

Referentenentwurf

BMG

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 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, Betriebe und stationäre 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 die Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung;

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

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1) Bund

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

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

2) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

3) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben und Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung 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 rund 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Davon entfallen 35 Millionen Euro auf die Vergütung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Unterstützung der Krankenkassen im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen erbringt. Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen.

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. Bei einer flächendeckenden Einführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung nach § 26 Absatz 1 SGB V durch den G-BA entstehen den Krankenkassen Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die frühzeitige Vermeidung oder Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

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 gesetzlichen Krankenversicherung 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 gesetzliche Krankenversicherung 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.

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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.

4) Gesetzliche Rentenversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Rentenversicherung Bund 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.

5) Gesetzliche Unfallversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. 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.

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.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die vom G-BA festzulegende Neugestaltung der Untersuchungen nach §§ 25 Absatz 1 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.

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsteht für den Fall ihrer freiwilligen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

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.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung entstehen für den Fall ihrer freiwilligen Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie Berichtspflichten nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 SGB V in nicht quantifizierbarem Umfang.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 SGB V entstehen 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, der Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Ländern 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.

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 Erfüllungsaufwand in Höhe von jährlich rund 295.000 Euro.

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

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.

Dem G-BA entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Überarbeitung der der Gesundheitsuntersuchungs- und Kinder-Richtlinien sowie der damit zusammenhängenden Regelung der Präventionsempfehlung.

F. Weitere Kosten

Im Falle einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 2 bis 4 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 Pflegepflichtversicherung 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 ... (BGBl. I S. ...) 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 "Vermeidung 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 gesundheitlichen 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 Sachverständigen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen 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.

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

Bei der 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 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzskonferenz 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 individuellen Verhaltensprävention 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) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention 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. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung. Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, 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,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2015 geltenden Ausgabenrichtwert] 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 neuer § 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 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.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur 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 und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur 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 äl-

terer Menschen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt bei der Ausführung des Auftrags die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und orientiert sich bei der Verwendung der Mittel insbesondere an der Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten im jeweiligen Land. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur 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. 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, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 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 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach 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 wie folgt wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 20 Absatz 5 Satz 1 gilt 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 Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben."

7. Der bisherige § 20b wird § 20c.
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 Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zuständigen Träger und Stellen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31.12.2015. 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 Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) alle vier Jahre, erstmals zum.... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]. Die Nationale Präventionskonferenz leitet den Präventionsbericht 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 Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 2 bis 4 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung 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 4, erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte.

§ 20e

Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung, Umsetzung 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. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die privaten 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. ebenfalls 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 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 zwei Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände 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.

(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) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, schließen zur Durchführung der Aufgaben nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c und zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen zur Prävention zu-

ständigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene.

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

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen,
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,
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 Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

§ 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 Satz 1, Modellvorhaben durchführen. Diese sind dazu bestimmt, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie 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. Die bisherigen §§ 20c und 20d werden zu §§ 20h und 20i.
10. § 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.

11. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten".

12. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppen-gerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 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 Verhaltensprävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 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.“

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 9 Satz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“

13. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„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 und 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 individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können. 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 Keimzahlreduktion. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

c) In 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 9 Satz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3.“

14. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf eine Geldleistung als Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist. Der Bonus für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.“

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

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

16. § 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 die Wörter „§ 20d Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 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 werden die Wörter „§ 20d Absatz 1 Satz 3“ durch die Wörter „§20i Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

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

17. 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.“

18. In § 300 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 20d Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 31 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

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

2. In Absatz 3 wird nach dem Wort "Nr." die Angabe "2," gestrichen.

Artikel 3

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 ... geändert worden ist, werden nach dem Wort "Arbeitsschutzgesetzes" die Wörter "und an der Nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches" eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I, S. 3134), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 16 Absatz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort "eingehen" die Wörter ",die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken" eingefügt.
2. In § 78c Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wörtern "wirtschaftlich sind" die Wörter "und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen" eingefügt.

Artikel 5

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 ... 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 Si-

tuation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt.

(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. 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 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.

(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 Absatz 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) In Absatz 1 wird nach Satz 3 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 individuellen Verhaltensprävention 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 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. In § 113a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

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

Artikel 6

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 ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“
 - b) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern "Selbsthilfe, zur" die Wörter "Vermeidung und" eingefügt.
2. Nach § 8 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Für 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 7

Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 4 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 3. Januar (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... 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, Leistungen 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 8

Änderung der Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei

In § 4 Nummer 1 der Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei in der Fassung vom ... wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

Artikel 9

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. In Artikel 1 Nummer 4 tritt § 20 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, in Artikel 1 Nummer 5 tritt § 20a Absatz 3 Satz 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, in Artikel 1 Nummer 6 treten Buchstabe a Doppelbuchstabe b und Buchstabe b, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in Artikel 5 Nummer 1 tritt § 5 Absatz 3 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils 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.

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 stationären 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 SGB V greifen daher zu kurz und bedürfen der Weiterentwicklung hin zu einer primärpräventiv-orientierten 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 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. 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 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 Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten eingeführt.

Darüber hinaus führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag der Krankenkassen kassenübergreifend Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch. 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 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch 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 gesundheitsschädlichen Belastungen und Risiken beraten werden. Familien und Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf sollen auch auf regionale Unterstützungs- und Beratungsangebote 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch 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 individuellen Verhaltensprävention und zur 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 Primärprävention 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 ist verbindlich zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind.

Zur Sicherstellung eines niedrighwelligen und unbürokratischen Zugangs zu diesen Leistungen werden die Krankenkassen verpflichtet, den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anzubieten. Um die regionale Netzbildung 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. Zudem sind Boni vorrangig am Erfolg der Maßnahmen auszurichten.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur freiwilligen finanziellen Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 2 bis 4 SGB V stützt sich auf Artikel 74 Absatz 11 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. 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.

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, 20b Absatz 1 Satz 2 SGB V entfallen die bislang erfolgenden Mehrfachprüfungen der Vereinbarkeit von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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 individuellen Verhaltensprävention 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 Nachhaltigkeitsstrategie). Der Gesetzentwurf trägt damit zugleich den Nachhaltigkeitsindikatoren Nummer 14 Buchstaben a bis e der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung.

3. Demografische Auswirkungen

In Anbetracht der mit 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 langfristige 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 Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen erbringt, entstehen 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.

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

b) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

c) Gesetzliche Krankenversicherung

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 Bürge-

rinnen 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 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 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 kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten – insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen – durchführen 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 Mehrausgaben können sich auf Basis der Ausgaben des Jahres 2013 auf insgesamt rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016 belaufen. 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.

Die finanziellen Auswirkungen der Fortentwicklung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung durch den 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 evidenzba-

sierten 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.

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 gesetzlichen Krankenversicherung 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 gesetzliche Krankenversicherung 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 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.

d) Gesetzliche Rentenversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Rentenversicherung Bund 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. 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 SGB XI führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Millionen Euro.

5. Erfüllungsaufwand

a) Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

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 Gemeinsame Bundesausschuss die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Kinderuntersuchungen beschließen sollte. Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, da es dem G-BA obliegt, zu entscheiden, ob eine Untersuchung eingeführt wird und wie diese inhaltlich und hinsichtlich des Umfangs auszugestaltet 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.

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen und den Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsteht im Falle einer freiwilligen Mitwirkung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Darüber hinaus entstehen den privaten Krankenversicherungsunternehmen und den Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, im Fall einer freiwilligen Mitwirkung an der Nationalen Präventionskonferenz Berichtspflichten nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 SGB V in nicht quantifizierbarem Umfang.

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.

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 individuellen Verhaltensprävention. 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 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, kassenartenübergreifende Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durchzuführen, 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 und Qualität 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 SGB V und 132f 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, der Bundesagentur für Arbeit, den 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.

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. Die Geschäftsführung, die auch die Vorbereitung des von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz zu erstellen Berichts umfasst, erfordert bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dauerhaft einen zusätzlichen Personalbedarf, der aus dem Etat des Bundes bereit zu stellen ist. Der Gesamtaufwand ergibt sich auf der Grundlage von drei zusätzlichen Personalstellen. Neben einer Personalstelle im höheren Dienst ist eine Stelle im gehobenen sowie eine Stelle im mittleren Dienst zur Umsetzung erforderlich. Dadurch ergeben sich auf der Grundlage durchschnittlicher Personalkostenansätze Personalkosten von insgesamt rund 258 000 Euro pro Jahr und zusätzliche Sachkosten in Höhe von rund 37 000 Euro jährlich.

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.

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

6. Weitere Kosten

Im Fall einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an den Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 2 bis 4 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 klargestellt, 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)

§ 1 als Einweisungsvorschrift des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betont sowohl die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft als auch die Eigenverantwortung der Versicherten. Diese beiden Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Die Funktionsfähigkeit der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung wird gestärkt, wenn diejenigen, die diese Gemeinschaft in Anspruch nehmen, ihre Gesundheit erhalten. Eine gesundheitsbewusste Lebensführung trägt maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bei. Auf seine Gesundheit zu achten und sich gesund zu verhalten erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Mit der vorliegenden Einfügung eines neuen Satzes 2 in § 1 wird dieser wichtige Grundgedanke der Eigenverantwortung daher stärker betont und zugleich seine Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausdrücklich als Bestandteil deren Kernaufgaben genannt.

Zu Nummer 2 (§ 2b)

Mit dem neuen § 2b wird ausdrücklich klargestellt, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versor-

gung 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 8.

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. 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

Absatz 2 entwickelt den bisherigen § 20 Absatz 1 Satz 3 fort, indem die Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Konkretisierung des Präventionsauftrags erweitert und verbindlich geregelt wird. Dabei berücksichtigt Absatz 2 auch den Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages vom 25. Februar 2011, mit dem dieser seine Erwartung zum Ausdruck brachte, dass das Bundesministerium für Gesundheit auf die Schaffung verbindlicher und bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards und deren Einhaltung sowie auf ein bundesweites einheitliches Verfahren zur Prüfung von Kursen hinwirke.

Satz 1 stellt sicher, dass 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. 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. 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 individuellen Verhaltensprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung 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 individuellen Verhaltensprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 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

Absatz 3 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dazu, 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 beziehen können, aber auch auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (so genannte Settingleistungen), in denen sie sich überwiegend aufhalten. Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in Lebenswelten müssen sich, wie andere Leistungen auch, an die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten richten.

Zu Absatz 5

Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, also Leistungen, die sich an den einzelnen Versicherten richten und das Ziel verfolgen, Krankheitsrisiken durch die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens zu reduzieren, wie Präventionskurse, bestimmt Satz 1, dass diese nur erbracht werden können, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert wurde. Mit der vorgesehenen Möglichkeit zur Beauftragung eines Dritten 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.

Satz 2 bestimmt einen besonderen Zugangsweg für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention. Eine im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 oder § 26 oder einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene ärztliche Präventionsempfehlung ist von den Krankenkassen bei der Entscheidung über diese Leistungen zu

berücksichtigen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein. Damit wird dazu beigetragen, dass Kursangebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen. Ein Arztvorbehalt für diese Leistungen ist damit nicht verbunden. Auch ohne Vorlage einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbracht werden, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.

Die Regelung des Satz 3 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 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. Satz 2 führt für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sowie für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung jeweils einen Mindestbetrag von 2 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 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 des Vierten Buches anzupassen (Satz 3).

Zu Nummer 5 (§ 20a)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Vorschrift enthält in Satz 1 eine Legaldefinition der außerbetrieblichen Lebenswelten. Soweit es die Lebenswelt der pflegerischen Versorgung betrifft, sieht § 5 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches eine spezielle Verpflichtung der Pflegekassen vor, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu erbringen. Satz 2 und Absatz 2 stellen klar, dass die Leistungen der Krankenkassen zur 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 hin-

aus 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 tagen dem Umstand Rechnung, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 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

Absatz 3 sieht vor, dass die Krankenkassen ab 2016 bei der Erbringung von Leistungen in den Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung 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 beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, kassenübergreifend Leistungen zur primären Prävention in den Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte (insbesondere in Kindertageseinrichtungen, sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Schulen) sowie für ältere Menschen durchzuführen (Satz 1). Satz 2 bestimmt, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Ausführung von Leistungen in Lebenswelten die Landesrahmenempfehlungen nach § 20f und damit die jeweiligen regionalen Erfordernisse zu berücksichtigen hat. Um eine unter regionalen Gesichtspunkten adäquate Mittelverwendung sicherzustellen, soll sich diese insbesondere an der Anzahl der im jeweiligen Land in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten orientieren. Grundlage hierfür sind die Versichertenzahlen der Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des jeweiligen Vorjahres. Bereits heute stimmt sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer Präventionsarbeit mit den Ländern ab. Die Regelung stellt klar, dass sich eine gemeinsame Koordinierung zukünftig auch auf die Durchführung der Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach Absatz 2 erstreckt und notwendige Voraussetzung für die Mittelverwendung ist. Im Rahmen der Koordinierung sollen auch die vorhandenen Programme und Maßnahmen der Länder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden. Satz 3 berücksichtigt, dass zur Ausführung des Auftrags im Einzelfall eine Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit geeigneten Partnern erforderlich sein kann. Die Vergütung, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 pauschal zu entrichten ist, entspricht nach Satz 4 mindestens einem Viertel des Betrages, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten mindestens aufzuwenden haben. Krankenkassen, die keine eigenen Leistungen zur 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. 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 (Satz 6).

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 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach 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 Absätze 3 bis 5 des Zehnten Buches klar, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des Auftragsverhältnisses verpflichtet ist, die erforderlichen Mitteilungen zu machen und auf Verlangen des Auftraggebers über die Ausführung des Auftrags Auskunft zu erteilen und nach Ausführung des Auftrags Rechenschaft abzulegen. Außerdem ist der Auftraggeber berechtigt, die Ausführung des Auftrags jederzeit zu prüfen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Beauftragte an seine Auffassung zu binden.

Zu Nummer 6 (§ 20b)

Zu Buchstabe a)

Zu Doppelbuchstabe aa)

In Absatz 1 Satz 1 wird die Beteiligung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als Berater der Verantwortlichen im Betrieb ausdrücklich klargestellt. Damit wird das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung betont. Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der betrieblichen Prävention steht in einem Ergänzungsverhältnis zu den arbeitsschutzrechtlich begründeten Pflichten der Arbeitgeber und dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung. Deshalb berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung gemäß § 20 Absatz 3 Satz 4 auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der Gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele.

Zu Doppelbuchstabe bb)

In entsprechender Anwendung des § 20 Absatz 5 Satz 1 können Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann erbracht werden, wenn deren Qualität in einem Ver-

fahren 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 oder gemeinsame Servicestellen nach §§ 22 und 23 des Neunten Buches genutzt werden. Mit der Regelung soll die in der betrieblichen Gesundheitsförderung erforderliche Zusammenarbeit der Krankenkassen gefördert und ein niedrighschwelliger 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 Kooperationsvereinbarungen 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 Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 6

Zu § 20d

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

Zu Absatz 1

Absatz 1 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

Absatz 2 normiert den wesentlichen Inhalt der nationalen Präventionsstrategie.

Wesentliches Element der nationalen Präventionsstrategie ist nach Nummer 1 die Entwicklung und die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen. Gegenstand der Rahmenempfehlungen ist insbesondere die Vereinbarung von übergeordneten einheitlichen gemeinsamen Zielen und die daraus abzuleitenden vorrangigen Handlungsfelder und Zielgruppen. 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 insbesondere der Langzeitarbeitslosen in der Präventionsstrategie Berücksichtigung finden, sind die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende 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.

Die nationale Präventionsstrategie umfasst ferner die in Nummer 2 geregelte 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.

Zu § 20e

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

Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz und legt deren Mitglieder fest. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung 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. Die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz wird im Wesentlichen durch § 20d Absatz 2 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

Absatz 2 ermöglicht die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz mit der Fachöffentlichkeit in einem als Fachkonferenz ausgestalteten Präventionsforum. Zur 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 Teilnehmer des Präventionsforums.

Zu § 20f

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

Zu Absatz 1

Absatz 1 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. Satz 3 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. Auch an den Rahmenvereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu beteiligen. Dasselbe gilt mit Blick auf die Einbeziehung der kommunalen Belange für die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene. Den zu beteiligenden Institutionen steht es frei, ob sie den Rahmenvereinbarungen beitreten. Satz 4 der Vorschrift dient der Verfahrenvereinfachung.

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. 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 Prävention in Le-

benswelten 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

Absatz 2 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

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 10 (§ 23)

Nach dem geltenden § 23 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 11 (Überschrift des vierten Abschnitts des dritten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 12.

Zu Nummer 12 (§ 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 individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist. 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, starker chronischer psychosozialer Stress), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden könnten. Darüber hinaus sollte bei einer gesundheitlich gefährdeten oder bereits erkrankten Person das Auftreten zusätzlicher gesundheitsbezogener Risiken und Belastungen vermieden werden. Die Übergänge zwischen Risikofaktoren und Krankheitsfrühstadium bis hin zum Vollbild einer Erkrankung können fließend sein.

Ärztinnen und Ärzte sind sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen, 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 § 25 Absatz 1 vorgegebene Häufigkeit des Anspruchs der Gesundheitsuntersuchung (alle zwei Jahre) und die untere Altersgrenze von 35 Jahren sowie die nicht abschließende Aufzählung von Zielkrankheiten für die Früherkennung entfallen. Der 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 individuellen Verhaltensprävention 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 um Folgeänderungen zu Buchstabe a).

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.

Zu Nummer 13 (§ 26)

Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Dabei ist den aktuellen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, dass im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen.

Zudem manifestiert sich eine Reihe relevanter Krankheiten und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wie auch während der Pubertät.

Zu Buchstabe a)

Die Regelungen des § 26 befassen sich mit Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Dies ist auch in der Überschrift zum Ausdruck zu bringen.

Zu Buchstabe b)

Satz 1 weitert 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. § 26 Absatz 2). Damit findet auch das in den letzten Jahren veränderte Krankheitsspektrum bei Kindern im Gesetz Berücksichtigung.

Durch die Regelung der Sätze 2 bis 4 wird klargestellt, dass der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin auch über 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 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 individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist. Es wird klargestellt, dass sich diese Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention 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 Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter erstmals innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln hat.

Zu Nummer 14 (§ 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 finanzielle Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen. Um zu vermeiden, dass Boni auch für Maßnahmen geleistet werden, die nur einen mittelbaren oder keinen Bezug zur Gesundheitsförderung haben, wird die Anreizfunktion der Bonusprogramme ausschließlich auf zertifizierte Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 Satz 1 ausgerichtet. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass Boni nur als Geldleistungen gewährt werden. Sachprämien der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

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

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 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 finanzielle Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass Boni nur als Geldleistungen gewährt werden. Sachprämien der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

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

Zu Nummer 15 (§ 130a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 9.

Zu Nummer 16 (§ 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 Doppelbuschtabe 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 9.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 9.

Zu Nummer 17 (§ 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 Vorsorgeuntersuchung vorgesehen sind. Soweit möglich, sind die Gesundheitsuntersuchungen durch die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt anlässlich einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zu erbringen.

Zu Nummer 18 (§ 300)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu 9.

Zu Artikel 2 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 31 Absatz 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 6.

Zu Nummer 2 (§ 31 Absatz 3)

Nach dem geltenden Absatz 3 dürfen Aufwendungen der Rentenversicherungsträger für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 im Kalenderjahr 7,5 v. H. der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen. Mit der Änderung in Absatz 3 wird diese Deckelung für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 aufgehoben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

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

Zu Artikel 4 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 16)

Die Familie ist prägend für das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen, stellt aber keine Lebenswelt im Sinne von § 20a Absatz 1 des Fünften Buches dar. Um die Familie als Ort der Gesundheitsförderung zu stärken, wird durch die Einfügung klargestellt, dass Angebote der Familienbildung auch Maßnahmen umfassen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz dienen.

Zu Nummer 2 (§ 78c)

Die Einfügung erweitert die Pflichten der Träger von Einrichtungen, die nach §§ 45 und 48a einer Erlaubnis bedürfen. Die Träger müssen gewährleisten, dass die Leistungsangebote so ausgestaltet sind, dass sie ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen. Die Änderung zielt darauf ab, dass über verhaltenspräventive Ansätze in Gestalt pädagogischer Leistungen (z. B. Gesundheitserziehung) hinaus gesundheitsförderliche Strukturen in Einrichtungen unterstützt werden, 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 gesundheitsförderlicher Strukturen ist eine entsprechende Konzeption und Ausstattung der Einrichtung, etwa in Gestalt gesunder Verpflegungsangebote und vorhandener Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten sowie Einrichtungsregeln zum Umgang mit Suchtmittelkonsum. Damit soll insbesondere auch empirischen Erkenntnissen zum Suchtmittelkonsum in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe Rechnung getragen werden, die auf eine im Vergleich zur gleichaltrigen Gesamtbevölkerung deutlich erhöhte Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung hindeuten (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht [2014], Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, Münster: Forum Sucht Sonderband 8).

Zu Artikel 5 (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 pflegerischen Versorgung enthält Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Absatz 4 Nummer 2 und § 20a des Fünften Buches festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten eine spezielle Vorschrift. Satz 2 stellt klar, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1, insbesondere zur Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, unberührt bleiben.

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 des Vierten Buches 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

Satz 1 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. Die Regelung des 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 Kooperationsvereinbarungen nach Satz 4 erfolgende Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nicht der vorherigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörden bedarf.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht mit redaktionellen Anpassungen dem bisherigen Absatz 1.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 6 und 7.

Zu Absatz 6

Absatz 6 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 des Fünften Buches 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 1 zu vermeiden bzw. 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 SGB XI in einem nächsten Schritt modellhaft implementiert.

Zu Artikel 6 (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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch ausdrücklich genannt.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 12.

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 7 (Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung)

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

Zu Artikel 8 (Änderung der der Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 9.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.