

Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

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 und auch psychischen Erkrankungen sowie 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;
- 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 medizinischen 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 die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt, entstehen Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Mio. Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, so dass (netto) sich keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln in der Krankenversicherung der Landwirte, der sich gegebenenfalls auch auf die Zuschüsse des Bundes niederschlägt, soll finanziell im Einzelplan 10 aufgefangen werden.

Länder und Gemeinden

Für Länder und 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 Mindestbetrags für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten führen 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. Davon entfallen etwa 35 Mio. Euro auf die Vergütung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt (s. o.). Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen. Die finanziellen Auswirkungen der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Untersuchung 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 SGB V) durch den G-BA 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

Örtlichen Unternehmensorganisationen kann ein geringfügiger nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Beim Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von jährlich 295 000 Euro.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen.

Den Krankenkassen entsteht jährlich ein erhöhter, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist ein geringfügiger und nicht quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand möglich.

E.4 Erfüllungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

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

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

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. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“

2. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Vermeidung und“ eingefügt.
3. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

Primäre Prävention

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vor, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Sie legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde. Die Leistungen sollen insbesondere folgende Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden.

Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Bei der

Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Berücksichtigung der Gesundheitsziele nach Absatz 1 Satz 3 bis 5 und der in Absatz 1 Satz 6 genannten Ziele einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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 auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den Bericht nach § 20e die erforderlichen Auskünfte.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, als Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20a erbracht. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens, in denen die Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen.

(4) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse zertifiziert ist. Bei der Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention 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. Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(5) 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 ab dem 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 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.

(6) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens der Hälfte des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 3 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von Absatz 5 Satz 3 jährlich anzupassen.

(7) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 6, 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 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 6 Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 1, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags erbringt, mit Zuwendungen fördern.

4. § 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) Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Die folgenden 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 primärpräventive Leistungen eines Gruppentarifs, die über die Leistungen nach Absatz 1 und nach § 20d Absatz 1 und 2 hinausgehen, müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Gruppentarif auf Dauer finanziert werden. Die Einnahmen aus einem Gruppentarif können sich aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen. Die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

(4) Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. 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 Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.

(5) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 5 Satz 2 für Leistungen nach § 20a, 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.“

5. 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 Ge-

schäftsstelle ein. Die Aufgabe der Geschäftsstelle besteht insbesondere in der Zusammenstellung und Aufbereitung des für die Tätigkeit der Ständigen Präventionskonferenz erforderlichen Materials, in der Vorbereitung der Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz, 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 diesen 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 und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung mit den von ihr für notwendig gehaltenen Folgerungen bei.

(3) Die Bundesministerin oder der Bundesminister für Gesundheit führt den Vorsitz der Ständigen Präventionskonferenz und beruft in diese Vertreter der betroffenen Bundesministerien, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Sozialleistungsträger, der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie Vertreter der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände. Die Ständige Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder getroffen.“

6. § 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 Angabe „13“ durch die Angabe „16“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „25“ ersetzt.

7. Die Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten“.

8. § 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 zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt.“

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 individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4 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:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Untersuchungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „die Untersuchungen“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölfsten Monats des auf das Inkrafttreten nach Artikel 3 Satz 1 folgenden Kalendermonats) in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“

9. § 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 psychosoziale 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 zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. 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 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

b) In Absatz 2 wird die Angabe „Abs. 4 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 und 4“ ersetzt.

10. § 65a Absatz 1 und 2 wird 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 Leistungen der Krankenkasse zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 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 Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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.“

11. In § 132e Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „geeigneten Ärzten“ die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013

(BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“

b) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „Selbsthilfe, zur“ die Wörter „Vermeidung und“ eingefügt.

2. Nach § 8 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Für die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten der Dritte und Zehnte Abschnitt des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass § 20 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Aufwendung von mindestens 2 Euro für jeden der Versicherten für Leistungen nach § 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, § 20a Absatz 5 und § 65a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden sind.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. In Artikel 1 Nummer 3 tritt § 20 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b tritt § 20a Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils am 1. Januar 2014 in Kraft.

Berlin, den 16. April 2013

**Volker Kauder, Gerda Hasselfeldt und Fraktion
Rainer Brüderle und Fraktion**

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.

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.

Dieser 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. Er ist ein weiterer Schritt für eine nach Zielen ausgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, die die Menschen zielgruppenspezifisch nach ihren Bedürfnissen und Lebenslagen erreicht.

Die notwendige Weiterentwicklung zu einer insbesondere auch die Träger für Leistungen nach dem Zweiten, Dritten, Sechsten und Siebten Buch Sozialgesetzbuch umfassenden Initiative zur Förderung eines gesunden und produktiven Arbeitslebens bleibt Aufgabe der Bundesregierung, insbesondere im Rahmen der von der Bundesregierung verabschiedeten Demografiestrategie. Das Bundesministerium für Arbeit

und Soziales wird die Ergebnisse der Initiative in den Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20e SGB V einbringen. Insbesondere auch arbeitslosen Menschen müssen verbesserte Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote unterbreitet werden. Darüber hinaus muss dem Wandel des Erkrankungsspektrums mit einer Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen Rechnung getragen werden. Eine ressort- und trägerübergreifende Initiative muss vorhandene Potenziale bündeln und die Effektivität des deutschen Gesundheitssystems steigern.

Die Vorhaben der Demografiestrategie müssen sich in den Rahmen der Eckwerte von Bundeshaushalt und Finanzplan bis 2016 einfügen.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, den Krankheit und Gesundheit beeinflussenden Faktoren, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeleistungen machen zudem die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen erforderlich. Darüber hinaus sollen insbesondere 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.

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 erfreulichen 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 dem 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.

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 werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Leistungen zur primären Prävention an im Gesetz bestimmten Gesundheitszielen auszurichten. Dabei handelt es sich um die bis heute vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele.

Maßnahmen der für den Arbeitsschutz Verantwortlichen und Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben müssen den Erfordernissen unserer modernen Gesellschaft entsprechend eng aufeinander abgestimmt sein. Künftig wird es in Deutschland erheblich weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter geben. Das Durchschnittsalter der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird steigen und das Erwerbspotenzial deutlich sinken. Deshalb sind die Rahmenbedingungen der Arbeitswelt so zu gestalten und eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Handeln so zu fördern, dass die Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft gesund, qualifiziert und motiviert bis zum Rentenalter arbeiten können. Dies ist nicht nur Aufgabe der Betriebe und der Beschäftigten, sondern liegt im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die enge Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Träger des Arbeitsschutzes ist Ausdruck dieser gesellschaftlichen Verantwortung.

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 Bundesregierung wird auf der Grundlage dieses Berichts ihre Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des Systems von Prävention und Gesundheitsförderung vorstellen.

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 der Krankenkassen zur primären Prävention

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 errei-

chen, 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.

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 für ihre Entscheidung ein, ob sie im Einzelfall Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention übernimmt oder nicht.

4. Qualitätsgesicherte Präventionsangebote – Bonifizierungen

Zur Sicherstellung von Qualität und Wirksamkeit der 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 bereitzustellen. 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 primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt, die verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgerichtet ist. 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 für ihre Entscheidung ein, ob sie im Einzelfall Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention übernimmt oder nicht. 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 in besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen

Auch für Versicherte in 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. Dies Versicherten können künftig – wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten erhalten, 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 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 spezifische Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist zu nutzen.

Zur Sicherstellung eines niedrigschwelligen 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 örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren. Die Krankenkassen fördern diese Netzwerke aus Mitteln, die nicht 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 Spitzenverbands Bund der Krankenkassen. Dabei wird enge Kooperation mit den betrieblichen und überbetrieblichen Trägern des Arbeitsschutzes sichergestellt. Die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz auf der Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele sind eine Grundlage für diese Zusammenarbeit.

Die Möglichkeiten der Krankenkassen, Boni an Arbeitgeber zu leisten sowie an Versicherte, die an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen, 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 zur koordinierten Inanspruchnahme bedarfsorientierter und wirksamer Präventionsmaßnahmen für Beschäftigtengruppen zu konzipieren.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Der Bund hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes für die Sozialversicherung. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelung zur finanziellen Förderung von Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den Verband der privaten Krankenversicherung stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da der Verband der privaten Krankenversicherung bundesweit tätig ist und eine Segmentierung der finanziellen Förderung durch den Verband nach unterschiedlichem Landesrecht daher wirtschaftlich nicht sinnvoll durchzuführen wäre.

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt,

entstehen Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Mio. Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, so dass (netto) sich keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Für Länder und die Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Gesundheitsförderung und Prävention sind individuell 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 behandelt werden können. Komplikationen, wie sie in späteren Krankheitsstadien oft auftreten, können vermieden oder zumindest vermindert werden. Prävention fördert die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit und unterstützt 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.

Gemäß § 20 Absatz 5 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 5 Satz 3) regelmäßig anzupassen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ab dem Jahr 2014 von dem Richtwert-Betrag einen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden. Von dem Richtwert-Betrag ist auch für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten ein Mindestbetrag in Höhe von einem Euro je Versicherten und Jahr einzusetzen (§ 20 Absatz 5 Satz 2). Mindestens die Hälfte des letztgenannten Betrages erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 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 5 zu einer Ausgabenerhöhung bei 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. Davon entfallen etwa 35 Mio. Euro auf die Vergütung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erbringt. Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen. 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 G-BA ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA nunmehr auch über die Einführung von Untersuchungen für Kinder im Alter von sechs bis zehn 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 Millionenbereich auszugehen. Hierbei ist berücksichtigt, dass rund drei Viertel der Krankenkassen ihren Versicherten derzeit bereits auf freiwillig

liger 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 2 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

Den Ärztinnen und Ärzten als vertragliche Leistungserbringer entsteht durch die Ausstellung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und 3 und § 26 Absatz 1 Satz 3 und 4 kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA ist ein Arzt verpflichtet, einen Versicherten im Rahmen eines Beratungsgesprächs gegebenenfalls auf Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen hinzuweisen. Die Präventionsempfehlung geht über den Inhalt des Beratungsgesprächs nicht hinaus, sondern beschränkt sich auf eine kurze, schematische Zusammenfassung (z. B. Ankreuzformular: „Es wird ein Kurs zum Handlungsfeld Bewegung empfohlen“).

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 G-BA 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 örtliche Unternehmensorganisationen kann ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 20a Absatz 4 Satz 4 entstehen. 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 bereitzustellen ist. Der Gesamtaufwand

ergibt sich auf der Grundlage von drei 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 258 000 Euro pro Jahr und zusätzliche Sachkosten in Höhe von rund 37 000 Euro jährlich.

b) Länder

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

c) Krankenkassen

Durch die verpflichtende Berücksichtigung der ärztlichen Präventionsempfehlungen nach § 20 Absatz 4 Satz 2 verringert sich der heute bei den Krankenkassen bestehende Erfüllungsaufwand bei der Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention. Die ärztliche Präventionsempfehlung ersetzt die in diesen Fällen bislang notwendige Bedarfsprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkassen.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Festsetzung der Kriterien nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und 2 erhöht den damit verbundenen Erfüllungsaufwand allenfalls geringfügig. Bereits nach geltender Rechtslage besteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Überarbeitung der Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a im „Leitfaden Prävention“.

Durch die bundeseinheitlichen Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 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 2 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 Ausgabenmindestwerts für Leistungen nach § 20a sowie für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten 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 7 Satz 1).

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 beiträgt. 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 örtlichen Unternehmensorganisationen über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung nach § 20a Absatz 4 Satz 4 möglich. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da die Zahl der örtlichen Unternehmensorganisationen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen werden, nicht abzusehen und der Aufwand von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Ein Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen, soweit er die Mittel, die von einzelnen Krankenkassen nicht nach § 20 Absatz 5 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 geringfügiger Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Krankenkassen durch die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zu einem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a Absatz 1 und 2).

d) Gemeinsamer Bundesausschuss

Dem G-BA 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 G-BA.

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 benachteiligten 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. Unter der Voraussetzung einer geschlechtsspezifischen Ausgestaltung der Präventionsleistungen und unter Berücksichtigung geschlechtsbedingter Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risikofaktoren und Belastungen sowie der Inanspruchnahme präventiver Angebote, dient der Gesetzentwurf dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit in der gesundheitlichen Prävention.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 1)

§ 1 als Einweisungsvorschrift des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betont sowohl die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft als auch die Eigenverantwortung der Versicherten. Diese beiden Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Die Funktionsfähigkeit der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung wird gestärkt, wenn diejenigen, die diese Gemeinschaft in Anspruch nehmen, ihre Gesundheit erhalten. Eine gesundheitsbewusste Lebensführung trägt

maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bei. Auf seine Gesundheit zu achten und sich gesund zu verhalten erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Mit der vorliegenden Einfügung eines neuen Satzes 2 in § 1 wird dieser wichtige Grundgedanke der Eigenverantwortung daher stärker betont und zugleich seine Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausdrücklich als Bestandteil deren Kernaufgaben genannt.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 7.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Zu Absatz 1

Satz 1 verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen ausnahmslos, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention vorzusehen und beschreibt entsprechend des bisher geltenden Rechts das allgemein mit Leistungen zur primären Prävention verfolgte Ziel. Im Rahmen der anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten sind auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Die in der Satzung vorzusehenden Leistungen müssen den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 festzulegenden Handlungsfeldern und Kriterien genügen (Satz 2). Die Leistungen sollen insbesondere zur Erreichung der in Satz 3 bestimmten Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erbracht werden. Die genannten Gesundheitsziele sind die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ unter Beteiligung aller relevanten Gruppen vereinbarten Ziele. Die Ziele nach den Sätzen 3 bis 5 sind von den Krankenkassen verbindlich zu berücksichtigen. In der Gestaltung der Leistungen sind die Krankenkassen innerhalb des ihnen insbesondere nach den Absätzen 2 bis 5 eingeräumten Ermessensspielraums frei. Die Krankenkasse muss die von ihr in der Satzung vorgesehenen primärpräventiven Leistungen nach den in den Sätzen 1 und 3 bis 5 genannten Zielen ausrichten. Sie darf nur solche Leistungen anbieten, die die Voraussetzungen der Absätze 2 bis 4 erfüllen und den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen (Absatz 2). Die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Schichten ist primäres Ziel. Jeder Einzelne trägt die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens. Diese Eigenverantwortung gilt es zu stärken. Für Leistungen nach den §§ 20a und 20b sind die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele zu berücksichtigen (§§ 20a und 20b ArbSchG).

Zu Absatz 2

Absatz 2 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 2 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 stellt sicher, dass auch im Rahmen der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in Absatz 1 bestimmten Gesundheitsziele für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich zu berücksichtigen sind. Die Orientierung an gemeinsamen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen ermöglicht eine Vergleichbarkeit von Prozessen und schafft auch den Krankenkassen eine bessere Grundlage für die Auswahl einheitlicher Handlungsfelder. Der in den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem bisherigen Recht erweiterte Katalog von Kriterien für Qualität, Evaluation, Messung der 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 Messung der Erreichung der mit den Präventionsleistungen verfolgten Ziele 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. Damit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seine Aufgaben wahrnehmen kann, ist er auf Informationen der Krankenkassen angewiesen. Satz 4 bestimmt deshalb eine Informationspflicht der Krankenkassen.

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt entsprechend der sich in der Praxis bewährten Interventionsansätze klar, dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens beziehen können, aber auch auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (sogenannte Settingleistungen), in denen diese große Teile ihrer Zeit verbringen. Leistungen der Krankenkassen in den Lebenswelten müssen sich, wie andere Leistungen auch, an die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten richten. Sie können nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen. Gegebenenfalls kommt auch eine ergänzende Finanzierung durch die private Krankenversicherung in Betracht. Die Regelung berücksichtigt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach erhobene Mittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen

und trägt dem Umstand Rechnung, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Satz 2 enthält eine Legaldefinition der Leistungen in außerbetrieblichen Lebenswelten. Aufgaben in der Lebenswelt „Arbeiten“ nehmen die Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b wahr, insbesondere als Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei sind nach § 20 Absatz 1 Satz 6 die Ziele des Arbeitsschutzes zu berücksichtigen. Für die Lebenswelt „Arbeit“ tragen im Wesentlichen die Arbeitgeber Verantwortung. Diese sind verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen. Hierfür hat der Arbeitgeber nach § 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zu bestellen. Dies gilt unabhängig von der Betriebsgröße. Auch Kleinbetriebe werden sicherheitstechnisch und betriebsärztlich betreut. Auch die Betriebsräte tragen Verantwortung für den Gesundheitsschutz in den Betrieben und wirken bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, die Auswirkungen auf die Beschäftigten haben mit. Die Beschäftigten ihrerseits sind ebenfalls verpflichtet, für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Die überbetrieblichen Träger des Arbeitsschutzes, Arbeitsschutzbehörden der Länder und Unfallversicherungsträger, beraten die Betriebe hinsichtlich der Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb und setzen die Arbeitsschutzvorschriften durch.

Zu Absatz 4

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 reduzieren, wie Präventionskurse, bestimmt Satz 1, dass diese nur erbracht werden können, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse 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. Ein Arztvorbehalt für diese Leistungen ist damit nicht verbunden. Auch ohne Vorlage einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbracht werden, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.

Die Regelung des Satzes 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 wohnort-

fern 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.

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

Zu Absatz 5

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 ab dem Jahr 2014 auf 6 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 2 Euro je Versicherten/Jahr sowie für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten einen Mindestbetrag von 1 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 Sozialgesetzbuch anzupassen (Satz 3).

Zu Absatz 6

Absatz 6 sieht vor, dass die Krankenkassen sich ab 2014 bei der Erbringung von Leistungen in den Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützen lassen. Damit wird insbesondere die in § 20 Absatz 1 Satz 1 festgelegte Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen unterstützt und die Voraussetzungen verbessert, um auf soziale benachteiligten Gruppen eingehen zu können. Vor diesem Hintergrund beauftragt der Spitzenverband der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in den Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie für ältere Menschen durchzuführen.

ren (Satz 1). Satz 2 berücksichtigt, dass zur Ausführung des Auftrags im Einzelfall eine Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit geeigneten Partnern erforderlich sein kann. Die Vergütung, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 pauschal zu entrichten ist, entspricht nach Satz 3 mindestens der Hälfte des Betrages, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 zweiter Halbsatz 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 5 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 4 regelt die Fälligkeit der Vergütung. Entsprechend der in Absatz 5 Satz 3 vorgesehenen jährlichen Anpassung des Mindestausgabenbetrages für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten ist auch die Vergütung nach Satz 3 jährlich anzupassen (Satz 5).

Zu Absatz 7

Die Einzelheiten der Ausgestaltung des Auftrags nach Absatz 6 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 1). Falls die Vereinbarung nicht bis zu diesem Datum zustande kommt, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 6 Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 1, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 (Satz 2).

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 3). Satz 4 stellt durch den Verweis auf die Regelung des § 89 Absätze 3 bis 5 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch 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 5 stellt grundsätzlich klar, dass der Verband der privaten Krankenversicherung die Tätigkeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 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 4 (§ 20a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 1 Satz 1 wird die Beteiligung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als Berater der Verantwortliche im Betrieb ausdrücklich klargestellt. Damit wird das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung betont. Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der betrieblichen Prävention steht in einem Ergänzungsverhältnis zu den arbeitsschutzrechtlich begründeten Pflichten der Arbeitgeber und dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung. Deshalb berücksichtigen die Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung gemäß § 20 Absatz 1 Satz 6 auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Nummer 3 (§ 20 Absatz 2 und 3).

Zu Buchstabe b

Absatz 3 eröffnet die Möglichkeit, in Form von Gruppentariifen 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 Gruppentariife abzuschließen, ist vorgesehen, dass Gruppentariife 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 Gruppentariifs 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 Gesundheitsmanage-

ments 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 alle Leistungen eines Gruppentarifs, die der Art nach der Primärprävention dienen, aber nicht bereits im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Absatz 1 oder als Schutzimpfung nach § 20d Absatz 1 und 2 von Krankenkassen erbracht werden, 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 Beratung und Unterstützung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung bieten. Hierzu sollen keine Mehrfachstrukturen geschaffen, sondern bestehende Strukturen wie Geschäfts- und Servicestellen der Krankenkassen genutzt werden. Mit der Regelung soll die in der betrieblichen Gesundheitsförderung erforderliche Zusammenarbeit der Krankenkassen gefördert und ein niedrigschwelliger 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 herbeiführen, 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. Nach Satz 4 bestimmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen 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 5 Satz 2 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in voller Höhe auszugeben. Krankenkassen, deren Ausgaben den festgesetzten Mindestbetrag unterschreiten, müssen diese Mittel nach Satz 1 dem Spitzenverband 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 4 abgeschlossen haben.

Zu Nummer 5 (§ 20e)

Zur Stärkung der Orientierung der Akteure an gemeinsamen Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen sind die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ unter Beteiligung der Krankenkassen vereinbarten Ziele für diese künftig verbindlich umzusetzen. Darüber hinaus sollen sich die weiteren Akteure im Rahmen einer Selbstverpflichtung noch stärker als bisher an gemeinsam erarbeiteten Zielen und Empfehlungen orientieren. Deshalb wird beim Bundesminister für Gesundheit eine „Ständige Präventionskonferenz“ der relevanten Akteure eingerichtet, die insbesondere die Aufgabe hat, in jeder Legislaturperiode einen Bericht über die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen zu erarbeiten. Dieser Bericht wird mit den Schlussfolgerungen der Bundesregierung zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorgelegt. 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. Dabei sind die Vorschriften des Bundesgremienbesetzungsgesetzes zu beachten. Als Mitglieder sind ausdrücklich Vertreter der betroffenen Bundesministerien zu berufen sowie Vertreter der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der zuständigen Sozialleistungsträger, der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber und Vertreter der für Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Institutionen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Vertreter der Zivilgesellschaft, der Fachverbände und um Vertreter der Wissenschaft.

Zu Nummer 6 (§ 23)

Nach dem geltenden § 23 Absatz 2 kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsor-

gemaßnahmen 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 Erforderlichkeit gegeben ist. Dies bedeutet, dass Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen unmittelbar ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen.

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 7 (Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 8 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Es wird in der Vorschrift klargestellt, dass – entsprechend den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA – 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 Verhaltens-

prävention nach § 20 Absatz 4 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 Krankheitsstadium 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. Den geschlechtsbezogenen Aspekten wird gleichermaßen Rechnung getragen.

Die neu vorgesehene Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung als eine mögliche Grundlage für die Entscheidung der Krankenkassen über die Erbringung von primärpräventiven Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 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 Effizienz von präventiven Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz erheblich gesteigert.

- Es können diejenigen Präventionsleistungen 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 Gelenksbeschwerden).
- 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 sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Auf Grund der Neufassung der Absätze 1 und 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss die von ihm beschlossenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens balmöglichst anpassen und zugleich alters- und zielgruppengerecht ausgestalten. Dies betrifft Aufgabe, Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die Bestimmung der durch Früherkennung erfassbaren Zielkrankheiten.

Da die Krankenkassen die Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3 bei der Entscheidung über Leistungen zur primären individuellen Verhaltensprävention aufgrund des neuen § 20 Absatz 4 Satz 2 zu berücksichtigen haben, wird dem G-BA 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 4 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 9 (§ 26)

Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkran-

kungen 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 bis 4 wird klargestellt, dass der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin auch über vorrangige 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 Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 ausgestellt werden. Die Informationsinhalte werden vom G-BA 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 6 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 10 (§ 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 Anreize 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 Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 Satz 1 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 Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet sein soll. Damit wird eine zielgerichtete und effektive Verwendung der Mittel für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention unterstützt. Näheres zu Kriterien für die Feststellung der Zielerreichung wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 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 11 (§ 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 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 1 (§ 1)****Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Förderung der Eigenverantwortung gehört auch zu den Kernaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und wird daher ebenso wie im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ausdrücklich genannt.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 7 (Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Nummer 2 (§ 8)

Die ergänzenden Vorschriften, durch die eine Ausweitung der Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgenommen wird, werden in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung von der Anwendung ausgenommen. Im Gegensatz zur allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung ist die landwirtschaftliche Krankenversicherung als Pflichtversicherungssystem nicht für abhängig Beschäftigte sondern für selbständige Landwirte und deren Familien ausgestaltet. Präventionsleistungen, einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die Beiträge der selbständigen landwirtschaftlichen Unternehmer eigenfinanziert. Daher lassen sich in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht in gleichem Umfang wie in der allgemeinen Krankenversicherung Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.