

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

(Präventionsgesetz – PräVG)

A. Problem und Ziel

Die demografische Entwicklung mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel dieses Gesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

B. Lösung

Mit dem Gesetz werden die strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe auch der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung unterstützt werden. Zudem wird ein Rahmen für die Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene gesetzt.

Im Einzelnen:

- Verbesserung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure sowie der Koordination der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten unter Einbeziehung auch der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Rahmen einer an gemeinsamen Zielen orientierten nationalen Präventionsstrategie;
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch eine zielgerichtete Neustrukturierung der finanziellen Grundlagen der Krankenkassen und der Pflegekassen für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung;
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und deren engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz;
- Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung;

- präventionsorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Förderung des Impfwesens.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1) Bund

Für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen entstehen ab 2016 Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Millionen Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, aus der der Mehrbedarf für Personal- und Sachmittel vollständig zu kompensieren ist, so dass sich netto keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden.

2) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

3) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben und Einsparungen für die GKV verbunden.

Die Anhebung des Ausgabenrichtwertes für Leistungen zur Primärprävention und die Festlegung von Mindestbeträgen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten führt bei den Krankenkassen, deren aktuelle Ausgaben den vorgesehenen Richtwert oder die vorgesehenen Mindestbeträge für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten, zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben von rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und der Entwicklung der Zahl der Versicherten. Davon entfallen etwa 35 Millionen Euro auf die Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

Die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 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. Ebenso hängen die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 26 Absatz 1 SGB V von der Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den G-BA ab, insbesondere von der Anzahl zusätzlicher Untersuchungen. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U- oder J-Untersuchung entstehen den Krankenkassen jeweils jährliche Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die Vermeidung oder frühzeitige Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch die Ausgestaltung der Regelung zu Bonuszahlungen der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V als „Soll-Regelung“ können jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen der §§ 132e und 132f SGB V hängen von der Anzahl der Krankenkassen oder ihrer Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V schließen. Dem stehen mögliche Minderausgaben der GKV gegenüber, soweit die Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen an die Stelle bereits jetzt durch die GKV finanzierter, von anderen Leistungserbringern erbrachter Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen treten. Insgesamt dürften sich daher die möglichen Minder- und Mehrausgaben für die GKV kompensieren.

Durch Verbesserungen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2016 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Millionen Euro jährlich.

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

Durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d SGB V können den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen.

Bei voller Jahreswirkung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte jährliche Mehrausgaben zwischen 250 und 300 Millionen Euro, denen mittel- und langfristig erhebliche nicht bezifferbare Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen.

4) Gesetzliche Rentenversicherung

Der Deutschen Rentenversicherung Bund entstehen jährlich anfallende Mehrausgaben dadurch, dass die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt wird. Die Höhe der Mehrausgaben abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

5) Gesetzliche Unfallversicherung

Der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau entstehen jährlich anfallende Mehrausgaben, dadurch, dass die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt wird. Die Höhe der Mehrausgaben ist abhängig von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und kann daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

6) Soziale Pflegeversicherung

Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch die Informationspflicht nach § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes zusätzlicher Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung abhängt.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die vom G-BA festzulegende Neugestaltung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V und § 26 Absatz 1 SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Örtlichen Unternehmensorganisationen kann durch die Mitwirkung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen nach § 20b Absatz 3 SGB V ein geringfügiger nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

Der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. entsteht durch die Beauftragung mit der Durchführung eines in der Regel einmal jährlich stattfindenden Präventionsforums nach § 20e Absatz 2 SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der anhand der konkreten Festlegungen in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu bemessen sein wird und daher noch nicht beziffert werden kann.

Kindertageseinrichtungen entsteht im Rahmen des § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes ein Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung abhängt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 SGB V entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern sowie der Bundesagentur für Arbeit ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen. Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entsteht darüber hinaus auch den Ländern, den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen entsteht durch die Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan beziehungsweise im Falle der gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der bestehenden Ansätze der Unfallversicherung Bund und Bahn ausgeglichen.

Durch die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 SGB V entsteht den Kommunalen Spitzenverbänden und den repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht durch die Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein zusätzlicher Personalaufwand. Näheres wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 abgestimmt.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 20 Absatz 2 SGB V und § 20a Absatz 3 und 4 SGB V sowie § 20b Absatz 4 SGB V entstehen.

Die Änderung des neuen § 20i SGB V führt zu einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in nicht bestimmbarer Höhe.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgabe nach § 5 Absatz 3 Satz 2 SGB XI entstehen.

Den Krankenkassen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen entsteht jährlich ein erhöhter nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anhebung des Ausgabenrichtwerts nach § 20 Absatz 6 SGB V, den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V und die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zur Gewährung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht zudem durch den Abschluss von Verträgen nach §§ 132e und 132f SGB V mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

Den Pflegekassen entsteht jährlich ein erhöhter nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Absatz 3 SGB XI.

Ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand kann dem G-BA für eine mögliche Erprobung der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung entstehen.

F. Weitere Kosten

Im Falle einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V entstehen der Gesamtheit der Unternehmen der privaten Krankenversicherung jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 18 Millionen Euro und der Gesamtheit der Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 2,7 Millionen Euro.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

(Präventionsgesetz – PräVG)

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 Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 BGBl. I S. 1346) 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. Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt:

„§ 2b

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

3. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ eingefügt.
4. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, 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 nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

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,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln und
7. gesund älter werden.

Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, 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 Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und

3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

5. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

„§ 20a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.

(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität

der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit 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 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und 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.“

6. Der bisherige § 20a wird § 20b und in Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Betrieb" die Wörter "sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit" eingefügt.
7. Der bisherige § 20b wird § 20c und Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst
"Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“
8. Nach dem neuen § 20c werden die folgenden §§ 20d bis 20g eingefügt:

„§ 20d

Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,

2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

(4) Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum.... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.

§ 20e

Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. eben-

falls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

§ 20f

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,

4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.

§ 20g

Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

(2) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten."

9. Der bisherige § 20c wird zu § 20h.
10. Der bisherige § 20d wird zu § 20i und wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 5 wird aufgehoben.
 - bb) Im neuen Satz 6 werden die Wörter „nach den Sätzen 5 bis 7“ und die Wörter „termin- oder“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
 - c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sollen vereinfachte Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden.“
11. § 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.
12. In § 24d Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.
13. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten“.

14. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“

- 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 verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 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.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er

eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend."

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 zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.“

15. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 26

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. 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 Keimzahl-senkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3.“

16. § 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 verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

(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 einen Bonus erhalten.“

17. In § 130a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 20d Absatz 1“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 1“ ersetzt.

18. § 132e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „geeigneten Ärzten“ die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ eingefügt und wird die Angabe „§ 20d Abs. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt auch für Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.“

cc) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 20d Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

19. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:

„§ 132f

Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“

20. In § 140f Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 91“ die Wörter „und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1“ eingefügt.
21. In § 300 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d “ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere 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 Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 20 Absatz 5 wird folgender Satz vorangestellt:

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.“

2. Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel aus dem Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.“

3. § 20b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachten Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.“

- b) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

(3) „Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 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. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach den Absätzen 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4".

Artikel 3

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 31 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.“

Artikel 4

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 14 Absatz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I, S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Arbeitsschutzgesetzes“ die Wörter „und der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. August 2013 (BGBl. I S. 3464) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 16 Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „eingehen“ ein Komma und werden die Wörter „die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken“ eingefügt.
2. In § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „in der Einrichtung unterstützt wird“ durch die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt gefasst:

„§ 5

Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

2. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.“

b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Feststellungen“ die Wörter „zur Prävention und“ eingefügt und wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt.

3. In § 18a Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt und werden nach dem Wort „Maßnahme“ die Wörter „zur Prävention oder“ eingefügt.

4. In § 45 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „mindern“ die Wörter „und ihrer Entstehung vorzubeugen“ eingefügt.

5. Nach § 113a Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen.“

Artikel 7

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 5 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden folgende Sätze angefügt:

„Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

Artikel 8

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

In § 34 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird nach Absatz 10 folgender Absatz 10a eingefügt:

„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Das Landesrecht bestimmt das Nähere, welchen Inhalt der Nachweis haben muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Werden nach Satz 1 und 2 auch Informationen zum Impfstatus erhoben, kann das Gesundheitsamt anordnen, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Artikel 9

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 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) 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 „Erfassung von gesundheitlichen Risiken“ eingefügt.

c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „2a“ durch die Angabe „2b“ ersetzt.

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

„(2c) Für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten der Dritte und der Zehnte Abschnitt des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass § 20 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit dort die Aufwendung von mindestens 2 Euro für jeden der Versicherten für Leistungen nach § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, § 20b Absatz 4 und § 65a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden sind.“

Artikel 10

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

§ 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe“ durch die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach den §§ 20b und 20c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leis-

tungen zur Förderung der Selbsthilfe“, und die Wörter „§§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3“ durch die Wörter „§§ 20h und 20i Absatz 1 und 3“ ersetzt.

2. In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „§ 20d Abs. 2“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 11

Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung

In § 4 Nummer 1 der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung vom 22. Mai 2014 (BGBl. I S. 586) wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

Artikel 12

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 und 7 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Gesundheit ist die Grundlage für die Entfaltungsmöglichkeiten jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers und ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens. In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung. Gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen richten sich an das Verhalten des Einzelnen ebenso wie an die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes. Sie tragen dazu bei, dass gerade lebensstilbedingte Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, die Menschen gesund aufwachsen und gesund älter werden und ihre Lebensqualität steigt.

Je früher im Lebensverlauf Gesundheitsförderung und Prävention begonnen werden, desto eher können Risikofaktoren wie mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und chronische Stressbelastungen beeinflusst und desto eher kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer und psychischer Krankheiten gesenkt werden. Es ist deshalb besonders wichtig, auch die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, um ein gesundes Aufwachsen schon in der frühen Kindheit aktiv zu befördern und über die verschiedenen Lebensphasen hinweg zu unterstützen. Damit wird auch ein wichtiges Anliegen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen.

Die Bundesregierung hat im Februar 2012 die "Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik" verabschiedet. Sie stellt die aktuellen Herausforderungen und Schwerpunkte in der Drogen- und Suchtpolitik auf eine moderne Grundlage und versteht sich als eigenständige und ergänzende Säule zum Präventionsgesetz. Im Vordergrund der Nationalen Strategie steht die gesundheitliche Prävention als Gemeinschaftsaufgabe für vermeidbare Gesundheitsrisiken durch den legalen und illegalen Suchtmittelkonsum. Übereinstimmend mit den Zielen im Bereich Alkoholkonsum und -missbrauch der Nationalen Strategie und um dem Risikofaktor des übermäßigen Alkoholkonsums Rechnung zu tragen, hat der Kooperationsverbund "*gesundheitsziele.de*" unter Beteiligung aller relevanten Gruppen 2014 mit der Formulierung des Ziels „Alkoholkonsum reduzieren“ begonnen.

Zudem hat die Bundesregierung bereits 2008 den nationalen Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten beschlossen. In diesem Rahmen sind zahlreiche qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen entwickelt und erfolgreiche Maßnahmen und Projekte durchgeführt worden. Diese sollten im Rahmen der Umsetzung dieses Gesetzes berücksichtigt werden.

Bereits heute fördern die Krankenkassen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in erheblichem Umfang. Sie bieten ihren Versicherten unter anderem Leistungen zur primären Prävention an und unterstützen die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Leistungen der Krankenkassen entsprechen jedoch bislang keinem einheitlichen Qualitätsstandard. Eine nachhaltige Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Krankenkassen erfordert allerdings eine Konzentration auf ausschließlich qualitätsgesicherte und wirksame Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus erreichen die Krankenkassen mit ihren Angeboten derzeit nicht immer diejenigen Versicherten, die den größten gesundheitlichen Nutzen von den Leistungen zur Prävention hätten. Mit dem Gesetz soll daher die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Kindertageseinrichtungen, der Schule, dem Betrieb oder den Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Damit wird – unabhängig vom sozialen Status der Versicherten – ein niederschwelliger Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten ermöglicht.

Angesichts der kompetenzrechtlich begründeten föderalen Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention bedarf es darüber hinaus einer verbesserten Kooperation und Koordination aller für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Unter Beibehaltung der bestehenden Finanzierungsverantwortlichkeiten und unter Einbeziehung der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung sowie der Beteiligung der privaten Krankenversicherungen und der privaten Pflege-Pflichtversicherungen sollen der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten vorangebracht werden. Dabei werden die spezifischen Aufgaben und Versicherungsrisiken der jeweiligen Sozialversicherungsträger innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung berücksichtigt. Eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt findet nicht statt.

Gesundheitliche Risiken und Belastungen können bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung vorliegen. Die bislang vorrangig krankheitsorientierten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen nach §§ 25 Absatz 1 und 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) greifen daher zu kurz und bedürfen der Weiterentwicklung hin zu einer primärpräventionsorientierten Gesundheitsuntersuchung.

Darüber hinaus stellt die demografische Entwicklung auch die Unternehmen vor neue Herausforderungen. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen die Betriebe eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur entwickeln, die alle Altersgruppen einbezieht, und Arbeitsplätze so gestalten, dass sie den Bedürfnissen älter werdender Belegschaften entsprechen. Die veränderten komplexen Arbeitsbedingungen in einer modernen Dienstleistungsgesellschaft mit steigenden Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen erfordern bedarfsgerechte und wirksame betriebliche Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsschutzes bei der Arbeit sind sie eng mit den Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu verknüpfen. Diese Anforderungen stellen insbesondere Kleinunternehmen sowie kleine und mittlere Unternehmen vor Herausforderungen. Hier ist – anders als in Großunternehmen – die betriebliche Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend verbreitet.

Nicht zuletzt ist es erforderlich, geschlechtsspezifische Aspekte bei den Leistungen der Krankenkassen zur gesundheitlichen Versorgung, der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen. Dies ist notwendig, weil erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeleistungen sowie hinsichtlich der Faktoren, die Krankheit und Gesundheit beeinflussen, bestehen.

Ziel dieses Gesetzes ist es daher, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, die Wirksamkeit und Qualität von Präventionsmaßnahmen sicherzustellen, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Dieser Gesetzentwurf setzt folgende Schwerpunkte:

1. Verbesserung der Kooperation der Träger von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten

Die Bedingungen der alltäglichen Lebenszusammenhänge haben einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Lebensstil. Sie prägen gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Deshalb bedarf es ergänzend zu den Angeboten, die auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen ausgerichtet sind, verstärkter Aktivitäten und Maßnahmen, die ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen und die die Menschen dort erreichen, wo sie sich überwiegend aufhalten. In dem durch seine föderale Vielfalt geprägten deutschen Gesundheitssystem betreiben die unterschiedlichsten Akteure mit ihren jeweiligen spezifischen Verantwortlichkeiten Gesundheitsförderung und Prävention wie der Öffentliche Gesundheitsdienst, Haus- und Fachärzte, Vereine und Initiativen sowie die Träger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung.

Das Präventionsgesetz unterstützt die zielorientierte Bündelung der vielfältigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes enthält das Präventionsgesetz Vorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherungen unter Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Mit dem Gesetz werden sie im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie und einer Nationalen Präventionskonferenz zur zielorientierten Zusammenarbeit untereinander und mit dem Bund, den Ländern und den Kommunen verpflichtet. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen werden bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen und erhalten in der Präventionskonferenz ein Mitberatungsrecht.

Die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen wird über die Verpflichtung zur Vereinbarung von Landesrahmenvereinbarungen sichergestellt.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Träger der sozialen Pflegeversicherung werden entsprechend ihrer bestehenden spezifischen gesetzlichen Präventionsaufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in die nationale Präventionsstrategie verpflichtend eingebunden. Der Präventionsauftrag der Träger der sozialen Pflegeversicherung wird um die Verpflichtung zur Erbringung von primärpräventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen erweitert. Die Aufgabe der Krankenkassen, ambulante Pflegeeinrichtungen in die Erbringung gesundheitsfördernder Angebote einzubeziehen, bleibt weiterhin bestehen. Auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden in die nationale Präventionsstrategie eingebunden, sofern sie sich mit einem angemessenen finanziellen Beitrag beteiligen. Die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden an den Kooperationsprozessen beteiligt.

Ziel ist die Schaffung einer Struktur für eine dauerhafte, verbindliche und zielorientierte Kooperation der Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung weiterer verantwortlicher Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Hierfür wird es zwei Handlungsebenen geben:

- Auf Bundesebene werden durch eine Nationale Präventionskonferenz in bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen insbesondere gemeinsam zu verfolgende Ziele sowie vorrangig zu verfolgende Handlungsfelder und Zielgruppen festgelegt. Ein regelmäßiger Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention dient der Dokumentation und der Evaluation der Instrumente. Er verschafft den Akteuren eine Grundlage für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele sowie der Kooperation und Koordination.
- Auf Landesebene schließen die Sozialversicherungsträger zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen Vereinbarungen.

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

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

Darüber hinaus unterstützt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen bei der Erbringung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Damit sollen insbesondere Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen erreicht werden. Hierfür erhält sie vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Vergütung, die mindestens einem Viertel des für die Krankenkassen verbindlichen Mindestbetrags für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten entspricht. Mit der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden Einzelmaßnahmen der Krankenkassen gebündelt, um Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen effektiver erreichen zu können. Hiervon sollen insbesondere sozial benachteiligte Gruppen profitieren.

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 bisherige Altersgrenze für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter nach dem SGB V auf die Vollendung des 18. Lebensjahres angehoben wird. Primärpräventive Beratungselemente werden zum verbindlichen Inhalt der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. 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 sich altersentsprechend an die Eltern (insbesondere Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter) oder an die Kinder oder Jugendlichen selbst richten können. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein und stellt für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar. Eltern sollen darüber hinaus ausführlicher als bisher und vorausschauender zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung des Kindes sowie zum Schutz vor gesundheitschädlichen Belastungen und Risiken beraten werden. Familien und Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf sollen auch auf regionale Unterstützungs- und Beratungsange-

bote für Eltern und Kind wie auf Angebote der Frühen Hilfen hingewiesen werden. Damit wird eine frühzeitige Intervention in sozial schwer belasteten Familien durch passgenaue Angebote zur Prävention im medizinischen und sozialen Bereich unterstützt.

4. Primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung

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

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

5. Qualitätsgesicherte Präventionsangebote der Krankenkassen - Bonifizierungen

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

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

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

Für diese Versicherten wird die Möglichkeit verbessert, neben wohnortnahen Angeboten, die grundsätzlich eine mehrwöchige regelmäßige Teilnahme erfordern, auch Angebote in kompakter Form wohnortfern wahrnehmen zu können, indem auch sie künftig - wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - einen Zuschuss zu den übrigen Kosten erhalten können, die ihnen im Zusammenhang mit

dieser Leistung entstehen. Die Obergrenze des Zuschusses wird erhöht. Versicherte, die ambulante Vorsorgeleistungen oder primärpräventive Leistungen wohnortfern erhalten, können zusätzlich zu diesen Leistungen einen täglichen Zuschuss von bis zu 16 Euro (bisher 13 Euro) und chronisch kranke Kleinkinder bis zu 25 Euro (bisher 21 Euro) bekommen.

7. Verbesserung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung

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

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

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

Die Möglichkeit der Krankenkassen, Boni für Arbeitgeber und an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmende Versicherte zu leisten, wird verbindlicher gestaltet.

8. Förderung des Impfwesens

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten Maßnahmen der primären Prävention von Infektionskrankheiten. Die Überprüfung und Beratung in Bezug auf den Impfstatus wird als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene und der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche konkretisiert. Das Zustandekommen und die Umsetzung von Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenkassen sollen durch eine einfache Kostenabrechnung gefördert werden. Um eine höhere Beteiligung an den von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen auch bereits bei Kindern, die in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, zu erreichen, wird der Nachweis einer vorherigen ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz vorgesehen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG), für die infektionsschutzrechtlichen Regelungen nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur freiwilligen finanziellen Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen an der Nationa-

len Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V stützt sich auf Artikel 74 Absatz 11 des GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des GG. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, bundesweit tätig sind und eine Segmentierung der finanziellen Beteiligung der Unternehmen nach unterschiedlichem Landesrecht daher wirtschaftlich nicht sinnvoll durchzuführen wäre.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Artikel 5 folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet erforderlich, weil anderenfalls erhebliche regionale Unterschiede bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Familienbildung und von gesundheitsförderlichen Strukturen in Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, konkret zu befürchten sind.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Mit der Einführung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Zertifizierungsverfahrens nach § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V und § 20b Absatz 1 Satz 2 SGB V entfallen die bislang erfolgenden Mehrfachprüfungen der Vereinbarkeit von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im so genannten "Leitfaden Prävention" festgelegten Qualitätskriterien. Damit wird das Verfahren der Entscheidungsfindung der Krankenkassen über die Förderung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V und von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Absatz 1 SGB V erheblich vereinfacht. Darüber hinaus erleichtert die vorgesehene Zertifizierung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Anwendung der Steuerfreibetragsregelung des § 3 Nummer 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG). Zertifizierte Präventionsangebote genügen hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen des neuen § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V und erfüllen folglich die qualitativen Anforderungen des Steuerfreibetrags nach § 3 Nummer 34 EStG, so dass insoweit die bislang erforderliche Einzelfallprüfung durch die Finanzämter entfällt. Zudem trägt die ärztliche oder betriebsärztliche Präventionsempfehlung zur Vereinfachung der notwendigen Bedarfsprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkassen bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Effektive Gesundheitsförderung und Prävention stellen – gerade auch im Kontext des demografischen Wandels – wichtige Bausteine dar, um ein langes, gesundes Leben zu führen und chronische Krankheiten zu vermeiden. Indem die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in Lebenswelten gestärkt, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden, zielt der Gesetzentwurf darauf ab, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu reduzieren und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demografischen Wandel vorzunehmen (Managementregeln 4 und 9 der Nationalen Nachhaltig-

keitsstrategie). Der Gesetzentwurf trägt damit zugleich den Nachhaltigkeitsindikatoren Nummer 14 Buchstaben a bis e der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung.

3. Demografische Auswirkungen

In Anbetracht der mit der demografischen Entwicklung einhergehenden steigenden Lebenserwartung bei konstant niedriger Geburtenrate sind Gesundheitsförderung und Prävention von entscheidender gesundheits- und gesellschaftspolitischer Bedeutung. Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen und chronische Krankheiten, infolge derer sich die Gefahr von Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit erhöht. Indem effektive und zielgerichtete Präventionsmaßnahmen mittel- und langfristig zu Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten führen, leisten sie einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Darüber hinaus sind Gesundheitsförderung und Prävention zentrale Instrumente, um angesichts der rückläufigen Zahl der erwerbsfähiger Menschen und des steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stärken und damit zum Erhalt der Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe beizutragen.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund

Für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen entstehen ab 2016 Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Millionen Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, so dass sich netto keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden.

b) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

c) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Gesundheitsförderung und Prävention sind für den Einzelnen und für die Gesellschaft von Nutzen. Wirksame präventive Maßnahmen stärken Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Menschen, indem sie das Entstehen von Krankheiten verhindern oder diese in einem so frühen Stadium entdecken, dass sie effektiv 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 aufgrund von Krankheitsvermeidung oder aufgrund der Verhinderung einer Chronifizierung mit der Folge kostengünstigerer Behandlungsmöglichkeiten.

Gemäß § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird der Richtwert für Leistungen zur primären Prävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ab dem Jahr 2016 auf sieben Euro je Versicherten und Jahr angehoben. Der Richtwert ist in Anlehnung an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße (§ 20 Absatz 6 Satz 3 SGB V) regelmäßig anzupassen. Darüber hinaus werden die Kran-

krankenkassen verpflichtet, ab dem Jahr 2016 einen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden. Auch für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr eingeführt (§ 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V). Mindestens ein Viertel des letztgenannten Betrages erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von den Krankenkassen, in deren Auftrag sie diese bei der Erbringung kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen – unterstützen soll.

Es ist davon auszugehen, dass die Regelung des § 20 Absatz 6 SGB V zu einer Ausgabenerhöhung bei jenen Krankenkassen führt, deren aktuelle Ausgaben den vorgesehenen Richtwert oder die vorgesehenen Mindestbeträge für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten. Diese jährlichen Mehrausgaben können sich auf Basis der Ausgaben des Jahres 2013 auf insgesamt rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016 belaufen und verändern sich in den Folgejahren gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und der Entwicklung der Zahl der Versicherten. Dem stehen mittel- bis langfristig Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber. Die Krankenkassen können mit zielgerichteten primärpräventiven Leistungen insbesondere auf eine Änderung der Lebensweise ihrer Versicherten hinwirken und damit positiven Einfluss auf wesentliche Risikofaktoren nehmen, die für bedeutende Volkskrankheiten von Relevanz sind. Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt zudem, dass etwa Maßnahmen zur 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 (vgl. iga.Report 13 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention“, www.iga-info.de).

Durch Verbesserungen der Krankenkassen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2016 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Millionen Euro jährlich.

Durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d SGB V können den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Fortentwicklung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V 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 SGB V 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 durchgängig über die Einführung von Untersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von achtzehn Jahren unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zu entscheiden. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U- oder J-Untersuchung ist von zusätzlichen jährlichen Ausgaben für die Krankenkassen jeweils im niedrigen einstelligen Millionenbereich auszugehen. Hierbei ist berücksichtigt, dass rund drei Viertel der Krankenkassen ihren Versicherten derzeit bereits auf freiwilliger Basis solche Untersuchungen anbieten und deshalb Mehraufwendungen nur bei einigen Krankenkassen zu erwarten sind. Es ist zu erwarten, dass der G-BA zwischen einer und drei neuen Kinder- und Jugenduntersuchungen einführen wird. Daraus ergeben sich jährliche Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 5 bis 15 Millionen Euro ab Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die frühzeitige Vermeidung oder Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch die Ausgestaltung der Regelung zu Bonuszahlungen der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V als „Soll-Regelung“ können jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen der §§ 132e und 132f SGB V hängen von der Anzahl der Krankenkassen oder ihrer Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V schließen. Dem stehen mögliche Minderausgaben der GKV gegenüber, soweit die Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen an die Stelle bereits jetzt von der GKV finanzierter, von anderen Leistungserbringern vertragsärztlich erbrachter Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen treten. Insgesamt dürften sich die möglichen Minder- und Mehrausgaben für die GKV kompensieren.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V, 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.

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

Bei voller Jahreswirkung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte jährliche Mehrausgaben zwischen 250 und 300 Millionen Euro, den mittel- und langfristig erhebliche nicht bezifferbare Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen.

d) Gesetzliche Rentenversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Rentenversicherung Bund jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

e) Gesetzliche Unfallversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

f) Soziale Pflegeversicherung

Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

5. Erfüllungsaufwand

a) Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch die Informationspflicht nach § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes zusätzlicher Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung des erforderlichen Nachweises abhängt. Grundsätzlich ist die Nutzung vorhandener Dokumente wie dem Impfausweis möglich. Soweit eine fehlende ärztliche Beratung dem Zweck der Vorschrift entsprechend nachgeholt werden muss, kann hierfür grundsätzlich die kostenlose Vorsorgeuntersuchung genutzt werden im Rahmen der Vorgaben des G-BA. In einigen Ländern bestehen bereits über die neue bundesrechtliche Regelung hinausgehende Bestimmungen.

b) Erfüllungsaufwand für die 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 SGB V 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 im Handlungsfeld Bewegung empfohlen").

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die zeitliche Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms ein Erfüllungsaufwand, wenn der G-BA die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Kinderuntersuchungen beschließt. Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, da es dem G-BA obliegt, zu entscheiden, ob eine Untersuchung ein-

geführt 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 § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V 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.

Der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. entsteht durch die Beauftragung mit der Durchführung eines in der Regel einmal jährlich stattfindenden Präventionsforums nach § 20e Absatz 2 SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der anhand der konkreten Festlegungen in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu bemessen sein wird und daher noch nicht beziffert werden kann.

Kindertageseinrichtungen entsteht im Rahmen des § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung des Nachweises und gegebenenfalls der Vorhaltung von Daten abhängt. In einigen Ländern bestehen bereits über die neue bundesrechtliche Regelung hinausgehende Bestimmungen.

c) Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die verpflichtende Berücksichtigung der ärztlichen Präventionsempfehlungen nach § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V verringert sich der heute bei den Krankenkassen bestehende Erfüllungsaufwand bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention. Die ärztliche Präventionsempfehlung vereinfacht die in diesen Fällen notwendige Bedarfsprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkassen.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Festlegung der Kriterien nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V 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 für Leistungen zur primären Prävention im so genannten "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 SGB V, eine Übersicht der zertifizierten Leistungen 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 Bund der Krankenkassen durch eine Verlinkung mit den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen über die kassenindividuellen Angebote informiert.

Die Anhebung des Ausgabenrichtwerts, insbesondere die Festlegung eines Ausgaben-Mindestwerts für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

nach § 20a SGB V und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V 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, die Krankenkassen bei der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten zu unterstützen, kann einen geringfügigen Erfüllungsaufwand des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach sich ziehen, da er das Nähere des Auftrags – insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität sowie zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der durchzuführenden Leistungen – im Rahmen einer Vereinbarung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu regeln hat (§ 20a Absatz 4 Satz 1 SGB V).

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 § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V 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 6 Satz 2 SGB V 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 (§ 20b Absatz 4 Satz 2 SGB V). 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 SGB V).

Ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht den Krankenkassen zudem durch den Abschluss von Verträgen nach §§ 132e und 132f SGB V mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 SGB V entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern sowie der Bundesagentur für Arbeit ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen. Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entsteht darüber hinaus auch den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Ländern ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V entsteht den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finan-

ziell im jeweiligen Einzelplan beziehungsweise im Falle der gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der bestehenden Ansätze der Unfallversicherung Bund und Bahn ausgeglichen.

Durch die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 SGB V entsteht den Kommunalen Spitzenverbänden und den repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitsgeber und Arbeitnehmer ein nur unerheblicher Erfüllungsaufwand.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht durch die Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Für die Geschäftsführung, die auch die Vorbereitung des von der Nationalen Präventionskonferenz zu erstellenden Berichts umfasst, wird mit einem personellen Mehrbedarf bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gerechnet. . Näheres wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 abgestimmt.

Die Änderung des neuen § 20i SGB V führt zu einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in nicht bestimmbarer Höhe, indem in den Rahmenvereinbarungen einfache Möglichkeiten für die Abrechnung der Sachkostenerstattung für Schutzimpfungen, die der öffentliche Gesundheitsdienst vorgenommen hat, vorgesehen werden sollen.

Des Weiteren ist ein geringfügiger Erfüllungsaufwand der Pflegekassen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Absatz 3 SGB XI möglich. Der Erfüllungsaufwand ist allerdings nicht bezifferbar, da dieser insbesondere von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Ein Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgabe nach § 5 Absatz 3 Satz 2 SGB XI entstehen. Auch dieser Erfüllungsaufwand ist jedoch nicht bezifferbar, da keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob und wie viele Pflegekassen den gesetzlich vorgesehenen Richtwert für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen unterschreiten und wie viele Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.

Falls der G-BA eine Erprobung der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 3 SGB V für erforderlich halten sollte, kann hierdurch ein geringer, nicht quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits nach § 137e SGB V die Möglichkeit der Erprobung von Früherkennungsmethoden. Falls er diese mit der Erprobung der organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 3 SGB V verbindet, entsteht nur ein geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die Erprobung bietet dem G-BA eine wichtige Möglichkeit, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsuntersuchung zu verbessern. Auch aus wirtschaftlichen Gründen kann eine Erprobung sinnvoll sein, um die derzeit für die Gesundheitsuntersuchung aufgebrauchten Mittel von rund 330 Millionen Euro im Jahr 2013 möglichst nutzbringend und effizient zu verwenden.

6. Weitere Kosten

Im Fall einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an den Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V entstehen der Gesamtheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 18 Millionen Euro und der Gesamtheit der Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 2,7 Millionen Euro.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

7. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Der Gesetzentwurf dient dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit in der Prävention und Krankenbehandlung. Hierzu wird mit dem neuen § 2b SGB V bestimmt, dass geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei allen Leistungen der Krankenkassen Rechnung zu tragen ist. Soweit es insbesondere die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a und 20b SGB V betrifft, stellt § 20 Absatz 1 Satz 1 SGB V klar, dass im Rahmen der anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen sind.

8. Befristung; Evaluation

Eine Befristung des Gesetzes scheidet grundsätzlich aus, da die Regelungen als Dauerregelungen angelegt sind, bis der Gesetzgeber eine Änderung für angezeigt hält.

Der von der Nationalen Präventionskonferenz zu erstellende Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 SGB V dient der Erfolgskontrolle und Evaluation der vorgesehenen Regelungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Diese Vorschrift betont als Einweisungsvorschrift des SGB V 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 GKV 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 GKV ausdrücklich als Bestandteil deren Kernaufgaben genannt.

Zu Nummer 2 (§ 2b)

Mit dem neuen § 2b wird ausdrücklich bestimmt, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und aus der Etablierung entsprechender medizinischer Behandlungsleitlinien ergeben. Dies bedeutet, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten insbesondere bei der Prävention und der Krankenbehandlung zu beachten sind.

Zu Nummer 3 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 14.

Zu Nummer 4 (§ 20)

Zu Absatz 1

Satz 1 verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen ausnahmslos, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung vorzusehen, und enthält eine Legaldefinition der Begriffe primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus beschreibt Satz 1 entsprechend des bisher geltenden Rechts das allgemein mit Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung verfolgte Ziel. Im Rahmen der anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten sind auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Weil auch bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zur tragen ist (§ 2a SGB V), soll auf eine barrierefreie Leistungserbringung hingewirkt werden. Im Übrigen ist § 17 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zu beachten. Im Hinblick auf das Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gehören Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, zu einer der vordringlich mit Präventionsleistungen zu erreichenden Zielgruppe. Sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen können auch in der Herkunft begründet sein. Deshalb ist auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten eine der Zielgruppen, die mit Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen sind. Die in der Satzung vorzusehenden Leistungen müssen den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 festzulegenden Handlungsfeldern und Kriterien genügen (Satz 2). In der Gestaltung der Leistungen sind die Krankenkassen innerhalb des ihnen insbesondere nach §§ 20 bis 20b eingeräumten Ermessensspielraums frei. Die Krankenkasse darf nur solche Leistungen anbieten, die den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absätze 2 festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen. Die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung bei allen Versicherten ist primäres Ziel. Jeder Einzelne trägt Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens. Diese Eigenverantwortung gilt es zu stärken.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift 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 im Rahmen der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unabhängiger, insbesondere gesundheitswissenschaftlicher, ärztlicher, arbeitsmedizinischer, pflegerischer, erziehungs-, sozial-, ernährungs-, sport- und suchtwissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen ist. Um den besonderen Belangen der Menschen mit Behinderung Rechnung tragen zu können, ist auch deren Sachverstand einzubeziehen. 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 Wirksamkeit der Leistungen. Die Festlegung einheitlicher Kriterien soll insbesondere sicherstellen, dass jenseits der Wettbewerbsinteressen der einzelnen Kassen ein objektiver Leistungsbedarf zu Grunde gelegt wird. Hierbei soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch bewährte Angebote und Programme einbeziehen wie sie etwa im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten - IN FORM - entwickelt wurden. Die verbindliche Festlegung von Kriterien für eine 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 verhaltensbezogenen Prävention soll sicherstellen, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Qualitätskriterien eingehalten und insbesondere Mehrfachprüfungen der Qualität von Leistungen 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 und zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Es ist zweckmäßig, wenn auch die einzelne Krankenkasse die von ihr angebotenen zertifizierten Leistungen auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Damit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seine Aufgaben wahrnehmen kann, ist er auf Informationen der Krankenkassen angewiesen. Satz 4 bestimmt deshalb eine diesbezügliche Informationspflicht der Krankenkassen. Schließlich werden die Krankenkassen verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die notwendigen, nicht versichertenbezogenen, Auskünfte zu übermitteln, die dieser zur Erarbeitung des Präventionsberichts nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 benötigt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 Satz 1 bestimmte Gesundheitsziele zu berücksichtigen, soweit sie für die Gesundheitsförderung und Primärprävention Bedeutung haben. Bei den Gesundheitszielen nach Satz 1 handelt es sich um die vom Kooperationsverbund "*gesundheitsziele.de*" unter Beteiligung aller relevanten Gruppen vereinbarten Ziele. Die in Satz 4 vorgegebene Verpflichtung zur Berücksichtigung auch der von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele trägt zur weiteren Verzahnung des Arbeits- und des Gesundheitsschutzes in der Lebenswelt Arbeit bei. Die Orientierung an gemeinsamen Zielen ermöglicht eine Vergleichbarkeit von Prozessen und schafft auch den Krankenkassen eine bessere Grundlage für die Auswahl einheitlicher Handlungsfelder.

Zu Absatz 4

Satz 1 beschreibt die drei Arten von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung und stellt entsprechend der sich in der Praxis bewährten Interventionsansätze klar, dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (so genannte Settingleistungen), in denen sie sich überwiegend aufhalten, beziehen können. Mit den Leistungen sollen auch Menschen mit Behinderung erreicht werden, beispielsweise mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen. Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten müssen sich, wie andere Leistungen auch, an die in der GKV Versicherten richten.

Zu Absatz 5

Die Regelung des Satzes 1 bestimmt einen besonderen Zugangsweg für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Eine im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 oder § 26 oder einer arbeitsmedizinischen Vorsorge 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 oh-

ne Vorlage einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention erbracht werden, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.

Die Regelung des Satzes 2 berücksichtigt Menschen wie Beschäftigte im Schichtdienst und pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer individuellen beruflichen oder familiären Umstände nur schwer oder gar nicht an Präventionskursen der Krankenkassen teilnehmen können, weil diese in der Regel in einem wöchentlichen Rhythmus stattfinden. Sofern Krankenkassen aufgrund der besonderen Umstände im Einzelfall Leistungen in zeitlich komprimierter Form wohnortfern erbringen, etwa in staatlich anerkannten Kurorten, können die Krankenkassen durch den Verweis auf § 23 Absatz 2 Satz 2 zusätzlich zu den Kosten der Präventionsmaßnahme einen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten von bis zu 16 Euro leisten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nach § 25 Absatz 4 Satz 4 und § 26 Absatz 2 Satz 2 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

Zu Absatz 6

Der bisherige Wert für Ausgaben, den die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Absatz 1, §§ 20a bis 20c einhalten sollen (im Jahr 2014: 3,09 je Versicherten und Jahr), wird ab dem Jahr 2016 auf sieben 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. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, in denen wichtige Weichenstellungen für ein gesundheitsbewusstes Leben vorgenommen werden, etwa in Kindertagesstätten, Schulen und Betrieben. Die Ausgaben der Krankenkassen blieben jedoch auch 2013 mit durchschnittlich 0,42 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten und mit durchschnittlich 0,78 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung noch weit hinter dem finanziellen Engagement zurück, das für eine spürbare Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich ist. Satz 2 führt deshalb für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sowie für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung jeweils einen Mindestbetrag von zwei 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 Prävention in Lebenswelten profitieren können. Die Mindestbeträge liegen damit deutlich 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 Prävention in Lebenswelten gewährleistet.

Der Ausgabenrichtwert nach Satz 1 für das Jahr 2016 sowie die Ausgabenmindestbeträge nach Satz 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen (Satz 3).

Zu Nummer 5 (§ 20a)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschrift enthält in Satz 1 eine Legaldefinition der nichtbetrieblichen Lebenswelten. Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz sind besonders geeignet, das nach § 20 Absatz 1 Satz 1 zu verfolgende Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit

von Gesundheitschancen zu erreichen. Die Leistungen richten sich statt auf Individuen auf die Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann. Die Vorschrift hebt in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor. Eine besondere Bedeutung kommt Kindertagesstätten zu, da hier Kinder im Alter vom ersten Lebensjahr bis zum Schulalter erreicht werden können und gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Lebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können. Über die Lebenswelt Kita dürften zudem nicht nur die Kinder selbst, sondern auch deren Familien und auch Alleinerziehende erreicht werden. Die Gesundheitsförderung in der Familie wird auch durch Präventionsmaßnahmen in der Schule und insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt „Kommune/Stadtteil“ unterstützt. Außerhalb der betrieblichen Lebenswelt tragen für die Lebenswelt „Arbeit“ neben den Arbeitgebern auch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und die Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Arbeitsförderung (SGB III) Verantwortung. Gesundheitliche Einschränkungen können bei Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten des SGB II dazu führen, dass ihre berufliche Eingliederung besonders erschwert ist. Eine enge Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende bei der Erbringung von Leistungen soll dafür sorgen, dass durch die Erbringung von Leistungen dieses Vermittlungshemmnis beseitigt wird. Soweit es die Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung betrifft, sieht § 5 Absatz 1 Satz 1 des SGB XI eine spezielle Verpflichtung der Pflegekassen vor, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des SGB XI zu erbringen. Die Zuständigkeit der Krankenkassen für Leistungen in der Lebenswelt der ambulanten pflegerischen Versorgung bleibt davon unberührt. Satz 2 und Absatz 2 stellen klar, dass die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen. Darüber hinaus muss zur Sicherstellung der Wirksamkeit der Maßnahmen auch die Einbeziehung der Versicherten in die Planung und Entwicklung der Aktivitäten ("unter Beteiligung der Versicherten") gewährleistet sein. Die Regelungen berücksichtigen die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach erhobene Mittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen und tragen dem Umstand Rechnung, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der GKV sind. Aufgaben in der Lebenswelt „Arbeit“ nehmen die Krankenkassen nach den §§ 20b und 20c wahr, insbesondere als Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 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 3

Die Vorschrift sieht vor, dass die Krankenkassen ab 2016 bei der Erbringung von Leistungen in den Lebenswelten für in der GKV Versicherte verbindlich mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kooperieren. Damit werden die in § 20 Absatz 1 Satz 1

festgelegte Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen unterstützt und die Voraussetzungen verbessert, um auf so genannte vulnerable Gruppen eingehen zu können. Vor diesem Hintergrund soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen im Rahmen eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses unterstützen, indem sie insbesondere lebensweltbezogene Interventionsansätze und Materialien sowie adäquate Qualitätssicherungsverfahren konzipiert und deren Implementation unterstützt. Grundlage des Auftrags sind die in den Landesrahmenvereinbarungen getroffenen Festlegungen, insbesondere zu den mit den in den Ländern zuständigen Stellen vereinbarten gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern. Dies stellt sicher, dass die vorhandenen Programme und Maßnahmen der Länder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden. Satz 3 berücksichtigt, dass zur Ausführung des Auftrags eine Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit geeigneten Partnern erforderlich ist, insbesondere mit solchen, die bereits in Zusammenarbeit mit dem Bund oder den Krankenkassen erfolgreich Präventionsangebote entwickelt und durchgeführt haben, etwa im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Zu Absatz 4

Die Einzelheiten der Ausgestaltung des Auftrags nach Absatz 3 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 2015 geschlossen sein (Satz 1). Falls die Vereinbarung nicht bis zu diesem Datum zustande kommt, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Landesrahmenempfehlungen nach § 20f getroffenen Festlegungen 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 Absatz 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 dessen Ausführung 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.

Zu Nummer 6 (§ 20b)

Die Vorschrift stellt die Beteiligung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit als Berater in allen Fragen des Gesundheitsschutzes beziehungsweise der Arbeitssicherheit nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und sonstige Fachkräfte für Arbeitssicherheit ausdrücklich klar. 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 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Aufgaben-

wahrnehmung gemäß § 20 Absatz 3 Satz 4 auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Die Regelung des Satz 2 dient der engeren Verzahnung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und soll insbesondere sicherstellen, dass die Krankenkassen die Ergebnisse von vorliegenden Gefährdungsbeurteilungen bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation verbessern.

Zu Nummer 8

Zu § 20d

Die Regelung legt die Grundsätze der Entwicklung und der Durchführung der nationalen Präventionsstrategie fest.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält die Verpflichtung für die Krankenkassen gemeinsam mit den anderen Sozialversicherungsträgern, die aufgrund ihrer spezifischen Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung ebenfalls präventive Ziele verfolgen, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Hierzu bilden deren Spitzenverbände die Nationale Präventionskonferenz nach § 20e. Die Krankenkassen sowie die Pflegekassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung tragen mit den ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie bei. Die Leistungs- und Finanzverantwortung der jeweiligen Träger bleibt unberührt.

Zu Absatz 2

Wesentliches Element der nationalen Präventionsstrategie ist nach Nummer 1 die Entwicklung und die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen. Die nationale Präventionsstrategie umfasst ferner die in Nummer 2 geregelte Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in jeder Legislaturperiode.

Zu Absatz 3

Gegenstand der Rahmenempfehlungen ist insbesondere die Vereinbarung von übergeordneten einheitlichen gemeinsamen Zielen und die daraus abzuleitenden vorrangigen Handlungsfelder und Zielgruppen. Dabei sind bestehende, qualitätsgesicherte Angebote, Programme und Prozesse zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung von Schutzimpfungen trägt der Erkenntnis Rechnung, dass neben chronischen und psychischen Erkrankungen Infektionskrankheiten bei Bürgerinnen und Bürger weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Durch geeignete Präventionsmaßnahmen, vor allem durch Impfungen, können bestimmte Infektionskrankheiten verhindert und Krankheitsrisiken vermindert werden. Die Rahmenempfehlungen sollen durch die nach § 20f zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen operationalisiert werden. Die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind keine Träger von primärpräventiven Leistungen. Ihre Integrationsbemühungen sind jedoch auch von den Präventionsleistungen der Krankenkassen abhängig. Denn anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor. Darüber hinaus ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose deutlich erschwert. Damit die Belange der Zielgruppe insbeson-

dere der Langzeitarbeitslosen in der Präventionsstrategie Berücksichtigung finden, sind die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen. Zur besseren Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der Jugendhilfe werden zudem die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit den für die jeweiligen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Bundesministerien und den Ländern vereinbart.

Zu Absatz 4

Die nationale Präventionsstrategie umfasst ferner die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in jeder Legislaturperiode. Der Bericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation. Er verschafft den Akteuren eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele. So können mit dem Bericht auch Empfehlungen zur Anpassung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten Gesundheitsziele an aktuelle Erfordernisse oder zur Erarbeitung weiterer Ziele verbunden sein. Er wird vom Bundesministerium für Gesundheit mit einer Stellungnahme der Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorgelegt. Die Sätze 4 bis 6 stellen sicher, dass die Nationale Präventionskonferenz für den Bericht auf die notwendigen Informationen zurückgreifen kann. Mit dem am Robert Koch-Institut etablierten Gesundheitsmonitoring werden regelmäßig Daten zum Gesundheitsstatus, zu Gesundheitsrisiken und zum Gesundheitsverhalten über alle Altersgruppen der Bevölkerung erhoben. In den auf Basis dieser Daten veröffentlichten Gesundheitsberichten der Gesundheitsberichterstattung spielt das Thema der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken eine wichtige Rolle. Diese Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Institut können ergänzend zu den Informationen der Leistungsträger und der Länder einen wichtigen Beitrag für den Präventionsbericht und die Evaluation leisten.

Zu § 20e

Die Vorschrift beschreibt den verfahrensmäßigen Ordnungsrahmen für die Präventionsstrategie. Mit der Nationalen Präventionskonferenz wird die Präventionsstrategie institutionell abgesichert.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift normiert die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz und legt deren Mitglieder fest. Die Deutsche Rentenversicherung legt die Verteilung der ihr zustehenden Sitze auf Vertreter der Bundes- und Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung in eigener Zuständigkeit fest. Spitzenorganisationen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden über den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. an der Nationalen Präventionskonferenz mit einem Sitz beteiligt, sofern sie mit einem angemessenen finanziellen Beitrag, dessen Höhe sich nach den Sätzen 3 und 4 richtet, zur Umsetzung der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 beitragen. Für den Bund sollen in der Nationalen Präventionskonferenz die Bundesministerien vertreten sein, deren Zuständigkeit durch dieses Gesetz besonders berührt ist, wie die des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Die Länder erhalten insgesamt vier Sitze. Die beratende Mitwirkung der Bundesagentur für Arbeit unterstützt die weitere Verknüpfung von arbeitsmarktbezogenen Maßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen werden bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen. Sie erhalten in der Präventionskonferenz ein Mitberatungsrecht (§ 140f Absatz 2). Die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz wird im Wesentlichen durch § 20d Absatz 2 bis 4 bestimmt. Zur Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung gibt sich die Nationale Präventionskonferenz eine Geschäftsordnung. Bei der Aufgabenwahrnehmung kann sie sich auch von Dritten unterstützen lassen, etwa durch den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ im Rahmen der Fortschreibung

gemeinsamer Ziele. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ermöglicht die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz mit der Fachöffentlichkeit in einem als Fachkonferenz ausgestalteten Präventionsforum. Zu den maßgeblichen Organisationen und Verbände gehören auch die der Selbsthilfe und die Fachmigrantenorganisationen. Mit der Durchführung der Fachkonferenz soll die Nationale Präventionskonferenz die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. beauftragen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt. Diese enthält insbesondere auch Festlegungen zur Verteilung der Kosten der Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. und zur Bestimmung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Präventionsforums.

Zu § 20f

Die Vorschrift beschreibt das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d auf Landesebene.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die gemeinsam mit den weiteren genannten Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen zu schließen. Vorrangiges Ziel der Rahmenvereinbarungen ist die Sicherung einer nach gemeinsamen Zielen orientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten. Bestehende, bewährte Angebote, Programme und Prozesse sollen einbezogen werden. Satz 2 stellt klar, dass bei den beteiligten Sozialversicherungsträgern keinen neuen Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen begründet werden. Gegenstand der Rahmenvereinbarungen sind die spezifischen Präventionsaufgaben, die sich aus den für den jeweiligen Leistungsträger geltenden Leistungsgesetzen ergeben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt den Mindestinhalt der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene fest und stellt dabei klar, dass die regionalen Erfordernisse im Rahmen des Abstimmungsprozesses zu berücksichtigen sind. Insbesondere die Gesundheitsberichterstattungen der Länder und regionale Gesundheitsatlanten liefern relevante Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, etwa zur Altersstruktur, zu Risikofaktoren, zu Krankheiten und zur Sterblichkeit. Der gesetzlich festgelegte Mindestinhalt der Vereinbarungen soll das zielorientierte Zusammenwirken der Krankenkassen mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst unter Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen und Organisationen sichern. Als für die Mitwirkung relevante Einrichtungen und Organisationen kommen insbesondere solche in Betracht, die bereits erfolgreich in Kooperation mit den in den Ländern oder im Bund zuständigen Stellen Präventionsmaßnahmen durchgeführt haben. Auch an den Rahmenvereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu beteiligen. Dasselbe gilt mit Blick auf die Einbeziehung der kommunalen Belange, die über die Grundsicherung für Arbeitsuchende hinausreichen. Die jeweiligen kommunalen Belange werden durch die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene wahrgenommen. Den zu beteiligenden Institutionen steht es frei, ob sie den Rahmenvereinbarungen beitreten. Satz 4 der Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung.

Zu § 20g

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 sind die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände befugt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben durchzuführen. Diese sollen der Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 beschlossenen gemeinsamen Ziele dienen. Die Projekte können auch zusammen mit Dritten, insbesondere mit den zuständigen Stellen in den Ländern nach § 20f Absatz 1 durchgeführt werden oder etwa mit Organisationen, die bereits erfolgreich in Kooperation mit den in den Ländern oder im Bund zuständigen Stellen Präventionsmaßnahmen durchgeführt haben. Solche Kooperationsmodelle mit zuständigen Stellen in den Regionen bieten sich an, da die Vorhaben regelmäßig auf der Versorgungsebene zu erproben und in die örtlichen Strukturen einzubinden sind. Kooperationen für Modellprojekte kommen aber auch mit sonstigen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, wie Fachverbände oder Selbsthilfeorganisationen, in Betracht. Nach Satz 2 sollen die Modellprojekte die Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Bezug auf Qualität und Effizienz verbessern. Satz 3 bestimmt, dass die Modellprojekte auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen können.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt für die Modellvorhaben eine Regelhöchstdauer von fünf Jahren und regelt die Anforderungen, welche an die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gestellt werden, damit die Erreichung aussagekräftiger Ergebnisse gewährleistet ist.

Zu Nummer 9 (§ 20h)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 10 (§ 20i)

Zu Buchstabe a

zu Doppelbuchstaben aa und bb

Streichungen zur Rechtsbereinigung

Zu Buchstabe b

Streichung zur Rechtsbereinigung

Zu Buchstabe c

Bei Schutzimpfungen, die der öffentliche Gesundheitsdienst in Erfüllung seiner Aufgaben – etwa im Rahmen von Impfsprechstunden oder im Rahmen von Riegelungsimpfungen bei der Ausbruchsbekämpfung – vornimmt und für die die Sachkosten nach Absatz 3 erstattet werden, können bei der Abrechnung nicht die gleichen Anforderungen gestellt werden wie bei innerhalb der Versorgung nach § 132e erbrachten Schutzimpfungsleistungen. Die Rahmenvereinbarungen über die Sachkostenerstattung nach Absatz 3 müssen daher eine an die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes angepasste Abrechnung

vorsehen. Dies betrifft etwa Fragen der Einzelabrechnung, der Dokumentation, des Vorhandenseins von Kartenlesegeräten oder der elektronischen Abrechnung.

Zu Nummer 11 (§ 23)

Nach dem geltenden Absatz 2 kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen 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 die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Versicherte mit besonderen beruflichen und 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 worden sind, 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 für die Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 2 zu stärken und der allgemeinen Preissteigerung zurückliegender Jahre Rechnung zu tragen, erfolgt eine Erhöhung der Obergrenze des Zuschusses von 13 auf 16 Euro.

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 12 (§ 24d)

Der in dieser Vorschrift geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe wird im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert. Im Übrigen werden die Einzelheiten der Versorgung mit Hebammenhilfe weiterhin in den Verträgen nach § 134a Absatz 1 geregelt. Insoweit waren Hebammenleistungen bisher vertraglich bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt vorgesehen, danach nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation. Nunmehr wird dieser Zeitraum gesetzlich auf zwölf Wochen festgelegt, um die Inanspruchnahme dieser Leistung für die Versicherten zeitlich entsprechend zu flexibilisieren. Nach Ablauf dieses Zeitraums können Hebammenleistungen nur erbracht werden, wenn sie ärztlich angeordnet werden.

Im Übrigen bleiben die bisher zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Hebammen vertraglich vereinbarten möglichen Leistungen unverändert. Dies bedeutet nach dem Vertrag insbesondere, dass wie bisher innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt grundsätzlich maximal 20 Leistungen in Anspruch genommen werden können.

Danach können wie bisher grundsätzlich maximal 16 Leistungen in Anspruch genommen werden, allerdings nicht nur wie bisher bis zum Ablauf von acht Wochen, sondern nunmehr bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, danach nur nach ärztlicher Anordnung.

Zu Nummer 13 (Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 14.

Zu Nummer 14 (§ 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 von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist, insbesondere bezogen auf die Risikofaktoren Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, chronischer psycho-sozialer Stress und Suchtmittelkonsum. Die Präventionsempfehlung kann auch auf weitere Angebote hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen. Schon heute können Ärztinnen und Ärzte Ihren Patientinnen und Patienten mit dem vom DOSB gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelten „Rezept für Bewegung“ eine schriftliche Empfehlung für die Teilnahme an einem Angebot geben, das mit dem Qualitätssiegel des DOSB „SPORT PRO GESUNDHEIT“ zertifiziert ist. Sofern die empfohlenen Angebote nach § 20 Absatz 5 zertifiziert sind, können diese von den Krankenkassen unterstützt werden.

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 oder starker chronischer psychosozialer Stress ausgelöst etwa durch berufliche Belastungen oder Gewaltbelastung im sozialen und familiären Umfeld), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden könnten. Darüber hinaus sollte bei einer gesundheitlich gefährdeten oder bereits erkrankten Person das Auftreten zusätzlicher gesundheitsbezogener Risiken und Belastungen vermieden werden. Die Übergänge zwischen Risikofaktoren und Krankheitsfrühstadium bis hin zum Vollbild einer Erkrankung können fließend sein.

Ärztinnen und Ärzte sind sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen, vertrauensvollen 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 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 G-BA

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 G-BA 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, die bei der Entscheidung der Krankenkassen über die Erbringung von primärpräventiven Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist, 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 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 und Menschen mit 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 bei den Sätzen 1 und 2 um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Mit den Regelungen in den Sätzen 3 und 4 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit gegeben, Erprobungen durchzuführen, falls bei der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung deutlich wird, dass Erkenntnislücken bestehen. Dazu wird die Erprobungsregelung in § 137e hier entsprechend angewandt. Das heißt, die Vorgaben des § 137e sind hier nicht unmittelbar, sondern sinngemäß und gegebenenfalls an die spezifische Konstellation der Erprobung von präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen, einschließlich deren geeigneter inhaltlicher und organisatorischer Ausgestaltung, heranzuziehen.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass der medizinische Nutzen einer neuen Früherkennungsmethode als solche noch nicht hinreichend belegt ist, richtet sich die Erprobung weiterhin unmittelbar nach § 137e. Wenn dies sinnvoll und erforderlich erscheint, kann er die Erprobung hinsichtlich des medizinischen Nutzens einer Früherkennungsmethode auch mit der Erprobung der organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung verbinden.

Die Regelung nach § 62 Absatz 1 Satz 3 gilt nicht für neue Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1, die sich in der Erprobung befinden.

Für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Absatz 2 gilt nach wie vor lediglich die bestehende Erprobungsregelung nach § 137e. Eine darüber hinausgehende Erprobungsmöglichkeit der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Untersuchung, wie sie nunmehr für die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 in Absatz 3 und bereits für die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a in § 25a Absatz 3 geregelt sind, ist für die Untersuchungen nach Absatz 2 nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe c

Aufgrund der Neufassung der Absätze 1 und 3 muss der G-BA die von ihm beschlossenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens baldmöglichst 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.

Dem G-BA wird eine Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt, um in seinen Richtlinien zunächst das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2 erstmalig zu regeln. Auch bei der Ausstellung der Präventionsempfehlung sind das in § 12 Absatz 1 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot und die darin aufgeführten Maßstäbe (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig) zu beachten.

Die präventionsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung beinhaltet eine umfassende Bewertung von Vorsorgemaßnahmen auf der Grundlage der Methoden der evidenzbasierten Medizin. Da diese im Vergleich zur Regelung der Präventionsempfehlung fachlich anspruchsvoller und zeitaufwändiger ist, wird dem G-BA hierfür eine Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes gegeben. Diese Frist verlängert sich im Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

Zu Nummer 15 (§ 26)

Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Mit der Neufassung des Absatzes 1 werden die Untersuchungen verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel) ausgerichtet. 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 und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wie auch während der Pubertät.

Zu Buchstabe a

Die Regelungen der Vorschrift befassen sich mit Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Dies ist auch in der Überschrift zum Ausdruck zu bringen.

Zu Buchstabe b

Satz 1 weitet das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Ausgangspunkt sind eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte wissenschaftliche Expertise, die die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren empfiehlt, wie auch die Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes, demzufolge während der Pubertät besondere gesundheitliche Belastungen und Risiken auftreten. Der G-BA 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 genannten Studien und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ausweitung der Untersuchungen in dieser Altersgruppe unter Beachtung des in § 12 Absatz 1 verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes 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. Absatz 2). Damit findet auch das in den letzten Jahren veränderte Krankheitspektrum 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 vordringliche Gesundheitsrisiken informiert, die für die betreffende Altersgruppe des Kindes relevant sind oder dem in der Untersuchung erhobenen individuellen Risikoprofil des Kindes entsprechen. Zudem soll in Form von Kernbotschaften auf Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes hingewiesen werden. Über die Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einschließlich alterstypischer Unfallgefahren sowie über weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen (einschließlich regionaler Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie "Frühe Hilfen") soll ebenfalls aktiv informiert werden. Soweit medizinisch angezeigt soll eine ärztliche Bescheinigung (Präventionsempfehlung) ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist. Es wird klargestellt, dass sich diese Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nicht nur an die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern – insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter – auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Die Informationsinhalte der Präventionsempfehlung 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 c

Entsprechend der Regelung in § 25 Absatz 4 Satz 4 wird auch in § 26 Absatz 2 Satz 2 vorgegeben, dass der G-BA in seinen Richtlinien nach § 92 für die Gesundheitsuntersu-

chungen im Kindes- und Jugendalter erstmals innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln hat.

Zu Nummer 16 (§ 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 Vermeidung und 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 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 verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 Satz 1 ausgerichtet. Boni der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Nach dieser Vorschrift kann die Krankenkasse in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur 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 Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen.

Zu Nummer 17 (§ 130a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Nummer 18 (§ 132e)

zu Buchstabe a

zu Doppelbuchstabe aa

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

zu Doppelbuchstabe bb

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte können aufgrund ihrer Nähe zu den Beschäftigten in den Betrieben einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Impfquoten leisten. Die Regelung stellt deshalb sicher, dass auch diese zur Vornahme von allgemeinen Schutzimpfungen bei Versicherten zu Lasten der Krankenkassen berechtigt sein sollen.

zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Nummer 19 (§ 132f)

Die Krankenkassen werden ermächtigt, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 zu schließen. Dabei sind die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien des G-BA für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 zu berücksichtigen. Ziel dieser Öffnungsklausel ist es, den erwerbstätigen Versicherten einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen zu ermöglichen. Gegenstand der Verträge können nur solche Untersuchungsleistungen sein, die nicht bereits als Bestandteil einer arbeitsmedizinischen Vorsorge vorgesehen sind. Soweit möglich, sind die Gesundheitsuntersuchungen durch die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt anlässlich einer arbeitsmedizinischen Vorsorge zu erbringen.

Zu Nummer 20 (§ 140f)

Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen sind bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einzubeziehen. Insbesondere im Hinblick auf die vorgesehene Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie durch die Nationale Präventionskonferenz kann nicht auf den Sachverstand von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten verzichtet werden. Sie sind Expertinnen und Experten in eigener Sache und können so ihre Erfahrungen in den Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums einbringen. Damit wird auch dem Anspruch aus der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung getragen, die volle Teilhabe behinderter Menschen in allen Bereichen des Lebens herzustellen.

Hierzu benennen die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen einvernehmlich sachkundige Personen, von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen (§ 4 Absatz 1 Satz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung). Ihre Anzahl ist auf die Anzahl der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter begrenzt; das sind nach § 20e Absatz 1 Satz 1 zwei Personen. Benennungsberechtigt sind die in der Patientenbeteiligungsverordnung benannten Organisationen: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband. Das Einvernehmen ist kenntlich zu machen (§ 4 Absatz 1 Satz 2 Patientenbeteiligungsverordnung).

Den sachkundigen Personen steht nach Absatz 5 ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, Verdienstaufschlag und Aufwandsentschädigung gegen das Gremium zu, in dem sie mitberaten. Der Verdienstaufschlag ist auf 1/75 der monatlichen Bezugsgröße, für 2015 37,80 Euro pro Stunde, und höchstens zehn Stunden und die Aufwandsentschädigung auf 1/50 der monatlichen Bezugsgröße, für 2015 56,70 Euro pro Sitzungstag, festgelegt.

Zu Nummer 21 (§ 300)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches)

Zu Nummer 1

Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, also Leistungen, die sich an den einzelnen Versicherten richten und das Ziel verfolgen, Krankheitsrisiken durch die Beein-

flussung des menschlichen Verhaltens zu reduzieren, wie Präventionskurse, wird bestimmt, dass diese nur erbracht werden können, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert wurde. Mit der vorgesehenen Möglichkeit zur Beauftragung eines Dritten durch eine oder auch durch mehrere Krankenkassen wird das bereits seit Januar 2014 von der überwiegenden Mehrzahl der Krankenkassen praktizierte Verfahren zur Zertifizierung von Präventionskursen durch einen privaten Dienstleister ("Zentrale Prüfstelle Prävention") auf eine rechtliche Grundlage gestellt.

Zu Nummer 2

Die Vorschrift regelt die ab 2016 zu leistende 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. Sie wird zu mindestens einem Viertel aus dem Betrag geleistet, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mindestens aufzuwenden haben. Krankenkassen, die keine eigenen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten initiieren wollen oder können, haben die Möglichkeit, den nach § 20 Absatz 6 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. Der neue Satz 5 regelt die Fälligkeit der Vergütung. Entsprechend der in § 20 Absatz 6 Satz 3 vorgesehenen jährlichen Anpassung des Mindestausgabenbetrages für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten ist auch die Vergütung nach Satz 4 jährlich anzupassen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

In entsprechender Anwendung des § 20 Absatz 5 Satz 1 können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringende Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nur dann erbracht werden, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach § 20 Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert wurde.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 sieht vor, dass die Krankenkassen den Unternehmen Beratung und Unterstützung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung anbieten (Satz 1). Hierzu sollen keine Mehrfachstrukturen geschaffen, sondern bestehende Strukturen wie Geschäfts- und Servicestellen der Krankenkassen, die gemeinsame Servicestellen nach §§ 22 und 23 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und moderne Kommunikationsmittel und -medien 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 wie Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen 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 Kooperationsvereinbarungen. Satz 5 dient der Verfahrensvereinfachung und bestimmt, dass die zum Zwecke der Erarbeitung und Durchführung von Kooperationsver-

einbarungen nach Satz 4 erfolgende Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nicht der vorherigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörden bedarf.

Die Regelung in Absatz 4 stellt für die Krankenkassen einen finanziellen Anreiz dar, den festgesetzten Mindestbetrag nach § 20 Absatz 6 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 Schlüssel auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4 geschlossen haben. Damit wird sichergestellt, dass die nicht verausgabten Mittel der Förderung bereits vorhandener Koordinierungsstellen zugute kommen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8. Die Regelung konkretisiert die Leistungen, die die Träger der Rentenversicherung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie zu erbringen haben und beinhaltet zugleich den Auftrag, diese Leistungen verstärkt zu erbringen. Der bereits bestehende Leistungsspielraum wird von den Rentenversicherungsträgern noch nicht ausgeschöpft. Zur weiteren Stärkung der Prävention in der gesetzlichen Rentenversicherung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge entwickeln, um den Rentenversicherungsträgern innerhalb des Gesamt-Reha-Budgets mehr Entscheidungsfreiheit zu geben.

Zu Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8.

Zu Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 16)

Die Familie ist prägend für das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Damit Eltern ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder wahrnehmen können, bedarf es einer stärkeren Förderung der gesundheitsbezogenen Elternkompetenz auch durch Bildung und Beratung. Die Vorschrift stellt deshalb ausdrücklich klar, dass Bestandteil der Angebote zur Familienbildung auch Maßnahmen sind, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Familie dienen. Dabei sollte die Kooperation mit den Krankenkassen angestrebt werden, die das Ziel der Gesundheitsförderung insbesondere mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten nach § 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch unterstützen.

Zu Nummer 2 (§ 45)

Die Einfügung erweitert die in Absatz 2 Satz 2 aufgezählten Regelbeispiele um den Aspekt der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen. Die Änderung stellt klar, dass die Unterstützung gesundheitsförderlicher Strukturen zu den Mindestvoraussetzungen für die Erteilung einer Betriebserlaubnis für Einrichtungen gehört, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten und damit große Teile ihres Lebens verbringen. Wesentlicher Bestandteil eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes ist eine entsprechende Konzeption der Einrichtung, die eine gesundheitsförderliche Angebots- bzw. Arbeitsstruktur umfasst und zur Förderung des Bewusstseins für Gesundheit sowie zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen der in der Einrichtung betreuten beziehungsweise untergebrachten Kinder und Jugendlichen beiträgt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Zu Absatz 1

Satz 1 sieht vor, dass die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen. Für die Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung enthält Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Absatz 4 Nummer 2 SGB V und § 20a SGB V festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten eine spezielle Vorschrift. Für Leistungen zur Prävention, die außerhalb dieser Einrichtungen zu erbringen sind, bleiben weiterhin die Krankenkassen zuständig. Satz 2 stellt klar, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1, insbesondere zur Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, unberührt bleiben. Nach Satz 3 erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Auftrag zur Konkretisierung des Präventionsauftrags der Pflegekassen. Dies entspricht dem Verfahren wie es nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V für die Präventionsleistungen der Krankenkassen vorgesehen ist. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation können etwa Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung beitragen wie beispielsweise die Gestaltung einer vollwertigen Ernährung mit Hilfe des von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelten Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen.

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt, dass die Pflegekassen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 im Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro je Versicherten aufwenden. Dieser Ausgabenrichtwert ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen (Satz 2). Für den Fall, dass eine Anpassung des Richtwerts im Folgejahr wegen der zu geringen Höhe der prozentualen Veränderung nicht möglich ist, sieht Satz 3 vor, dass die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung des Richtwerts im Folgejahr sowie gegebenenfalls auch in den weiteren Folgejahren zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift normiert, dass die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen sollen. Die Regelung zielt darauf ab, durch eine Bündelung der von den Pflegekassen nach Absatz 2 zu verausgabenden Mittel die Effizienz und die Effektivität der Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu steigern.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Anpassungen dem bisherigen Absatz 1.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Absatz 2.

Zu Nummer 2 (§ 18)

Zu Buchstabe a und b

Der neue Satz 4 bestimmt, dass im Rahmen der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt, auch eine Feststellung zum Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V zu erfolgen hat. Dem festgestellten Beratungsbedarf soll auch durch die Pflegeberatung nach §§ 7 und 7a entsprochen werden. Dies hat zum Ziel, eine Pflegebedürftigkeit insbesondere bei einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I zu vermeiden beziehungsweise deren Eintritt zu verzögern oder aber einer Verschlechterung vorzubeugen.

Zu Nummer 3 (§ 18a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Nummer 4 (§ 45)

Bereits nach geltendem Recht haben die Pflegekassen sowie im Rahmen der Pflegepflichtversicherung ebenfalls die privaten Versicherungsunternehmen für pflegende Angehörige sowie sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Pflegekurse anzubieten. Diese Pflegekurse sind ein wichtiges Instrument, um die Betroffenen darin zu unterstützen, die mit der Übernahme von Pflege einhergehenden vielfältigen Anforderungen besser bewältigen zu können. Dabei sollen nicht nur bestehende pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Die Pflegekurse sollen zugleich auch darauf ausgerichtet sein, bereits der Entstehung solcher Belastungen von vorneherein vorzubeugen. Das wird nun gesetzlich geregelt. Dieser präventive Ansatz ist sowohl schon bei der Konzeption der Pflegekurse mit in den Blick zu nehmen als auch bei der praktischen Durchführung der Kurse zu beachten.

Zu Nummer 5 (§ 113a)

Bereits die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege beinhalten präventive (prophylaktische) Maßnahmen, etwa die Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ oder „Dekubitusprophylaxe“. Die Ergänzung dieser Vorschrift unterstreicht diesen Zusammenhang. Auch der erste neue Expertenstandard nach § 113a beinhaltet präventive Maßnahmen; er befasst sich mit dem Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“. Der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ wurde im März 2014 im Rahmen einer Fachkonferenz konsentiert und wird derzeit im Auftrag der Vertragspartner nach § 113 in einem nächsten Schritt modellhaft implementiert.

Zu Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches)

Die Regelung des neuen Satz 2 soll für die Pflegekassen einen finanziellen Anreiz schaffen, den Betrag nach Absatz 2 Satz 1 für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in voller Höhe auszugeben. Pflegekassen, deren Ausgaben den Richtwert unterschreiten, müssen nach Satz 3 die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung stellen, der die Mittel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention geschlossen haben. Satz 4 dient der Verfahrensvereinfachung und bestimmt, dass die zum Zwecke der Erarbeitung und Durchführung von Kooperati-

onsvereinbarungen nach Satz 4 erfolgende Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nicht der vorherigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörden bedarf.

Zu Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Der neue Absatz 10a soll ergänzend zu der Regelung in Absatz 11 dazu beitragen, dass ein altersgemäßer Impfschutz nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) auch bereits für jüngere Kinder, die in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen werden, erreicht wird.

Im Bereich der Kinderimpfung hat Deutschland in den vergangenen Jahren große Fortschritte etwa bei der Masernimpfung erzielt. Allerdings erfolgen Impfungen in vielen Fällen zu spät und nicht wie von der STIKO empfohlen bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres. In der Altersgruppe der Ein- bis Sechsjährigen ist daher der Anteil der Kinder, die beispielsweise für eine Maserninfektion empfänglich sind, immer noch sehr hoch. Für die betroffenen Kinder bleibt das Erkrankungsrisiko in dem Zeitraum bis zur Vervollständigung des Impfschutzes erhöht. Für die betroffenen Alterskohorten bedeutet dies, dass sich zum Beispiel beim Auftreten von Masern größere Krankheitsausbrüche ereignen können. Dies gilt insbesondere bei Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen. Hinzu kommt, dass sich der Anteil der Kinder, die nach Vollendung des ersten Lebensjahres eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen, weiter erhöhen wird, nachdem diese Kinder seit dem 1. August 2013 gemäß § 24 Absatz 2 SGB VIII einen Rechtsanspruch haben, in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres frühkindlich gefördert zu werden. Bei den einjährigen Kindern wurde in den letzten Jahren die höchste altersspezifische Inzidenz von Masern beobachtet (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012, Hrsg. RKI 2013, S.146). Einrichtungen zur frühkindlichen Förderung und Kindergärten werden zudem häufig in verbundenen Einrichtungen betrieben. Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Durchimpfungsrate und einen Herdenschutz abzielen, sollten sich daher auf Kindergartenkinder und auf Kinder unter drei Jahren in einer Einrichtung zur frühkindlichen Förderung erstrecken.

Mit dem neuen Absatz 10a werden Personensorgeberechtigte verpflichtet, bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung einen Nachweis darüber zu erbringen, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie die Hausärztinnen und -ärzte den wichtigsten Beitrag für die Gewährleistung eines altersgemäßen, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutzes bei Kleinkindern leisten. Insbesondere durch die Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) finden regelmäßig Patientenkontakte statt, die jeweils zur Vervollständigung des Impfschutzes genutzt werden können.

Die vorgeschriebene ärztliche Vorstellung ist daher voraussichtlich geeignet, dass es zu der bezweckten Schließung bestehender Impflücken kommt. Die Durchführung der Schutzimpfungen ist freiwillig. Das Bestehen eines vollständigen Impfschutzes wird auch nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung geregelt.

Auf welche Weise der Nachweis der erfolgten Impfberatung zu erbringen ist, bestimmt sich nach Landesrecht. Dabei kommen grundsätzlich mehrere Wege für den Nachweis in Betracht, etwa eine aktuelle Eintragung im Impfpass. Durch den Rückgriff auf diese vorhandene Dokumentation kann der mit der Informationspflicht verbundene Zeitaufwand und die Kosten minimiert werden, insbesondere bei den Personen, die Impftermine ohnehin zeitgerecht wahrnehmen. Die Länder können aber auch die Vorlage bestimmter Bescheinigungen vorsehen. Dies gilt insbesondere für die Länder, die heute die Vorlage spezieller ärztlicher Bescheinigungen für die Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung

verlangen oder die die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung als verpflichtend geregelt haben oder in denen die Kinder durch den öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht werden. Die Länder können auch bestimmen, in welchem Zeitraum die nachgewiesene ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Damit kann unter Berücksichtigung landesspezifischer Besonderheiten sichergestellt werden, dass die Fristen auf die regelmäßigen Termine der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen hin ausgerichtet sind, an denen sich auch die Impfempfehlungen der STIKO zeitlich orientieren. Bei den Fristen ist dementsprechend insbesondere auch eine Differenzierung nach dem Alter der Kinder denkbar.

Die erforderliche Flexibilität der Regelung für die Länder wird darüber hinaus dadurch sichergestellt, dass weitergehende Regelungen der Länder, wie sie teilweise bereits heute bestehen, unberührt bleiben. In einigen Ländern ist für die Aufnahme in Kinderbetreuungseinrichtungen nicht lediglich der Nachweis einer ärztlichen Beratung vorgeschrieben, sondern z. B. eine Verpflichtung der Sorgeberechtigten eine ärztliche Bescheinigung darüber vorzulegen, dass das Kind alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat, oder schriftlich zu erklären, dass sie eine Zustimmung zu bestimmten Impfungen nicht erteilen. Die neue bundesgesetzliche Regelung entfaltet für entsprechende Regelungen der Länder keine Sperrwirkung. Den Ländern bleibt ferner eine mögliche Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung etwa auf die Kindertagespflege vorbehalten.

Der Nachweis ist gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung zu erbringen. Die Aufgabe des Personals der Tageseinrichtung bei Aufnahme beschränkt sich auf die Kontrolle der jeweiligen Bescheinigung im Hinblick auf den sich daraus ergebenden Termin der ärztlichen Vorstellung. Medizinisches Fachwissen ist nicht erforderlich.

Sofern die Sorgeberechtigten nach den landesrechtlichen Bestimmungen einen Nachweis vorzulegen haben, der Angaben zum Impfstatus enthält, kann es sinnvoll sein, dass diese Informationen auch für die Erfüllung von Aufgaben des Gesundheitsamtes zur Verfügung stehen, etwa für im Falle eines Krankheitsausbruchs anzustellende Ermittlungen nach § 25 oder für gezielte Aufklärungsmaßnahmen nach § 34 Absatz 10. Satz 4 ermächtigt daher das Gesundheitsamt anzuordnen, dass die Einrichtung nach Satz 1 und 2 erhobene Informationen zum Impfstatus in der Einrichtung für Zwecke der Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Die Ausgestaltung als Entscheidungsbefugnis des Gesundheitsamtes stellt zur Wahrung der Datensparsamkeit sicher, dass die Einrichtung die Daten nur dann und nur insoweit vorhalten muss, wenn dies vor dem Hintergrund der jeweiligen landesspezifischen Bestimmungen und nach der Einschätzung des örtlichen Gesundheitsamtes sinnvoll ist.

Zu Artikel 9 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 1. Die Förderung der Eigenverantwortung gehört auch zu den Kernaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und wird daher ebenso wie im SGB V ausdrücklich genannt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 14.

zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 2.

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 10 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Nummern 6, 7, 9 und 10.

Zu Artikel 11 (Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.