen und Arbeitgebern als auch in Kooperation mit anderen Unternehmen (Dachorganisationen wie Handwerkskammern) oder mit anderen Krankenkassen abgeschlossen werden können.

Zentraler Bestandteil eines Gruppentarifs ist die betriebliche Gesundheitsförderung, die auf ein Unternehmen bezogene präventive Leistungen beinhaltet. Hierdurch wird Beschäftigten ein einfacher und arbeitsplatznaher Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen ermöglicht. Um die Qualität der im Gruppentarif angebotenen Maßnahmen sicherzustellen, werden die Vertragspartner verpflichtet, Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen durchzuführen. Zudem soll die Laufzeit des Vertrages festgelegt werden.

Weitere vertragliche Inhalte können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen im Unternehmen und präventionsorientierte Beratungs- und Betreuungsleistungen, wie Zielvereinbarungen zwischen den Vertragspartnern und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie zu vereinbarende Servicestandards der Krankenkasse für das Unternehmen, sein. Die Vertragspartner können zudem Mindestbindungsfristen für die Beteiligten vereinbaren.

Zur besseren Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentarifen sollen die Vertragspartner Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsmaßnahmen einschließlich der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte schließen können. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass grundsätzlich Leistungen im Rahmen von Gruppentarifen im Umfeld des Betriebes erbracht werden können. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte können hierbei eine Schlüsselstellung beispielsweise bei der Steuerung von oder der Zuweisung zu Präventionsmaßnahmen einnehmen. Daneben wird die Einbindung anderer Anbieter von Präventionsmaßnahmen für eine qualitativ hochwertige Ausgestaltung der Tarife ermöglicht.

Die Finanzierung der Aufwendungen eines Gruppentarifs beruht auf einer Vereinbarung zwischen der Krankenkasse und dem Arbeitgeber und ist damit ebenfalls vertraglicher Bestandteil eines Gruppentarifs. Die Vertragspartner vereinbaren, in welcher Höhe die Krankenkasse bestimmte Präventionsmaßnahmen, die in dem Unternehmen angeboten werden, bezuschusst und wie hoch die Beteiligung des Arbeitgebers in Form von Sach- bzw. Geldleistungen und ein etwaiger Eigenanteil des Versicherten ausfallen. Gleichzeitig wird klargestellt, dass Gruppentarife aus Einsparungen, Effizienzsteigerungen, Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers finanziert werden müssen. Die getrennte Ausweisung der zusätzlichen Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen dient der Transparenz der Rechnungslegung der Krankenkassen. Durch diese Vorgaben werden Quersubventionierungen durch die Individualtarife verhindert.

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung seitens des Arbeitgebers sowie die Inanspruchnahme von primärpräventiven Leistungen durch Arbeitnehmer können bereits heute gemäß § 65a Absatz 2 mit monetären Anreizen seitens der Krankenkassen belohnt werden. Diese Möglichkeit steht Krankenkassen auch im Rahmen von Gruppentarifen offen. Rabatte auf (Zusatz-)Beiträge der Krankenkassen werden hingegen nicht ermöglicht.

Absatz 4 sieht vor, dass die Krankenkassen den Unternehmen unter Nutzung der bestehenden Strukturen Beratung und Unterstützung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung bieten. Mit dieser Regelung soll die in der betrieblichen Gesundheitsförderung erforderliche Zusammenarbeit der Krankenkassen gefördert und ein niedrigschwelliger und unbürokratischer Zugang zu den Leistungen für Unternehmen geschaffen werden. Die Koordinierungsstellen sollen bei der Inanspruchnahme der Leistungen helfen, indem sie insbesondere über diese informieren und die Klärung der Krankenkasse herbeiführt, die im Einzelfall Leistungen im Betrieb initiiert (Satz 2). Kleinere Betriebe lassen sich häufig über vorhandene örtliche Netzwerke erreichen. Deshalb sieht Satz 3 vor, dass örtliche Unternehmensorganisationen an der Beratung beteiligt werden sollen. Dabei kann es sich um berufsständische Organisationen wie insbesondere den Industrie- und Handelskammern sowie den Handwerkskammern handeln. Nach Satz 4 bestimmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung sowie die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsverträge mit diesen.

Die Regelung in Absatz 5 stellt für die Krankenkassen einen finanziellen Anreiz dar, den festgesetzten Mindestbetrag nach § 20 Absatz 4 Satz 1 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in voller Höhe auszugeben. Krankenkassen, deren Ausgaben den festgesetzten Mindestbetrag unterschreiten, müssen diese Mittel nach Satz 1 dem Spit-

zenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung stellen. Dieser verteilt die nicht verausgabten Mittel nach einem von ihm festzulegenden Verteilungsschlüssel auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 4 Satz 3 abgeschlossen haben.

Zu Nummer 4 (§ 20e)

Die Regelung sieht die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit vor, die insbesondere die Aufgabe hat, in jeder Legislaturperiode einen Bericht über die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen zu erarbeiten, der den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorzulegen ist. Zur Unterstützung der Konferenz richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein (Satz 2). Die in Absatz 1 Satz 3 der Geschäftsstelle zugewiesenen Aufgaben erfordern die notwendige sachliche und personelle Ausstattung.

Absatz 2 beschreibt die Aufgaben der Ständigen Präventionskonferenz.

Absatz 3 bestimmt das Verfahren der Berufung der Mitglieder der Ständigen Präventionskonferenz.

Zu Nummer 5 (§ 23)

Nach dem geltenden § 23 Absatz 2 kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten erbringen und in ihrer Satzung einen Zuschuss zu den übrigen Kosten vorsehen, die den Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen.

Zu Buchstabe a)

Voraussetzung für eine Leistung nach dem geltenden Absatz 2 ist, dass Leistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen. Leistungen nach Absatz 1 sind ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil-, und Hilfsmitteln.

Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen wie Beschäftigte in Schichtarbeit und pflegende Angehörige können Leistungen nach Absatz 1 aber oftmals nicht in ihren regulären Tagesablauf integrieren und nicht regelmäßig in Anspruch nehmen. Durch die Änderung soll für diese Versicherten daher die Möglichkeit verbessert werden, neben Angeboten nach Absatz 1 auch unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten wahrnehmen zu können, ohne dass zuvor Leistungen nach Absatz 1 am Wohnort erbracht werden, soweit die medizinische Anforderlichkeit gegeben ist.

Zu Buchstabe b)

Um den Anreiz zur Inanspruchnahme der Leistungen zu stärken, erfolgt eine Erhöhung der Obergrenze des Zuschusses von 13 auf 16 Euro, auch um der allgemeinen Preissteigerung zurückliegender Jahre Rechnung zu tragen.

Zu Buchstabe c)

Entsprechend der Erhöhung des Zuschusses nach Absatz 2 Satz 2 wird auch der Zuschuss für ambulante Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder von 21 auf 25 Euro erhöht.

Zu Nummer 6 (Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 7 (§ 25)

Zu Buchstabe a)

Es wird in der Vorschrift klargestellt, dass – entsprechend den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses – die ärztliche Gesundheitsuntersuchung neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen beinhaltet. Hierzu gehören eine systematische, gegebenenfalls mit Hilfe geeigneter Instrumente (z. B. Fragebögen, Risiko-Tests oder Risiko-Scores) durchzuführende ärztliche Erfassung und Bewertung des individuellen gesundheitlichen Risikoprofils, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und – sofern medizinisch angezeigt – die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (Präventionsempfehlung), die für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für eine Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Prävention nach § 20 Absatz 2 darstellt. Damit wird auch im Gesetz der präventivmedizinischen Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine krankheitsorientierte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die vorrangig auf die Früherkennung einer bereits eingetretenen Erkrankung ausgerichtet ist, zu kurz greift. Denn bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung können gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden könnten. Darüber hinaus sollte bei einer gesundheitlich gefährdeten oder bereits erkrankten Person das Auftreten zusätzlicher gesundheitsbezogener Risiken und Belastungen vermieden werden. Die Übergänge zwischen Risikofaktoren und Krankheitsfrühstadium bis hin zum Vollbild einer Erkrankung können fließend sein.

Ärztinnen und Ärzte sind sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen Arzt-Patient-Verhältnisses seit jeher besonders geeignet, neben der Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auch eine primärpräventiv orientierte Beratung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten zu leisten und diese zu einem Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren.

Die bisher in § 25 Absatz 1 vorgegebene Häufigkeit des Anspruchs der Gesundheitsuntersuchung (alle zwei Jahre) und die untere Altersgrenze von 35 Jahren sowie die nicht abschließende Aufzählung von Zielkrankheiten für die Früherkennung entfallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die für die Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anzupassen und zugleich alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. Hierbei ist auch den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat u. a. die Aufgabe, die primär- und sekundärpräventiven Inhalte der Gesundheitsuntersuchung den Erfordernissen der jeweiligen Altersgruppe anzupassen und entsprechend zu gewichten. So dürften bei der Gesundheitsuntersuchung bei jüngeren Menschen die primärpräventiven Anteile (Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen, gesundheitsbezogene Beratung) im Vordergrund stehen, während bei Menschen mittleren und höheren Lebensalters auch die Früherkennung von z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus an Bedeutung gewinnt.

Die neu vorgesehene Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung als eine mögliche Grundlage für die Entscheidung der Krankenkassen über die Gewährung von primärpräventiven Leistungen nach § 20 Absatz 2 beinhaltet folgende Vorteile:

- Mit der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung können gezielt diejenigen Personen identifiziert werden, bei denen Präventionsbedarf und -potenzial besonders groß sind. Durch die Fokussierung auf besonders präventionsbedürftige Zielgruppen wird die Ef-

fizienz von präventiven Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz erheblich gesteigert.

- Es können diejenigen Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 2 bestimmt werden, die aus ärztlicher Sicht für die individuelle Person besonders geeignet sind und mit der entsprechenden Erfolgsaussicht durchgeführt werden können. Hierbei spielt auch der Aspekt der medizinischen Sicherheit eine Rolle, da im individuellen Fall ungeeignete präventive Maßnahmen wirkungslos oder unter Umständen sogar schädlich sein können (z. B. ungeeignete Bewegungsprogramme für deutlich übergewichtige Personen mit Gelenkbeschwerden).
- Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann auch im Rahmen eines kurativen Behandlungsanlasses durchgeführt oder angebahnt werden. Hierbei können gezielt Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen angesprochen und motiviert werden, wie Menschen in beruflich und familiär besonders belastenden Lebenssituationen, Menschen aus bildungsferneren Schichten, Menschen mit Migrationshintergrund und möglichen sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sowie chronisch kranke Menschen, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll. Dies ist zugleich ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a).

Zu Buchstabe c)

Aufgrund der Neufassung der Absätze 1 und 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss die von ihm beschlossenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien hinsichtlich Aufgabe, Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie der Zielkrankheiten der Früherkennung der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens baldmöglichst anpassen und zugleich alters- und zielgruppengerecht ausgestalten.

Da die Krankenkassen die Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3 Satz 1 bei der Entscheidung über Leistungen zur primären individuellen Verhaltensprävention aufgrund der Neufassung des § 20 Absatz 2 zu berücksichtigen haben, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes gegeben, in seinen Richtlinien zunächst das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 20 Absatz 2 erstmalig zu regeln. Auch bei der Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung über empfohlene Maßnahmen zur Prävention sind das in § 12 Absatz 1 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot und die darin aufgeführten Maßstäbe (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig) zu beachten.

Zu Nummer 8 (§ 26)

Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Dabei ist den aktuellen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, dass im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Zudem manifestiert sich eine Reihe relevanter Krankheiten auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen.

Zu Buchstabe a)

Mit Absatz 1 Satz 1 wird das Kinderuntersuchungsprogramm auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen ausgeweitet. Ausgangspunkt ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte wissenschaftliche Expertise, die die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von 9 Jahren empfiehlt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen. Für seine Entscheidung kann er die genannte Expertise oder weitere wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ausweitung der Untersuchungen in dieser Altersgruppe unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12) als Grundlage heranziehen. Die Früherkennungsuntersuchungen und deren Ausgestaltung sollen dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Bereits nach den geltenden Kinder-Richtlinien haben sich ärztliche Maßnahmen unter anderem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (z.B. kognitiver Entwicklungsrückstand, Störungen der emotionalen oder sozialen Entwicklung) zu richten. Deshalb wird klargestellt, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankheiten beziehen, die die psychosoziale (d.h. die kognitive, emotionale und soziale) Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden; dabei gelten die Kriterien nach § 25 Absatz 3 (vgl. § 26 Absatz 2). Damit findet auch das in den letzten Jahren veränderte Krankheitsspektrum bei Kindern im Gesetz Berücksichtigung.

Durch die Regelung der Sätze 2 und 3 wird klargestellt, dass der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin auch über vordringliche Gesundheitsrisiken informiert, die für die betreffende Altersgruppe des Kindes relevant sind oder dem in der Untersuchung erhobenen individuellen Risikoprofil des Kindes entsprechen. Zudem soll auf Möglichkeiten zur Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen hingewiesen und – soweit medizinisch angezeigt – eine ärztliche Bescheinigung als eine Grundlage für die Entscheidung der Krankenkassen über Leistungen zur individuellen Prävention nach § 20 Absatz 2 ausgestellt werden. Die Informationsinhalte werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand festgelegt. Präventionsorientierte Informationen und Hinweise sind bereits regelmäßiger Bestandteil der ärztlichen Behandlung und Beratung auch der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Nach Satz 4 bleibt die bisherige Altersgrenze bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten („Vollendung des 6. Lebensjahres“) unverändert bestehen. Die Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen von über 6-jährigen Kindern wird schon heute durch die Regelungen in den §§ 21 und 22 sichergestellt.

Zu Buchstabe b)

Entsprechend der Regelung in § 25 Absatz 4 Satz 4 wird ergänzt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 auch für die Kinderuntersuchungen erstmals innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Ausgestaltung einer Präventionsempfehlung regelt.

Zu Nummer 9 (§ 65a)

Zu Absatz 1

Nach dem bisher geltenden Absatz 1 kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten haben. Um die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder Leistungen zur primären Prävention zu fördern, wird die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als finanzielle An-

reize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen. Um zu vermeiden, dass Boni auch für Maßnahmen geleistet werden, die nur einen mittelbaren oder keinen Bezug zur Gesundheitsförderung haben, wird die Anreizfunktion der Bonusprogramme ausschließlich auf zertifizierte Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Absatz 2 ausgerichtet. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass Boni nur als Geldleistungen gewährt werden. Sachprämien der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

Der neue Satz 2 bestimmt, dass der Bonus für die Teilnahme an zertifizierten Leistungen nach § 20 Absatz 2 vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet sein soll. Damit wird eine zielgerichtete und effektive Verwendung der Mittel für Leistungen zur individuellen Prävention unterstützt. Näheres zu Kriterien für die Feststellung der Zielerreichung wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 3 Satz 1 bestimmt.

Zu Absatz 2

Nach § 65a Absatz 2 kann die Krankenkasse in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wirksamer zu fördern, wird die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als finanzielle Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass Boni nur als Geldleistungen gewährt werden. Sachprämien der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

Der Bonus der Krankenkassen für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung soll vorrangig am Erfolg der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden. Insoweit wird auf die Regelung in Absatz 1 Satz 2 verwiesen.

Zu Nummer 10 (§ 132e)

Durch die Einfügung wird klargestellt, dass auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungen geeignete Ärzte im Sinne der Vorschrift sein können.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.