

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze

A. Problem und Ziel

Gesundheit ist eine Voraussetzung für Wirtschaftskraft, Innovationsfähigkeit, Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens und Grundlage für die Entfaltungsmöglichkeiten jedes einzelnen Bürgers und jeder einzelnen Bürgerin. Die demographische Entwicklung macht eine aufeinander abgestimmte Politik zum Erhalt der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit erforderlich. Die notwendige Ausrichtung der Sozialversicherungen auf die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Erkrankungen ist Ziel dieses Gesetzes.

B. Lösung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Gesundheitsförderung und die Vermeidung von Krankheiten (gesundheitliche Prävention) auch im Bereich der Sozialversicherungen gestärkt werden. Neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege sollen Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden. Das Gesetz schafft die strukturellen Voraussetzungen für Maßnahmen und Leistungen, die den verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit unterstützen sollen und sich sowohl auf das Verhalten des Einzelnen wie die Gestaltung des Lebensumfeldes beziehen. Träger der Leistungen und Maßnahmen sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung. Die private Krankenversicherung wird einbezogen. Der Rahmen für die notwendige Kooperation mit den weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention, insbesondere Bund und Ländern, wird mit dem Gesetz gestaltet. Zur Steigerung ihrer Wirkung sollen die Leistungen auf gemeinsame Ziele ausgerichtet werden. Die Zielbestimmung wie auch die Festlegung von Qualitätsanforderungen und die Durchführung von bundesweiten Aufklärungskampagnen zur Unterstützung der Breitenwirkung wird auf nationaler Ebene stattfinden. Um möglichst viele Versicherte zu erreichen, werden auf regionaler Ebene Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention im direkten Lebensumfeld der Versicherten verankert. Hierzu werden in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches und in dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte neue Aufgaben für die Sozialversicherungsträger formuliert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Für den Bund ergeben sich Mehrausgaben für die Gesundheitsberichterstattung als wesentliche strukturelle Grundlage für das Gesetz und die stichprobenhafte Überprüfung der Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz. Sie belaufen sich auf etwa 170 Tausend Euro jährlich ab 2009 und auf 250 Tausend Euro in jedem siebten Jahr. Diese Mehrausgaben werden durch Umschichtungen im Einzelplan 15 gegenfinanziert. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention zukünftig aufzubringende Betrag von 250 Mio. Euro jährlich überschreitet keinesfalls den zu erwartenden Jahresabschluss 2007, da schon zur Jahresmitte 25 von Hundert mehr für diesen Bereich ausgegeben wurden als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Für die gesetzliche Rentenversicherung entstehen keine Mehraufwendungen. Für die weiteren Sozialversicherungen entsteht ein jährlicher Mehraufwand durch die gesetzlichen Vorgaben von 14,3 Millionen Euro für die soziale Pflegeversicherung und von 28,6 Millionen Euro für die gesetzliche Unfallversicherung. Dem stehen langfristig Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber.

2. Vollzugaufwand

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzes werden die notwendigen Strukturen geschaffen, um innerhalb der Sozialversicherung eine zielorientierte und qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention zweigeübergreifend und unter Einbeziehung der PKV zu verankern. Hierzu werden in dem zwingend erforderlichen Umfang Entscheidungsgremien und –verfahren auf nationaler und Länderebene festgelegt, die ein unaufwändiges und zugleich effizientes Handeln sicherstellen. Durch die Einbindung von Bund und Ländern sowie die Kooperation mit den im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention aktiven Verantwortungsträgern und etablierten Gremien wird ein vernetztes und abgestimmtes Vorgehen erreicht. Über zusätzlichen Vollzugaufwand wird im Rahmen der künftigen Haushaltsverhandlungen entschieden.

E. Sonstige Kosten

Keine

F. Bürokratiekosten

Mit dem Gesetz wird eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger/Wirtschaft eingeführt, da Zuschüsse für Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention als Projektmittel beantragt werden müssen. Darüber hinaus werden mit der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts und den Berichtspflichten der Präventionsräte Land und des Nationalen Präventionsrats drei Informationspflichten der mittelbaren/unmittelbaren Staatsverwaltung eingeführt.

Kosten siehe unter D.

**Erster Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und
gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze
vom ...**

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention
- Artikel 2 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 4 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 6 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 7 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte
- Artikel 8 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes
- Artikel 9 Inkrafttreten

Artikel 1

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention (GfG)

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeine Regelungen

- § 1 Zweck des Gesetzes
- § 2 Verantwortung von Präventionsträgern, Bund, Ländern und Eigenverantwortung versicherter Personen
- § 3 Präventionsträger

Abschnitt 2

Nationaler Präventionsrat, Präventionsziele

- § 4 Nationaler Präventionsrat
- § 5 Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention
- § 6 Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung

Abschnitt 3

**Präventionsrat Land, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in
Lebenswelten**

- § 7 Präventionsrat Land
- § 8 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten

Abschnitt 4

**Qualitätssicherung, Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen
Prävention**

- § 9 Qualitätssicherung
- § 10 Modellvorhaben
- § 11 Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates
- § 12 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Abschnitt 5

Finanzmittel

- § 13 Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel

Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen, Präventionsziele

§ 1 Zweck des Gesetzes

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, Gesundheit, Lebensqualität, Eigenverantwortung und Beschäftigungsfähigkeit durch gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie durch Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention altersgerecht zu erhalten und die gesundheitlichen Ressourcen zu stärken.

(2) Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention sollen dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung von Kindheit an zu erhalten, zu verbessern und insbesondere sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen.

§ 2 Verantwortung von Präventionsträgern, Bund, Ländern und Eigenverantwortung versicherter Personen

(1) Die Präventionsträger nach § 3 sowie Bund und Länder wirken im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung sowie unter angemessener Einbeziehung der Beteiligten darauf hin, die Ziele nach § 1 zu erreichen.

(2) Die Präventionsträger unterstützen die Eigenverantwortung der Versicherten, indem sie die Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention sicherstellen und auf die Teilnahme der Versicherten an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention hinwirken.

§ 3 Präventionsträger

Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (Präventionsträger im Sinne dieses Gesetzes) sind:

1. die gesetzlichen Krankenkassen,
2. die private Krankenversicherung
3. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
4. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
5. die Träger der sozialen Pflegeversicherung,
6. der Nationale Präventionsrat nach § 4,
7. der Präventionsrat Land nach § 7.

Abschnitt 2 Nationaler Präventionsrat, Präventionsziele

§ 4 Nationaler Präventionsrat

(1) Zur Koordination zielgerichteter und qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention bilden die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 bis 5 einen nationalen Präventionsrat. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände erhalten einen Sitz.

(2) Der Nationale Präventionsrat wird als Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen der Präventionsträger gemäß § 3 Nr. 1 bis 5 gebildet. Er regelt in seiner Satzung insbesondere das Verfahren der Beschlussfassung und die Stimmverhältnisse. Die Verteilung der Stimmverhältnisse muss sicherstellen, dass die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 bis 5 nicht überstimmt werden können. Die Satzung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt eine Satzung bis zum [Datum einfügen] nicht zustande, wird der Inhalt der Satzung durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz bestimmt.

(3) Der Nationale Präventionsrat wird durch einen Beirat beraten, in dem insbesondere die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, der Deutsche Olympische Sportbund, die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen e.V., der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände vertreten sind.

(4) Der Nationale Präventionsrat nimmt die ihm durch die §§ 5, 6, 8 Abs. 5, 9 Abs. 2 bis 4, 10 Abs. 1, 11, dieses Gesetzes übertragenen Aufgaben wahr. Die Beschlüsse werden unter Einbeziehung der weiteren Mitglieder gefasst.

(5) Die Rechtsaufsicht führt das Bundesministerium für Gesundheit. § 208 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch findet entsprechend Anwendung.

§ 5

Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

(1) Der Nationale Präventionsrat beschließt, unter Einbeziehung insbesondere ärztlichen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen, ernährungswissenschaftlichen, sportwissenschaftlichen, physiologischen und anderen fachspezifischen Sachverständigen:

1. vorrangige Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder ausgewählten Bevölkerungs- oder Altersgruppen (Präventionsziele) und
2. Teilziele zur weiteren Konkretisierung der Präventionsziele.

(2) Die Präventionsziele und Teilziele nach Absatz 1 sind zur einheitlichen Ausrichtung der Präventionsträger nach § 3 verbindlich. Soweit im Verantwortungsbereich eines Präventionsrates Land nach § 7 besondere Bedarfslagen für Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention bestehen, kann er die Präventionsziele nach Absatz 1 entsprechend ergänzen.

(3) Als Maßstab für die Überprüfung, ob die Präventionsziele und ihre Teilziele erreicht sind, werden geeignete Zielgrößen bestimmt.

(4) Zur Vorbereitung von Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele entwickelt der Nationale Präventionsrat Vorschläge für Leistungen nach § 8 Abs. 2.

(5) Die Beschlüsse nach Absatz 1 werden erstmals zum [Datum einfügen] gefasst und im Abstand von sieben Jahren überarbeitet, soweit nicht eine frühere Überarbeitung erforderlich ist. Bis zur erstmaligen Beschlussfassung gelten die Präventionsziele und Teilziele sowie die Maßnahmenvorschläge zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach dem Abschlussbericht „gesundheitsziele.de“ des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland (BAnz. Nr. 64 vom 6. April 2005).

(6) Die Ziele und Teilziele sind im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

§ 6

Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung

Der Nationale Präventionsrat wirkt im Rahmen seiner Zuständigkeit gemeinsam mit den sonstigen Präventionsträgern darauf hin, die Ziele nach § 1 zu erreichen. Zu diesem Zweck entwickelt er Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und führt sie durch. Gesundheitliche Aufklärung soll zielgruppengerecht erfolgen um,

1. einen hohen Wissensstand im Bereich der gesundheitlichen Prävention vermitteln,
2. Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen stärken,
3. gesundheitsgerechtes Verhalten unterstützen und
4. gesundheitsriskantem Verhalten entgegenwirken.

Abschnitt 3

Präventionsrat Land, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten

§ 7

Präventionsrat Land

(1) Zur Durchführung der Maßnahmen nach §§ 8 Abs. 2 und 12 bilden die Präventionsträger nach § 3 Nr. 2 bis 4 sowie die Landesverbände der Krankenkassen für die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 und 5 und die Ersatzkassen in jedem Land einen Präventionsrat Land unter der Bezeichnung des jeweiligen Landes. Länder und kommunale Spitzenverbände erhalten einen Sitz.

(2) Der Präventionsrat Land wird als Arbeitsgemeinschaft gebildet. Er regelt in seiner Satzung insbesondere das Verfahren der Beschlussfassung, die Stimmverhältnisse und das Verfahren zu § 13 Abs. 3 Satz 2. Die Verteilung der Stimmverhältnisse muss sicherstellen, dass die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 bis 5 nicht überstimmt werden können. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Obersten Landesgesundheitsbehörde des Landes, in der die Arbeitsgemeinschaft ihren Sitz hat.

(3) Die Rechtsaufsicht über die Arbeitsgemeinschaft führt die jeweilige Oberste Landesgesundheitsbehörde des Landes, in der die Arbeitsgemeinschaft ihren Sitz hat. § 208 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch findet entsprechende Anwendung.

§ 8

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne dieses Gesetzes sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, Studierens und der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens. Träger von Lebenswelten sind natürliche oder juristische Personen, die Lebenswelten betreiben, unterhalten oder nutzen. Hierzu zählen auch die Einrichtungen nach §§ 19, 19a des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sowie Vereine, Verbände und Personengesellschaften, insbesondere Sport- und Wandervereine, Wohlfahrtsverbände und Sozialeinrichtungen, Personal- und Betriebsräte gemeinsam mit dem Arbeitgeber, die Angebote der Gesundheitsförderung nach Absatz 2 in Lebenswelten durchführen wollen.

(2) Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht. Der Präventionsrat Land kann diese Maßnahmen unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Kultusbehörden des jeweiligen Landes bewilligen wenn:

1. Präventionsziele und deren Teilziele nach § 5 und die Qualitätsanforderungen nach § 9 berücksichtigt sind,
2. die Beteiligung der Betroffenen vorgesehen ist, die Bereitschaft des Trägers der Lebenswelt zur dauerhaften Umsetzung von Maßnahmen besteht und er oder Dritte einen angemessenen Eigenanteil für die Leistung übernehmen.

Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit werden nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der dafür nach diesem Gesetz aufzubringenden Finanzmittel beachtet.

(3) Mit den Maßnahmen nach Absatz 2 sollen die gesundheitliche Situation ermittelt und Vorschläge zur Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten gemacht werden. Sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen ist entgegen zu wirken. Die Maßnahmen umfassen:

1. die Ermittlung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken in der Lebenswelt (gesundheitsbezogene Bedarfsermittlung),
2. die Organisation der Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Management der Gesundheitsförderung),
3. die Verbesserung der gesundheitlichen Situation soweit sie als Sozialleistung nach § 11 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gewährt werden kann.

(4) Der Eigenanteil nach Absatz 2 Nr. 2 kann auch in Form von Sach- oder Personalmitteln erbracht werden. Dienen Maßnahmen in betrieblichen Lebenswelten auch der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten oder der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, erhöht sich der Eigenanteil des Arbeitgebers entsprechend.

(5) Der Nationale Präventionsrat kann sich an Leistungen nach Absatz 2 beteiligen sowie im Einvernehmen mit den Präventionsräten der Länder nach § 7 branchenorientierte oder betriebsübergreifende Leistungen zur Förderung der Ziele nach Absatz 1 ergänzend durchführen.

Abschnitt 4

Qualitätssicherung, Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

§ 9

Qualitätssicherung

(1) Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach § 8 Abs. 2 dürfen nur erbracht oder gewährt werden, wenn eine nachvollziehbare, erfolgversprechende Konzeption zur Sicherstellung der Qualität vorgelegt wird. Die Leistungserbringer stellen die Qualität der Leistungen durch zielgerichtete und systematische Verfahren sicher und entwickeln sie weiter. Die Präventionsträger nach § 3 Nr. 6 und 7 stellen die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 2 in geeigneter Weise sicher.

(2) Der Nationale Präventionsrat legt unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverständs die Anforderungen und Kriterien an Qualität und Qualitätssicherung (Qualitätsanforderungen) fest. Zu deren Überprüfung entwickelt er Kriterien und Methoden.

(3) Qualitätsanforderungen werden erstmals zum [Datum einfügen, ein Jahr nach Inkrafttreten] beschlossen und regelmäßig, spätestens im Abstand von vier Jahren überprüft. Bis zur

erstmaligen Beschlussfassung gelten die auf Grund des § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Qualitätskriterien.

(4) Die Qualitätsanforderungen sind im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

§ 10 Modellvorhaben

(1) Die Präventionsträger gemäß § 3 Nr. 6 und 7 können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben zur gesundheitlichen Prävention durchführen. Modellvorhaben sollen zur Erreichung der Präventionsziele und ihrer Teilziele nach § 5 durchgeführt werden. Sie sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Modellvorhaben sind dazu bestimmt, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention zu verbessern.

(2) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben sind nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen.

§ 11 Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates

Der Präventionsrat Land nach § 7 berichtet dem Nationalen Präventionsrat über seine Erfahrungen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz. Die Berichte enthalten insbesondere Angaben zu den Aufwendungen für die Leistungen, Zugangswegen, dem Erreichungsgrad der Bürgerinnen und Bürger, zur Nutzung der Maßnahmen und ihrer Wirksamkeit, zu den Erfahrungen mit dem Stand der Qualitätssicherung und den Ergebnissen, zu den Verfahren nach diesem Gesetz sowie möglichen Schlussfolgerungen. Der Nationale Präventionsrat erstellt unter Berücksichtigung der Gesundheitsberichte des Bundes einen Gesamtbericht und legt ihn über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmals zum [Datum einfügen] vor. Die Berichte werden im Abstand von vier Jahren, erstmals zum [Datum einfügen: drei Jahre nach Inkrafttreten] erstellt.

§ 12 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

(1) Als eine Grundlage für Planung und Bewertung von Instrumenten zur gesundheitlichen Prävention erstellt das Robert Koch-Institut als zuständige Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (Gesundheitsberichte) und wertet dazu die Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2 sowie Daten der Länder einschließlich der epidemiologischen Krebsregister, der Kommunen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus.

(2) Die Gesundheitsberichte enthalten insbesondere die für die Aufstellung von Präventionszielen und Teilzielen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach § 5 erforderlichen Angaben. In dem dafür erforderlichen Umfang führt das Robert Koch-Institut epidemiologische Erhebungen durch. Das Robert Koch-Institut überprüft stichprobenhaft die Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz.

(3) Die Gesundheitsberichte werden in Abständen von sieben Jahren erstellt, erstmals zum [Datum einfügen]. Die Fortschreibungen enthalten die nach § 11 erforderlichen Angaben über

die Entwicklung gegenüber den vorangegangenen Gesundheitsberichten; Zwischenberichte können erstellt werden.

Abschnitt 5 Finanzmittel

§ 13 Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel

(1) Die Präventionsträger nach § 3 Nr. 1 und Nrn. 3 bis 5 leisten für Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten gemäß § 8 Abs. 2 und für die Maßnahmen des Nationalen Präventionsrates und für dessen Organisation bis zu einem Gesamtaufwand je versicherter Person im Jahr 2009 wie folgt:

1. die gesetzlichen Krankenkassen 1,65 Euro,
2. die sozialen Pflegekassen 0,16 Euro,
3. die Träger der allgemeinen Rentenversicherung 0,85 Euro,
4. die Träger der Alterssicherung der Landwirte 0,85 Euro,
5. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 0,29 Euro.

Die substitutive Krankheitskostenversicherung leistet hierfür eine Abgabe nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße im Vergleich zum Vorjahr nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen.

(3) Die Finanzmittel nach Absatz 1 werden dem jeweiligen Präventionsrat Land nach § 7 zur Verfügung gestellt. Der Präventionsrat Land führt davon mindestens 5 vom Hundert an den Nationalen Präventionsrat nach § 4 ab.

(4) Finanzmittel für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in den Lebenswelten nach § 8 Abs. 2, die im laufenden Jahr nicht abgerufen wurden, stehen im Folgejahr zur Verfügung. Werden im darauf folgenden Jahr Finanzmittel gemäß Satz 1 nicht in Anspruch genommen, so werden sie entsprechend der Bevölkerungszahl des jeweiligen Landes an die Präventionsräte Land für Maßnahmen gemäß § 8 bereitgestellt.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Ermittlung der Beträge nach den Absätzen 2 und 3 festzulegen. Die Rechtsverordnung regelt auch das Verfahren der Feststellung und der Aufteilung der Finanzmittel und der Zahlungswege, der Durchführung und Abrechnung des monatlichen Zahlungsverkehrs zwischen Präventionsträgern nach § 3 Nr. 1 und Nrn. 3 bis 5 und den Präventionsräten Land und das Nähere zu Absatz 6.

(6) Aufwendungen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention die vor Inkrafttreten der §§ 6, 8 und 10 bewilligt wurden, werden auf die nach Absatz 1 zu leistenden Beträge angerechnet.

(7) In einem Zeitraum von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes wachsen die Beträge auf die in Absatz 1 festgelegten Summen in Stufen wie folgt auf: Im Jahr 2009 auf 50 vom Hundert der in Absatz 1 festgelegten Summen. Für die Folgejahre bestimmt der Nationale Präventionsrat im Benehmen mit den Präventionsräten Land die bedarfsgerechte Steigerung der Beträge bis zum Höchstbetrag.

Artikel 2 **Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 35 Abs. 1 Satz 4 werden nach dem Wort „Künstlersozialkasse“ und dem Komma die Wörter „den Nationale Präventionsrat und die Präventionsräte Land, nach den §§ 4 und 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention,“ eingefügt.

2. In § 68 wird der Punkt am Ende der Nummer 17 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 18 angefügt:

„18. das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.“

Artikel 3 **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 und 6 des Gesetzes vom 14. Juni 2007 (BGBl. I S. 1066), wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Die Bezeichnung zu § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20
Prävention“

b) Absatz 2 wird 3 und der neue Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten erbringen die Krankenkassen Leistungen nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Dabei sind die Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention gemäß § 5 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie die Qualitätsanforderungen nach § 9 Abs. 2 dieses Gesetzes zu beachten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt sich an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention, um die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten."

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 2 und nach den §§ 20a und 20b sowie zur Finanzierung der Aufgaben des Nationalen Präventionsrats nach § 4 und der Aufgaben der Präventionsräte Land nach § 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention betragen im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten 2,74 Euro. Die Beträge sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen. "

2. In § 21 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Zur Bestimmung der Höhe der nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes an die Präventionsräte Land nach § 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention zu übermittelnden Beträge stellt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. September eines Kalenderjahres für das Vorjahr die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen nach Absatz 1 je Versicherten im Alter von unter 15 Jahren fest."

3. Nach § 132e wird eingefügt:

"§132f

Versorgung mit Früherkennungsuntersuchungen in betrieblichen Lebenswelten

Soweit es erforderlich ist, über die betriebliche Lebenswelt zu Personen Zugang zu erhalten, die sonst nicht oder nur unzureichend mit Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten erreichbar sind, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung, Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 mit geeigneten Fachärztinnen und Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärztinnen und Ärzten oder deren Gemeinschaften. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung nach Satz 1 gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend."

4. § 270 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a wird die Angabe "§ 53 Abs. 5" durch die Wörter "§ 53 Abs. 6 und der von ihnen gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention monatlich aufzubringenden Finanzmittel" ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Das Bundesversicherungsamt überweist monatlich anteilig die gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention von den Krankenkassen aufzubringenden Mittel an den jeweiligen Präventionsrat Land (§ 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention). Das Nähere zur Durchführung des Zahlungsverkehrs und der Abrechnung erfolgter Zahlungen ist in einer gemeinsamen Vereinbarung zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Präventionsräten Land zu bestimmen.“

Artikel 4

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. März 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG - (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift im Zweiten Kapitel Erster Abschnitt wird wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe".

b) Vor § 9 wird eingefügt:

„§ 8a Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten“.

c) Nach § 12 wird eingefügt:

"§ 12a Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten"

d) In den Überschriften zu den §§ 220 und 287b werden jeweils vor den Wörtern „zur Teilhabe“ die Wörter „zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und“ eingefügt.

2. Vor § 9 wird folgender § 8a eingefügt:

„§ 8a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten nach § 12a. Sie beteiligt sich an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention, um die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten.“

3. Nach § 12 wird eingefügt:

„§ 12a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten
Zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten erbringen die Träger der Rentenversicherung Leistungen nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.“

4. In § 31 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Nummer 5 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dazu gehören auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.“

5. § 220 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden vor den Wörtern „zur Teilhabe“ die Wörter „zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und“ eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor den Wörtern „zur Teilhabe“ die Wörter „zur gesundheitlichen Prävention (§ 8a) und“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gesamthöhe der bisherigen jährlichen Ausgaben nach Satz 1 wird durch die Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention (§ 8a) nicht verändert.“

c) In Absatz 2 Satz 1 werden vor den Wörtern „zur Teilhabe“ die Wörter „zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention (§ 8a) und“ eingefügt.

6. § 287b wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 und 4 werden jeweils vor den Wörtern „zur Teilhabe“ die Wörter „zur Gesundheitlichen Prävention und gesundheitlichen Prävention (§ 8a) und“ eingefügt.

Artikel 5 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S...), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 20 wird folgende Überschrift eingefügt:

„§ 20a Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten“

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

„§ 20a

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten

Zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten erbringen die Unfallversicherungsträger Leistungen nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Die Unfallversicherung beteiligt sich über ihre Spitzenorganisationen an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention, um die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten.“

Artikel 6 **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. März 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG - (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Überschrift zu „§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ folgender Abschnitt eingefügt:

„Sechster Abschnitt

Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und zur Verhütung von Pflegebedürftigkeit

§ 45e Grundsätze

§ 45f Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten“.

2. Nach § 45d wird eingefügt:

„Sechster Abschnitt
Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention
§ 45e
Grundsätze

Zur Vorbeugung des Eintritts oder der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit erbringen die Pflegekassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten (§ 45f) und beteiligen sich an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

§ 45f

Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten
Zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten erbringen die Pflegekassen Leistungen nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Die soziale Pflegeversicherung beteiligt sich an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.“

3. § 66 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Das Bundesversicherungsamt überweist aus Mitteln des Ausgleichsfonds den nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention von den Pflegekassen aufzubringenden Betrag an den jeweiligen Präventionsrat Land.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Im neuen Absatz 3 werden nach den Wörtern „Deutschen Rentenversicherung Bund“ die Wörter „sowie mit dem jeweiligen Präventionsrat Land“ eingefügt.

Artikel 7 **Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte**

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. März 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG - (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift zum Zweiten Kapitel Erster Abschnitt wird wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe".

b) Vor § 7 wird eingefügt:

„§ 6a Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention“.

c) Nach § 9 wird eingefügt:

"§ 9a Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention ".

d) In der Überschrift zu den § 80 werden vor dem Wort „Teilhabe“ die Wörter „Gesundheitsförderung, gesundheitliche Prävention und“ eingefügt.

2. Im Zweiten Kapitel wird die Überschrift des Ersten Abschnitts wie folgt gefasst:

"Leistungen zur Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Prävention und Teilhabe".

3. Vor § 7 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

Die Alterssicherung der Landwirte erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten (§ 9a). Sie beteiligt sich an dem Nationalen Präventionsrat nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention, um die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten.“

4. Nach der Überschrift des Zweiten Unterabschnitts werden folgende § 9a eingefügt:

"§ 9a

Gesundheitsförderung und Gesundheitliche Prävention

Zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten erbringen die landwirtschaftlichen Alterskassen Leistungen nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. "

5. § 80 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistungen zur“ die Wörter „Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Prävention und zur“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Höhe der bisherigen jährlichen Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Satz 1 wird durch das Hinzutreten der Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention (§ 6a) nicht verändert.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistungen zur“ die Wörter „Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Prävention und zur“ eingefügt.

Artikel 8 **Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), durch das Gesetz vom 26. März 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs

in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG - (BGBl. I S. 378), wird wie folgt geändert:

1. In die Inhaltsübersicht wird nach § 12g folgende Überschrift eingefügt:

"§12h Sonderabgabe für Zwecke der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention".

2. Nach § 12g wird eingefügt:

" § 12h

Abgabe für Zwecke der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

(1) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung hat jedes Versicherungsunternehmen für jede bei ihm vollversicherte Person eine Abgabe an die Präventionsräte Land gemäß § 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention für die Zwecke des §§ 7 und 8 nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 dieses Gesetzes sowie für die Zwecke des § 21 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nach Maßgabe des Absatzes 2 zu übermitteln. Das private Krankenversicherungsunternehmen kann sich zur Erfüllung dieser Verpflichtungen eines Verbandes bedienen, der die Interessen der Privaten Krankenversicherung repräsentiert.

(2) Die Höhe der Abgabe für die in § 21 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Zwecke bemisst sich an dem nach § 21 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch festgestellten Betrag, multipliziert mit der Anzahl der Vollversicherten im Alter von unter 15 Jahre."

**Artikel 9
Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Artikel 1 §§ 6, 8, 10, 13, Artikel 3 Nr. 1b und c, Nr. 3, Nr. 5, Artikel 4 Nr. 2 und 3, Artikel 5 Nr. 2, Artikel 6 Nr. 2 und 3, Artikel 7 Nr. 3 und 4 und Artikel 8 Nr. 2 treten am [ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] in Kraft.

(3) Artikel 1 § 9 Abs. 1 tritt am [ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] in Kraft.

Berlin, den [Datum einfügen]

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf und Ziele

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention richtet sich an alle. Auf der Grundlage der Eigenverantwortung jedes und jeder Einzelnen stärken die Maßnahmen das Bewusstsein für einen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Dazu gehört das eigene Verhalten ebenso wie die Gestaltung des Lebensumfeldes. Auf diese Weise können alle von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention profitieren: Es können Krankheiten vermieden bzw. früh erkannt und damit frühzeitig behandelt werden. Bestehende Krankheiten können besser bewältigt werden und Folgekrankheiten sowie Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung können hinausgezögert oder verhindert werden. Denn Gesundheit ist eine Voraussetzung für Wirtschaftskraft, Innovationsfähigkeit, Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens. Die Gesundheitspolitik muss daher selbst Impulsgeber und Motor einer solchen Politik sein.

Gesundheitssurveys – nicht zuletzt der Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts – bestätigen das Ansteigen von gesundheitlichen Risikofaktoren und chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Die steigende Lebenserwartung, der zunehmende Anteil älterer Menschen und die deutlicher werdende Ungleichheit der Gesundheitschancen in unserer Gesellschaft stellen große Herausforderungen dar und machen die stärkere Nutzung auch der ökonomischen Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention werden in den sozialen Sicherungssystemen Strukturen für den notwendigen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und Pflege geschaffen.

1. Potenziale der gesundheitlichen Prävention

Eine wesentliche Ursache für die Entstehung vieler Erkrankungen ist der Lebensstil: Ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, Stress und Suchtmittelkonsum können zu Gesundheitsrisiken werden. Dies gilt für alle Altersgruppen. Prävention und Gesundheitsförderung sind hier die Instrumente, mit denen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen grundlegend beeinflusst werden können. Das beginnt im Kindes- und Jugendalter, wenn Gesundheitsverhalten entwickelt wird und reicht über das Erwachsenenalter bis in das höhere Lebensalter.

Ein weiteres Potential liegt in der gesundheitsfördernden Gestaltung des Lebensumfeldes. Der Begriff „Lebenswelt“ überträgt den im Englischen gebräuchlichen Begriff „Setting“, der auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vertreten wird, in die deutsche Sprache. Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung sind umso nachhaltiger, je besser es gelingt, den einzelnen Menschen in seinem jeweiligen Lebenszusammenhang zu erreichen. Mit einem solchen Zugang wächst die Chance, dauerhafte Änderungen im Lebensalltag und im Gesundheitsverhalten der Menschen zu bewirken. So besteht am ehesten die Möglichkeit, soziale und geschlechtsspezifische ungleiche Gesundheitschancen zu verringern und die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt spürbar zu verbessern. Das Gesetz soll darauf hinwirken, dass diese Instrumente konsequent genutzt werden.

2. Ausbau des Systems der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention

Zur Ausschöpfung aller präventiven Potenziale bedarf es eines Paradigmenwechsels: Unser Gesundheitssystem, das sich bislang überwiegend auf Kuration, Rehabilitation und Pflege stützt, garantiert allen Bürgerinnen und Bürgern eine hochwertige Gesundheitsversorgung. Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention erfährt dieses System seine notwendige Erweiterung. Ziel ist es, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, das Bewusstsein und die Befähigung für einen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu fördern.

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention unterstützen den verantwortlichen Umgang der Menschen mit ihrer Gesundheit. Die vorhandenen Strukturen sollen mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Maßnahmen zielorientiert zu bündeln. Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenz des Bundes enthält das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention die Vorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherungen unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung, die diese zur Zusammenarbeit miteinander und mit Bund, Ländern und Kommunen verpflichtet. Die Leistungen werden auf Präventionsziele der Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet und müssen festgelegten Qualitätsanforderungen entsprechen.

Künftig werden im Bereich die gesetzliche Krankenversicherung unter Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung in Kooperation mit den in den Ländern für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention zuständigen Stellen gemeinsam Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention beschließen und finanzieren.

Dadurch entsteht ein zielgruppenspezifisches, nachhaltiges und qualitativ gesichertes Angebot der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in der Lebenswelt. Ziel ist es, eine

abgesicherte und dauerhafte Kooperation der Sozialversicherungsträger, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie anderer Institutionen sicherzustellen. Für eine effektive Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention wird die Qualität sicher gestellt, indem einheitliche und verbindliche Anforderung auf Bundesebene entwickelt werden. Dabei wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Wirkungen der gesundheitsfördernden Maßnahmen oft nicht direkt gemessen werden können.

Auf dieser Grundlage wird es zwei Handlungsebenen geben:

- Auf nationaler Ebene wird ein Nationaler Präventionsrat gebildet, der Ziele von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie Qualitätsanforderungen verpflichtend festlegt und zur Unterstützung der Breitenwirkung bundesweite Aufklärungskampagnen durchführt.
- Auf regionaler Ebene werden Präventionsräte unter dem Namen des jeweiligen Landes gebildet, die in Kooperation mit den in den Ländern zuständigen Stellen zur Umsetzung der Ziele konkrete Projekte und Maßnahmen im direkten Lebensumfeld der Bürgerinnen und Bürger bewilligen.

Auf der Grundlage des Gesetzes leisten die Sozialversicherungen und die private Krankenversicherung einen Beitrag zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Die Aufgaben im Bereich der Sozialversicherungen werden neu gestaltet. Dabei bleibt die Aufgabentrennung zwischen Staat und Sozialversicherung erhalten. Die Weiterentwicklung von Aufgaben der Sozialversicherung wird ausschließlich an den originären Aufträgen der Versichertengemeinschaften ausgerichtet. Eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung findet nicht statt. Bund, Länder und Sozialleistungsträger kommen ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger wie bisher nach. Der Bund leistet u. a. mit dem Ausbau der Gesundheitsberichterstattung einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

II. Instrumente und Maßnahmen des Gesetzes

Zu den Instrumenten und Maßnahmen gehören insbesondere:

- Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als Auftrag der Sozialversicherung und der Privaten Krankenversicherung
- Klare Orientierung durch gemeinsame Präventionsziele zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention
- Sicherung der Qualität durch einheitliche Anforderungen
- Lebensweltbezogene Maßnahmen auf regionaler Ebene als gemeinsame Aufgabe der Präventionsträger
- Bildung eines Nationalen Präventionsrats
- Bildung von Präventionsräten Land

- Erfolgskontrolle durch Erfahrungsberichte und Gesundheitsberichterstattung.

1. Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als Auftrag der Sozialversicherung und der privaten Krankenversicherung

Bislang ist Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention im Sozialgesetzbuch als Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs) und zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 1 Nr. 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch) verankert. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention erhalten auch die gesetzliche Rentenversicherung, einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, und die soziale Pflegeversicherung die Aufgabe, Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in den Lebenswelten als gemeinsame Aufgabe wahrzunehmen.

Dazu wird die finanzielle Grundlage neu geregelt: Im Bereich der Sozialversicherung werden die bestehenden Leistungen der gesundheitlichen Prävention ausgebaut und weitere Sozialversicherungszweige einbezogen. Die bisher in § 20 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verankerte Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, gesundheitliche Prävention zu finanzieren, bleibt erhalten. Sie wird ergänzt um die Verpflichtung der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, ebenfalls Finanzmittel für die gesundheitliche Prävention zur Verfügung zu stellen, da auch diese Zweige der Sozialversicherung von primärpräventiven Erfolgen profitieren.

Für Maßnahmen in Lebenswelten, z. B. in Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen oder Senioreneinrichtungen auf Landesebene werden 206 Millionen Euro den Präventionsräten Land zugeführt, wovon 10,3 Millionen für Aufgaben des Nationalen Präventionsrats zur Verfügung gestellt werden. Dieser Betrag wird beginnend mit 50 vom Hundert der Summe stufenweise in einem Dreijahreszeitraum aufwachsen und nicht zu einer Anhebung der Beitragssätze führen.

Auch die Private Krankenversicherung wird entsprechend der Anzahl ihrer Versicherten an der Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention beteiligt. Lebensweltbezogene Maßnahmen, einschließlich der Gruppenzahnprophylaxe gemäß § 21 SGB V, kommen auch privat Versicherten zugute, ebenso wie die Aufgaben, die auf nationaler Ebene durch den Nationalen Präventionsrat wahrgenommen werden.

2. Gemeinsame Orientierung an Präventionszielen

Die Leistungen und Maßnahmen sollen an vorrangigen Präventionszielen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und an Teilzielen ausgerichtet werden. Sie werden vom Nationalen Präventionsrat verbindlich festgelegt. Damit wird die Voraussetzung

für eine gemeinsame Strategie geschaffen, die sich an der Erreichung eines gemeinsamen Ergebnisses orientiert. Mit bundesweiten Aufklärungskampagnen wird der Nationale Präventionsrat die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein für die Notwendigkeit zielorientierter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention schaffen, die auf regionaler Ebene als Maßnahmen in den Lebenswelten durchgeführt werden. Erfahrungen mit erfolgreichen Kampagnen zum Beispiel der Unfallversicherung oder der AIDS-Kampagne zeigen, dass ein solch abgestimmtes und ineinander greifendes System von Maßnahmen die besten Wirkungen entfaltet.

Auf regionaler Ebene können die Präventionsziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und ihre Teilziele bei landesspezifischen Erfordernissen um weitere Schwerpunkte ergänzt werden. Auf diese Weise wird ein möglichst einheitliches System der Zielorientierung etabliert, das gleichzeitig flexibel genug ist, den Bedarf vor Ort einzubeziehen. Um eine Überprüfung der Ziele zu ermöglichen, sollen sie quantifiziert, d. h. mit bezifferbaren Zielgrößen versehen werden. Folglich kann bei allen Präventionszielen der Grad der Zielerreichung bestimmt werden. Eine Überprüfung und Neubestimmung der Präventionsziele soll spätestens alle sieben Jahre erfolgen.

3. Qualitätssicherung durch einheitliche Anforderungen

Wie bei der gesundheitlichen Versorgung müssen auch Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention auf Qualität ausgerichtet und ihre Wirkungen überprüft werden. Daher wird Qualitätssicherung von Anfang an für alle Leistungen und Maßnahmen verpflichtend eingeführt. Das Konzept der Qualitätssicherung ist zweistufig: Es erfordert den Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolversprechenden Konzepts bei Aufklärungskampagnen oder Maßnahmen in den Lebenswelten. Bei der Durchführung soll in der zweiten Stufe die Ergebnisqualität überprüft und nachgewiesen werden.

4. Lebensweltbezogene Maßnahmen auf regionaler Ebene

Bislang werden nur wenige Versicherte mit Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention erreicht. Um eine deutlich größere Breitenwirkung zu erzielen müssen die Angebote dort ansetzen, wo die Menschen im direkten Lebensumfeld (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Senioreneinrichtungen, Universitäten, Arbeitsagenturen der Grundsicherung für Arbeitssuchende und Stadtteilen) erreicht werden können. Dieser Ansatz zielt auf die Änderung sowohl des Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheitsverhaltens als auch der gesundheitsbelastenden und –gefährdenden Lebensverhältnisse. Dazu wird ein Prozess angestoßen, der geeignet ist, Menschen in ihrem konkreten Lebenszusammenhang zu erreichen, ihr Gesundheitsbewusstsein zu stärken und sie befähigt, gemeinsam entwickelte Gestaltungsmöglichkeiten zu ergreifen. Auf diese Weise wird Nachhaltigkeit erzielt und zugleich werden einfache und praktikable Zugangswege für

Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken erschlossen, die ansonsten kaum mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention erreicht werden. Das ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, gesundheitlicher Chancengleichheit näher zu kommen.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention legt daher den Schwerpunkt auf lebensweltbezogene Maßnahmen, die auf der regionalen Ebene koordiniert und durchgeführt werden.

5. Nationaler Präventionsrat

Künftig sollen auf nationaler Ebene die Präventionsziele und die Qualitätsanforderungen bestimmt sowie bundesweite Aufklärungskampagnen durchgeführt werden. Darüber hinaus wird der Nationale Präventionsrat Modellprojekte und ergänzende lebensweltbezogene Maßnahmen im Einvernehmen mit den jeweiligen Präventionsräten Land auf der regionalen Ebene durchführen. Dazu wird ein Nationaler Präventionsrat gebildet. Mitglieder sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, die private Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die soziale Pflegeversicherung. Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände sind beteiligt.

6. Erfolgskontrolle durch Erfahrungsberichte und Gesundheitsberichterstattung

Als Grundlage für die Entwicklung der Präventionsziele sowie die Überprüfung der Zielerreichung wird die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts auf diese Aufgabe ausgerichtet. Zu diesem Zweck wird das Robert Koch-Institut regelmäßig eigene Studien durchführen und die von Ländern und Kommunen sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung gestellten Daten auswerten.

Erfahrungsberichte der Präventionsräte Land, die in einem Präventionsbericht des Nationalen Präventionsrats zusammengefasst werden, sollen eine Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen und der Zweckmäßigkeit alle vier Jahre ermöglichen.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

1. Der Bund hat nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (GG) die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren und andere dort genannte gesundheitsrelevante Regelungsmaterien. Die vorliegenden Neuregelungen dienen der Weiterentwicklung des bestehenden Gesundheitssystems, in dem die Prävention gleichrangig neben die Kuration, Rehabilitation und Pflege gestellt wird. Sie sollen außerdem eine einer

einheitlichen Zielsetzung folgende Leistungserbringung aller Sozialversicherungsträger für das gesamte Bundesgebiet gewährleisten.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention regelt mit dem Ziel der Wirksamkeit und Effizienz Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern auf Bundesebene und auf Landesebene sowie den in den Ländern zuständigen Trägern der gesundheitlichen Vorsorge.

Die Private Krankenversicherung wird aufgrund des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 11 GG dazu verpflichtet, eine Abgabe zu entrichten.

2. Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 72 Abs. 1 GG haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat. Der Bund macht mit dem vorliegenden Artikelgesetz von seiner Gesetzgebungskompetenz nach Artikels 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG Gebrauch.

3. Nach Artikel 72 Abs. 2 GG hat der Bund unter anderem auf dem Gebiet des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 11 GG dann das (konkurrierende) Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit es zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts – und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich ist.

Die Wahrung der Wirtschaftseinheit liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland durch bundeseinheitliche Rechtsetzung geht (vgl. BVerfGE 106, 62).

Mit § 12h VAG wird eine Abgabe zu Lasten von PKV-Unternehmen eingeführt, mit der alle PKV-Unternehmen einheitlich an den Kosten der Leistungen gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt werden, an denen ihre Versicherten teilhaben. Zum Erhalt der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraumes der Bundesrepublik Deutschland und um eine Rechtszersplitterung zu vermeiden liegt es im gesamtstaatlichen Interesse, aus dem Kompetenztitel des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 11 GG eine bundeseinheitliche Regelung zu treffen.

4. Der Bundesgesetzgeber kann die Behördeneinrichtung und das Verwaltungsverfahren der Länder bei der Ausführung der Bundesgesetze als eigene Angelegenheit (Artikel 83, 84 Abs. 1 GG) regeln; die Länder können aber hiervon abweichende Regelungen treffen. Es wird auf die Möglichkeit verzichtet, das Gesetz abweichungsfest zu gestalten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention –GfG-)

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Regelungen)

Zu § 1 (Zweck des Gesetzes)

Absatz 1 formuliert die Präventionsziele des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention und benennt die Instrumente, mit denen diese verfolgt werden sollen. Vorangestellt und hervorgehoben wird das Ziel, Gesundheit, Lebensqualität, Eigenverantwortung und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu stärken. Der umfassende Ansatz bezieht die Aspekte des Lebens, die mit Gesundheit in einer Wechselwirkung stehen, ein und erhebt ihre Erhaltung und Stärkung zu einem zentralen Ziel der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur gesundheitlichen Prävention. Er macht zugleich deutlich, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit.

Als Instrumente werden die gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie die Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur gesundheitlichen Prävention genannt:

Der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung kommt im Rahmen der Gesundheitsförderung und zur gesundheitlichen Prävention maßgebliche Bedeutung zu. Die gesundheitliche Aufklärung z. B. durch Aufklärungskampagnen ist ein zentrales Instrument zur Stärkung des Verantwortungsbewusstseins für die eigene Gesundheit und zur Anregung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in der Bevölkerung. Unter Aufklärung in diesem Sinne ist neben Information auch die Motivation, die Informationen in Verhalten umzusetzen, zu verstehen. Insoweit trägt Aufklärung auch dazu bei, dass der einzelne Mensch befähigt wird, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Aufklärung und Beratung ergänzen die Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur gesundheitlichen Prävention und haben daher – anders als die Aufklärungsaufträge in anderen Teilen des Sozialgesetzbuches, z. B. § 13 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – nicht primär die Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten zum Inhalt, sondern richten sich mit konkreten, gesundheitsbezogenen Informationen an die Versicherten.

Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention sind Maßnahmen, mit denen die Versicherten in ihrem direkten Lebensumfeld erreicht werden. Diese zielen auf die Änderung gesundheitsriskanten Verhaltens und gesundheitsgefährdender Lebensumstände.

Absatz 2 formuliert das Ziel, die Gesundheitschancen der Bevölkerung zu verbessern. Gesundheitsförderung und Prävention sollen dazu beizutragen, sozial- oder geschlechtsspezifisch ungleiche Gesundheitschancen abzubauen und benachteiligte Personengruppen und Personen in Lebenslagen zu erreichen, die besondere Gesundheitsrisiken aufweisen und die bislang von Präventionsangeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung kaum erreicht werden. Zu diesen gehören beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Menschen mit einer Behinderung.

Zu § 2 (Verantwortung von Präventionsträgern, Bund, Ländern und Eigenverantwortung versicherter Personen)

Absatz 1 trägt der Aufteilung der Verantwortlichkeiten für die Aufgaben der gesundheitlichen Prävention zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern Rechnung. Gesundheitliche Prävention ist eine gemeinsame Aufgabe und kann ohne das Zusammenwirken aller Beteiligten nicht erfolgreich sein. Daher begründet Absatz 1 für die Präventionsträger nach § 3 die Verpflichtung, mit Bund, Ländern und Kommunen bei der Erreichung der in § 1 genannten Ziele der gesundheitlichen Prävention zusammenzuwirken.

Absatz 2 stellt klar, dass die Maßnahmen und Leistungen nach diesem Gesetz den Einzelnen nicht der Verantwortung für die eigene Gesundheit entheben. Es liegt in der Verantwortung und dem Interesse des Einzelnen, diejenigen Gesundheitsrisiken zu vermeiden, die durch eigenes Verhalten beeinflusst werden können. Die Aufgabe der Präventionsträger ist es, ihre Versicherten dabei durch entsprechende Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Die Regelung nimmt Bezug auf die geltenden Bestimmungen in § 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in § 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 3 (Präventionsträger)

Die Vorschrift enthält eine gesetzliche Definition der Präventionsträger.

Zu Abschnitt 2 (Nationaler Präventionsrat, Präventionsziele)

Zu § 4 (Nationaler Präventionsrat)

Mit Absatz 1 werden die Präventionsträger nach § 3 verpflichtet, ein gemeinsames Gremium zu bilden, in dem auch Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände vertreten sind.

In Absatz 2 wird die Organisation des Nationalen Präventionsrates geregelt und die Satzung an die Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit gebunden. Für den Fall, dass sich die Präventionsträger nicht auf die Inhalte der Satzung verständigen können, werden diese durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Einvernehmen mit weiteren Bundesministerien vorgegeben.

Absatz 3 sieht die Bildung eines Beirats vor, in dem die maßgeblichen Akteure der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention vertreten sind.

Absatz 4 weist dem Nationalen Präventionsrat besondere Aufgaben zu. Unter anderem die Aufgaben Präventionsziele und Qualitätsanforderungen verbindlich festzulegen. Es wird klargestellt, dass die weiteren Mitglieder daran beteiligt werden.

Absatz 5 enthält Regelungen über die Rechtsaufsicht sowie das Haushalts- und Rechnungswesen.

Zu § 5 (Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention)

Zur Sicherung einer zielorientierten und aufeinander abgestimmten Leistungserbringung verpflichtet die Vorschrift die Präventionsträger, die Leistungen an Präventionszielen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung auszurichten. Dazu sollen nach Absatz 1 von dem Nationalen Präventionsrat vorrangige Präventionsziele und Teilziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention beschlossen werden. Die Ziele binden den Nationaler Präventionsrat selbst sowie die Präventionsräte Land. Sie umfassen nach Absatz 1 Nr. 1 die innerhalb eines überschaubaren zeitlichen Rahmens mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention künftig vorrangig zu verfolgenden Ziele und nach Nummer 2 Teilziele zu deren Konkretisierung.

In Absatz 2 wird die Möglichkeit eröffnet auf regionale Besonderheiten bei der Zielbestimmung flexibel reagieren zu können und dementsprechend die durch den Nationaler Präventionsrat festgelegten Präventionsziele zu ergänzen.

Nach Absatz 3 sollen die Präventionsziele quantifiziert, also mit geeigneten messbaren Indikatoren verknüpft werden, damit ihre Erreichung im Rahmen der vorgesehenen Gesundheitsberichte nach § 12 überprüft werden kann.

Nach Absatz 4 soll der Nationale Präventionsrat neben der Erarbeitung von Präventionszielen und Teilzielen auch Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele vorschlagen. Dies gilt für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten nach § 8 Abs. 2.

Absatz 5 Satz 1 bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Präventionsziele und ihre Teilziele erstmals beschlossen und in welchem Abstand sie überarbeitet werden sollen. Analog zu den durch das Robert Koch-Institut nach § 12 Abs. 3 zu erstellenden Gesundheitsberichten wird er im Regelfall auf sieben Jahre festgelegt. So wird sichergestellt, dass eine Neubestimmung der Präventionsziele immer auch die Erreichung der zuvor festgelegten Ziele berücksichtigt. In

Ausnahmefällen kann eine frühere Überarbeitung erfolgen, falls dies erforderlich ist. Bis zur erstmaligen Beschlussfassung bestimmt Satz 2, dass auf die im Rahmen des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland erarbeiteten Präventionsziele zurückgegriffen werden soll, die im Bundesanzeiger Nr. 64 vom 6. April 2005 veröffentlicht worden sind.

Absatz 6 regelt die Veröffentlichung der Präventionsziele und ihrer Teilziele.

Zu § 6 (Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung)

Die Vorschrift überträgt dem Nationalen Präventionsrat die Aufgabe, öffentlichkeitswirksame Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention zu entwickeln, die Verhaltensänderungen ermöglichen und unterstützen. Die Kampagnen verbinden die Maßnahmen der Präventionsräte Land und des Nationalen Präventionsrates und verstärken diese. Satz 3 bestimmt die wesentlichen Funktionen, die Kampagnen erfüllen sollen. Die Vorgaben der Nr. 1 bis 4 gelten kumulativ und sind bei der Entwicklung und Durchführung zu berücksichtigen.

Zu Abschnitt 3 (Präventionsrat Land, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten)

Zu § 7 (Präventionsrat Land)

Mit Absatz 1 werden die Präventionsträger nach § 3 verpflichtet, in jedem Land ein gemeinsames Gremium zu bilden, in dem auch Länder und kommunale Spitzenverbände vertreten sind. Ihre Aufgaben sind die Durchführung von Maßnahmen in Lebenswelten und Modellprojekten. Damit wird in jedem Land eine Stelle geschaffen, die für die Sozialversicherungsträger verbindlich über Anträge auf Maßnahmen nach § 8 entscheidet, Mittel bereitstellt und die Durchführung begleitet.

Absatz 2 regelt die Organisation der Präventionsräte Land und bindet die Satzung an die Genehmigung durch die Gesundheitsministerien der Länder.

Absatz 3 enthält Regelungen über Rechtsaufsicht sowie das Haushalts- und Rechnungswesen.

Zu § 8 (Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten)

Absatz 1 enthält die Legaldefinitionen für Lebenswelten und deren Träger. Hierbei werden Lebenswelten als Ort genutzt, an dem eine Gruppe von Menschen mit Maßnahmen erreicht werden kann. Der Grundgedanke des Ansatzes basiert darauf, nicht nur einzelne Personen

oder Gruppen zu erreichen, sondern die gesamte Organisation bzw. das gesamte System in den Prozess der Gesundheitsförderung mit einzubeziehen. Lebenswelten in diesem Sinne sind insbesondere Stadtteile, Kindertagesstätten, Schulen, Universitäten, Betriebe, Arbeitsgemeinschaften der Grundsicherung für Arbeitssuchende, Freizeiteinrichtungen einschließlich Sportstätten, Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser. Insbesondere in Ausbildungsstätten kann die Grundlage für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil gelegt werden, der fortwirkt. Träger von Lebenswelten sind u.a. auch Vereine und Verbände, denen die Räumlichkeiten zur Miete oder Pacht überlassen wurden, um sie für ihre verfassten Zwecke zu nutzen.

Absatz 2 legt den Antragsgrundsatz und die Voraussetzungen für die Bewilligung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten fest und umschreibt die Aufgaben. Ferner wird der jeweilige Präventionsrat Land dazu verpflichtet, seine Entscheidung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sowie nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Damit wird der Auftrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiterentwickelt.

Absatz 3 konkretisiert die zu erbringenden lebensweltbezogenen Maßnahmen nach Absatz 2 und legt deren Umfang fest. Damit soll Verantwortlichkeit zwischen den Präventionsträgern und den Verantwortlichen in der Lebenswelt abgegrenzt werden. Der Sozialversicherung kann nur die Aufgabe übertragen werden, lebensweltbezogene Prozesse zu initiieren und zu begleiten. Die Umsetzung von Maßnahmen als Ergebnis der Prozesse – etwa die Umgestaltung von Arbeitsplätzen oder die gesundheitsförderliche Städteplanung – fällt hingegen grundsätzlich in die ausschließliche Verantwortlichkeit der Träger der Lebenswelt und darf den Präventionsträgern nur dann zugewiesen werden, wenn sie in das Leistungsspektrum eines Präventionsträgers fällt. Vor diesem Hintergrund bestimmen die Nummern 1 und 2, dass die Präventionsträger grundsätzlich nur Kosten für die Erhebung der gesundheitlichen Situation und für die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Situation übernehmen. Nummer 3 lässt erweiternd auch die Übernahme von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu, wenn diese als Sozialleistung erbracht werden können. In einzelnen Lebenszusammenhängen – wie z. B. am Arbeitsplatz, in der Schule, in Universitäten, in einem Stadtviertel oder in Sportstätten sollen Veränderungsprozesse initiiert und die gesundheitlichen Ressourcen der dort lebenden Menschen gestärkt werden. Dabei soll unter aktiver Mitwirkung der Beteiligten das Lebensumfeld gesundheitsförderlich gestaltet und Verhaltensänderungen bewirkt werden. Ziel ist es, die körperliche und psychische Gesundheit zu fördern und die Entwicklung von Erkrankungen zu verhindern und das Bewusstsein über wesentliche Faktoren gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse, wie zum Beispiel über ausreichende Bewegung, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung zu verbessern. Hierbei ist die unterschiedliche

Situation von Frauen und Männern sowie Jungen und Mädchen zu berücksichtigen, auf die mit spezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung zugegangen werden muss. Dies gilt auch für andere Bevölkerungsgruppen, z. B. Migrantinnen und Migranten oder für Arbeitslose, die besonders berücksichtigt werden sollen. Auf diese Weise kann insbesondere zur Verminderung sozial- und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen werden.

Absatz 4 legt fest, dass lebensweltbezogenen Maßnahmen nur erbracht werden dürfen, wenn ein Eigenanteil geleistet wird. Dieser Eigenanteil wird nicht beziffert, sondern im Einzelfall festgelegt. Satz 2 trifft eine Sonderregelung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten obliegen nach dem Arbeitsschutzrecht zwingend der Verantwortung der Arbeitgeber. Werden die Arbeitgeber vor diesem Hintergrund durch Leistungen nach Absatz 2 bei ihren arbeitsschutzbezogenen Aufgaben unterstützt, ist der von ihnen nach Satz 1 zu tragende Eigenanteil angemessen um den Aufwand zu erhöhen, der dem Arbeitsschutz zuzurechnen ist.

Absatz 5 regelt die Beteiligung des Nationalen Präventionsrates an lebensweltbezogenen Maßnahmen. Gegenstand der Ergänzungen können auch Leistungen sein, die sich auf Betriebsbranchen oder mehrere Betriebe beziehen.

Abschnitt 4 (Qualitätssicherung, Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention)

Zu § 9 (Qualitätssicherung)

Der Einsatz von Beiträgen der Sozialversicherten ist nur gerechtfertigt, soweit es sich grundsätzlich um wirksame und qualitätsgesicherte Leistungen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung handelt. Da für den Bereich der lebensweltlichen Leistungen zurzeit wenig Wissen über ihre Wirksamkeit vorliegt, setzt Absatz 1 Satz 1 für Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten lediglich ein nachvollziehbares Konzept voraus. Dafür sind insbesondere die sorgfältige Planung, die Wahl der richtigen Zugangswege, geeignete Instrumente und Methoden im Hinblick auf die besonderen Zielgruppen bzw. Leistungsadressaten und die verfolgten Ziele der Maßnahmen oder Leistungen darzulegen. Satz 2 regelt die Verpflichtung der Erbringer der Leistungen für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch ein zielgerichtetes Verfahren des Qualitätsmanagements zu sorgen. Der jeweilige Präventionsrat Land und der Nationale Präventionsrat werden mit Satz 3 verpflichtet, in geeigneter Weise für die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 2 zu sorgen. Damit ist sichergestellt, dass alle erbrachten Leistungen

und Maßnahmen über eine hinreichende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügen.

Einheitliche Anforderungen und Kriterien an die Qualität werden durch den Nationalen Präventionsrat nach Absatz 2 vorgegeben. Er entwickelt ebenfalls Kriterien und Methoden zu ihrer Überprüfung.

Absatz 3 Satz 1 legt den Zeitpunkt des erstmaligen Beschlusses der Qualitätsanforderungen fest und bestimmt, dass sie kontinuierlich weiterzuentwickeln sind. Sie sind regelmäßig zu überprüfen und in Zeitabständen von maximal vier Jahren neu zu beschließen. Satz 2 enthält eine Übergangsregelung für die Zeit vor dem Inkrafttreten der ersten von dem Nationalen Präventionsrat beschlossenen Qualitätsanforderungen. In dieser Zeit sollen für Maßnahmen in den Lebenswelten die Qualitätskriterien gelten, die bisher nach § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der gesundheitlichen Prävention beschlossen worden sind.

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Qualitätsanforderungen im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger nach Absatz 4 dient der Transparenz und gewährleistet, dass die Empfehlungen des Nationalen Präventionsrates bundesweit zur Kenntnis genommen werden können.

Zu § 10 (Modellvorhaben)

Der Präventionsrat Land und der Nationale Präventionsrat sind nach Absatz 1 Satz 1 befugt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben durchzuführen. Die Projekte können auch zusammen mit Dritten, insbesondere mit den zuständigen Stellen in den Ländern, 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 gesundheitlichen Prävention tätig sind, wie z. B. mit Fachverbänden, Selbsthilfeorganisationen oder Gesundheitszentren in Betracht. Als Modellprojekte gelten solche, die der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen dienen.

Satz 2 stellt klar, dass Modelle der gesundheitlichen Prävention vorrangig zur Erreichung der beschlossenen Präventionsziele und ihrer Teilziele durchgeführt werden sollen. Satz 3 bestimmt für die Modellvorhaben die Regelhöchstdauer von fünf Jahren. Darin enthalten sein sollen die Vor- und Nachbereitung der Projekte. Nach Satz 4 sollen die Modellprojekte der Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung dienen.

Absatz 2 regelt die Anforderungen, die an die Auswertung der Modellvorhaben gestellt werden, damit die Erreichung aussagekräftiger Ergebnisse gewährleistet ist.

Zu § 11 (Berichterstattung des Nationalen Präventionsrates)

Um die Funktionalität der nach diesem Gesetz neu geschaffenen Strukturen, die Qualität und die Effizienz von Maßnahmen und Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung einer kontinuierlichen Systembeobachtung und Erfolgskontrolle zu unterziehen werden die Präventionsräte Land verpflichtet, Erfahrungsberichte aus der Präventionspraxis an den Nationalen Präventionsrat zu übermitteln. Satz 2 präzisiert den Inhalt der Erfahrungsberichte und nennt dementsprechend einzelne für das Gesamtsystem besonders relevante Punkte, die in den Berichten nach Satz 1 berücksichtigt werden sollen. Dazu gehören ausdrücklich auch mögliche Schlussfolgerungen. Die Berichte sollen demnach über die bloße Darstellung der Situation hinaus auch wertende Stellungnahmen mit Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Präventionsregelungen enthalten. Bei den notwendigen Erhebungen zur Erstellung der Berichte gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren. Der Nationale Präventionsrat erstellt daraus alle vier Jahre einen Gesamtbericht, der über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zuzuleiten ist.

Zu § 12 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Die Vorschrift konkretisiert und ergänzt den mit dem Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungsgesetz an das Robert Koch-Institut erteilten Auftrag zur Gesundheitsberichterstattung (§ 2 Abs. 3 Nr. 4 GNG) im Hinblick auf die Erfordernisse der gesundheitlichen Prävention. Andere mit der Gesundheitsberichterstattung verfolgte Ziele wie etwa die Erfassung der Versorgungssituation bleiben von den Regelungen dieses Gesetzes unberührt. Die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene wird durch die Bestimmung darauf eingestellt, auch die für Präventionszwecke notwendigen Informationen zu liefern. Damit soll es zum einen ermöglicht werden, die Instrumente der Prävention zu bewerten. Zum anderen dienen die Berichte der weiteren Planung und sind Basis für die Festlegung von Präventionszielen (§ 5) und ihrer Umsetzung.

Dafür verpflichtet Absatz 1 das Robert Koch-Institut auf der Basis vorhandener Daten, Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu erstellen. Deren Aufarbeitung ist unter präventionsbezogenen Gesichtspunkten maßgebliche Grundlage für die Planung der gesundheitlichen Prävention, d. h. für die Erarbeitung der Präventionsziele und ihrer Teilziele sowie die erforderlichen Maßnahmen. Gleichzeitig ergeben sich aus den Berichten auch relevante Fragestellungen für weitere epidemiologische Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2. Da die Gesundheitsberichte in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, geben sie auch

Auskunft darüber, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden, und ob sich neue Handlungsbedarfe aus den vorhandenen Daten ergeben. Für die Erarbeitung der Gesundheitsberichte hat das Robert Koch-Institut die in Ländern, Kommunen und bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorhandenen Daten sowie epidemiologische Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2 auszuwerten. Zusätzlich kann im Rahmen der Amtshilfe auf Daten der Sozialversicherungsträger zurückgegriffen werden. Hiermit wird eine möglichst umfassende Datenlage sichergestellt. Die präventionsbezogene Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wie sie in dieser Vorschrift geregelt ist, entfaltet keine verbindliche Wirkung gegenüber den Ländern bezüglich ihrer Präventionsmaßnahmen.

Der Eingangssatz des Absatzes 2 legt mit dem Verweis auf § 5 die Inhalte fest, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die gesundheitliche Prävention von besonderer Relevanz sind. Satz 3 des Absatzes 2 überträgt dem Robert Koch-Institut die Aufgabe, die Wirksamkeit und Qualität der Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung der Präventionsräte Land und des Nationalen Präventionsrats stichprobenhaft zu überprüfen.

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass die Gesundheitsberichte in Zeitabständen von jeweils sieben Jahren vorgelegt werden. Der relativ lange Zeitraum zwischen den Berichten ergibt sich aus der Tatsache, dass die Wirkungen von Präventionsmaßnahmen in kürzeren Zeiträumen nicht feststellbar sind. Der erste nach diesem Gesetz zu erarbeitende Bericht ist vom Robert Koch-Institut sechs Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erstellen. Satz 2 verlangt auch im Interesse der kontinuierlichen Systembeobachtung (Monitoring), dass die Berichte Angaben enthalten, nach denen die Beurteilung der gesundheitlichen Entwicklung ermöglicht wird. Nur wenn Vergleichsdaten vorliegen, können die Wirkungen gesundheitlicher Prävention ermittelt werden. Satz 2 zweiter Halbsatz bestimmt, dass Zwischenberichte je nach Erfordernis selbstverständlich möglich sind.

Sowohl bei den Erhebungen des Robert Koch-Instituts als auch bei der Erstellung von Gesundheitsberichten gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren. Für die Mitwirkung Dritter, hierzu gehören in diesem Zusammenhang insbesondere die Länder, Kommunen und die Sozialversicherungsträger, finden die Regelungen der Amtshilfe Anwendung.

Zu Abschnitt 5 (Finanzmittel)

Zu § 13 (Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel)

Absatz 1 regelt die Höhe der jährlich von den Krankenkassen, Pflegekassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung für Maßnahmen

nach diesem Gesetz aufzubringen Finanzmittel und stellt klar, dass die Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit einer Sonderabgabe einbezogen sind.

Absatz 2 bestimmt, dass diese Beträge jährlich entsprechend dem in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Verfahren zu dynamisieren sind.

In Absatz 3 wird bestimmt, dass jeder Präventionsrat Land mindestens fünf vom Hundert der ihm nach Absatz 1 zustehenden Finanzmittel an den Nationalen Präventionsrat abzuführen hat.

Absatz 4 regelt die Folgen, die eintreten, wenn die zur Verwendung von lebensweltbezogenen Leistungen nach § 8 Abs. 2 bestimmten Finanzmittel nicht ausgeschöpft werden. Diese Finanzmittel sind im Folgejahr von dem jeweiligen Präventionsrat Land zusätzlich bedarfsgerecht für Leistungen nach § 8 Abs. 2 zu verwenden. Werden sie auch im darauffolgenden Jahr nicht ausgeschöpft, sind sie für Leistungen nach § 8 Abs. 2 in den Zuständigkeitsbereichen der übrigen Präventionsräte Land zur Verfügung zu stellen.

Mit Absatz 5 wird das Bundesministerium für Gesundheit zum Erlass einer Rechtsverordnung ermächtigt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und mit Zustimmung des Bundesrates. In dieser Rechtsverordnung werden die konkreten Kriterien (z. B. statistische Basis, Rechenformeln, Zahlungswege) für die Verteilung der Finanzmittel festgelegt. Soweit es sich um Finanzmittel handelt, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr.1 zur Verfügung gestellt werden müssen, ist der Zahlungsverkehr über die Spezialvorschrift des § 270 Abs. 3 SGB V geregelt. Dasselbe gilt für die Finanzmittel der sozialen Pflegekassen nach Absatz 1 Nr. 2, die durch Artikel 6 Nr. 3 Buchstabe a und c § 66 Abs. 2 und Abs. 3 neu SGB XI gleichfalls eine Sonderregelung erfahren haben.

Absatz 6 regelt, dass bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes begonnene Maßnahmen nach den bis dahin gültigen Vorschriften fortgesetzt werden dürfen. Dabei regelt Satz 1, dass diesbezüglich Aufwendungen auf die Beträge nach Absatz 1 angerechnet werden.

Absatz 7 regelt, dass die finanziellen Mittel in einem Übergangszeitraum von drei Jahren auf den festgelegten Betrag anwachsen. Dabei wird der Betrag für das Jahr 2009 auf 50 vom Hundert des Gesamtbetrags festgelegt. Für die beiden weiteren Jahre bestimmen die Präventionsträger im Nationalen Präventionsrat im Benehmen mit den Präventionsräten Land das Anwachsen der Beträge unter Berücksichtigung der Bedarfe.

Zu Artikel 2 (Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Erweitert den Kreis der zum Sozialdatenschutz Verpflichteten, soweit bei der Wahrnehmung der Aufgaben des Nationalen Präventionsrates und der Präventionsräte Land Sozialdaten anfallen.

Zu Nummer 2 (§ 68)

Für das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention (Artikel 1), das Regelungen zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention in mehreren Sozialversicherungszweigen trifft, sollen die allgemeinen Vorschriften des Ersten, Vierten und Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gelten. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention wird daher in den Besonderen Teil des Sozialgesetzbuches aufgenommen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nr. 1 (§ 20)

Zu Buchstabe a:

Redaktionelle Berichtigung der Überschrift und Folgeänderung aus der Ausgliederung der Selbsthilfe aus dem Anwendungsbereich des § 20 durch das GKV-WSG.

Zu Buchstabe b

Einfügung eines neuen Absatzes 2, durch den die Leistungen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten in den Anwendungsbereich des § 20 aufgenommen werden.

Zu Buchstabe c

Der Absatz 3 regelt die Höhe der finanziellen Aufwendungen je Versichertem für die Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 und 2, § 20 a und b und für die Maßnahmen des jeweiligen Präventionsrates Land und des Nationalen Präventionsrates nach den §§ 4 und 7 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

Zu Nr. 2 (§ 21)

Folgeregelung aus der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an den Ausgaben der Krankenkassen für Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach Absatz 1, an denen auch privat Krankenversicherte teilnehmen. Die Berechnung der Leistungen je versicherter Person erfolgt auf Basis der Altersgruppenfestlegung in der Statistik KM6.

Zu Nr. 3 (§ 132f Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebs- oder Werksärzte)

Intention des Gesetzgebers ist es, über diese Vorschrift auch diejenigen versicherten Personen zu erreichen, die bisher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher

Prävention nicht genutzt haben. Im "Betrieb" können nunmehr auch Versicherte sich durch die Betriebsärztin beziehungsweise den Betriebsarzt oder die Werksärztin beziehungsweise den Werksarzt gemäß § 25 Abs. 1 SGB V untersuchen lassen.

Zu Nr. 4 (§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben)

Zu Buchstabe a:

Durch Buchstabe a wird sichergestellt, dass Finanzmittel, die gemäß § 13 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention aus dem Gesundheitsfonds direkt dem jeweiligen Präventionsrat Land (Artikel 1 § 7 des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention) zugewiesen werden, von der Zuweisung der Finanzmittel an die Krankenkassen abgezogen werden. Bei der Ersetzung der Angabe "§ 53 Abs. 5" durch die Angabe "§ 53 Abs. 6" handelt es sich um die Berichtigung eines redaktionellen Fehlers.

Zu Buchstabe b:

Zur Vereinfachung der Zahlungsströme wird vorgesehen, dass die Finanzmittel gemäß § 13 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention an die Präventionsräte Land direkt von dem Bundesversicherungsamt an diese abzuführen sind. Das Nähere zum Zahlungsverkehr ist durch Vereinbarungen zwischen dem BVA und den Präventionsräten Land zu regeln.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 3

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 8a, 12a im Wesentlichen mit den Bestimmungen des § 8 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten werden durch den § 12 a und die finanziellen Regelungen des § 13 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention festgelegt.

Zu Nummer 4 (§ 31)

Damit die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zukünftig von den Sozialversicherungsträgern stärker als Gemeinschaftsaufgabe verstanden und umgesetzt wird, stellt die Ergänzung der Bestimmung ausdrücklich klar, dass die Selbsthilfeförderung auch zu

den Aufgaben der Träger der Rentenversicherung gehört. Bisher wurde die Möglichkeit der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach dieser Vorschrift mangels konkreter, auf die Selbsthilfe bezogener Regelung unterschiedlich gehandhabt. Die Förderung soll sich auf die Bereiche der Selbsthilfe beziehen, die der Rehabilitation von kranken oder behinderten Menschen dienen.

Zu Nummer 5 (§ 220)

Zu den Buchstaben a

Es handelt sich um Folgeänderungen zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Regelung stellt klar, dass sich die Gesamthöhe der bisherigen jährlichen Ausgaben nach Satz 1 durch Regelungen der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nicht verändert.

Zu den Buchstaben c

Es handelt sich um Folgeänderungen zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

Zu Nummer 6 (§ 287b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

Zu Artikel 5 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Redaktionelle Anpassungen infolge der Einfügung der neuen § 20 a.

Zu Nummer 2 (§ 20a)

Die Vorschrift korrespondiert leistungrechtlich mit § 8 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Diese wiederum ist verbunden mit der Neufassung der § 20 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben). Sie verankert die Beteiligung der Unfallversicherung an lebensweltbezogenen

Maßnahmen nach § 8 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 45e und 45f im Wesentlichen mit den Bestimmungen der § 8 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention. Die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention gemäß dem § 45f werden durch die finanziellen Regelungen in diesem Gesetz und durch § 13 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention festgesetzt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Zu den Nummern 1 und 2 (Inhaltsverzeichnis und Überschrift)

Redaktionelle Folgeänderungen zur Aufnahme von Vorschriften zur gesundheitlichen Prävention.

Zu Nummer 3 (§ 6a)

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 8a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, wobei berücksichtigt ist, dass die landwirtschaftlichen Alterskassen keine Leistungen entsprechend § 31 Abs. 1 Nr. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erbringen.

Zu Nummer 4 (§ 9a)

Die Vorschriften entsprechen den § 12a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 5 (§ 80)

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung (Artikel 4 Nr. 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb) wird geregelt, dass die bisherigen Ausgabenbegrenzungen nach § 80 für die bisher dort genannten Leistungen zur Teilhabe einschließlich der neu hinzukommenden Leistungen zur gesundheitlichen Prävention zu beachten sind. Für den Bund entstehen dadurch im Rahmen seiner Defizitdeckung nach § 78 keine Mehrausgaben.

Zu Artikel 8 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Zu Nr. 1 (Änderung der Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 2.

Zu Nr. 2 (Änderung des VAG)

Mit der Änderung des VAG sollen die privaten Krankenversicherung an der Finanzierung von Leistungen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt werden, an denen grundsätzlich auch ihre Versicherten teilhaben.

Die Änderung des § 12h VAG wird auf den Kompetenztitel des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 11 GG (privatrechtliches Versicherungswesen) gestützt.

Mit § 12h soll eine Sonderabgabe für die PKV-Unternehmen geregelt werden, die aus Gründen der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und zur Wahrung der "Rechts-" und "Wirtschaftseinheit" in diesem Gebiet (Artikel 72 Abs. 2 Alternativen 1 bis 3 GG) durch Bundesgesetz erforderlich ist.

Eine gesellschaftliche Gruppe kann jedoch nur dann mit einer Sonderabgabe in Anspruch genommen werden, wenn diese Gruppe durch eine gemeinsame, in der Rechtsordnung oder in der gesellschaftlichen Wirklichkeit vorgegebene Interessenlage oder durch besondere gemeinsame Gegebenheiten von der Allgemeinheit und anderen Gruppen abgrenzbar und im Verhältnis zueinander homogen beschaffen ist (Bundesverfassungsgericht – BVerfG, Urteil vom 10. 12. 1980 – 2 BvF 3/77 Leitsatz 3.1, 3. 2 und 2,1 und 2.2). Das ist bei den privatrechtlich organisierten Unternehmen der substitutiven Krankenversicherung der Fall, da diese Unternehmen durch das Versicherungsvertragsgesetz für den Bereich der substitutiven Krankenversicherung im Verhältnis zueinander in Umfang und Art dieselben mit einer Erkrankung verbundenen Kostenrisiken tragen.

Die Erhebung einer Sonderabgabe setzt darüber hinaus auch eine spezifische Beziehung zwischen dem Kreis der Abgabepflichtigen und dem mit der Abgabenerhebung verfolgten Zweck voraus. Die Abgabepflichtigen müssen daher dem mit der Abgabenerhebung verfolgten Zweck evident näherstehen als jede andere Gruppe. Auch das ist bei den PKV-Unternehmen der Fall. Als substitutive Krankenversicherung entsprechen ihre Leistungen im Grundsatz denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt auch für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. Nur die PKV-Unternehmen können für die bei ihnen Versicherten als Versicherungsunternehmen Leistungen zur Krankheitskostenversicherung und Gesundheitsförderung sowie gesundheitlichen Prävention erbringen.

Die aufzubringenden Finanzmittel werden auch gruppennützig verwendet. PKV-Unternehmen und privat Versicherte profitieren von Settingangeboten und zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe. Nicht erforderlich ist, dass diese Angebote von allen privat Versicherten tatsächlich in Anspruch angenommen werden.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Gesetzes. Da für die Aufgabenwahrnehmung zunächst der Nationale Präventionsrat und die Präventionsräte Land gebildet werden müssen, werden die Vorschriften über das Leistungsgeschehen erst gestaffelt in Kraft gesetzt. So sollen die leistungsrechtlichen Vorschriften ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach Art 9 Abs. 1 wirksam werden. Die Vorschrift über die Qualitätssicherung soll ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach Art 9 Abs. 1 wirksam werden.

C. Finanzielle Auswirkungen

I. Ausgangslage

Das Gesetz zielt auf die Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention durch die verbindliche Orientierung an gemeinsamen Zielen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention, Qualitätssicherung und Steigerung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in den Lebenswelten. Das erfordert in erster Linie den Aufbau entsprechender Strukturen. Damit sind moderate Leistungsausweitungen verbunden. Diesem Mehraufwand stehen nicht bezifferbare Einsparungen durch Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten aufgrund verbesserter Leistungen zur gesundheitlichen Prävention gegenüber.

Wesentliche strukturelle Grundlagen sind die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die Koordinierungsaufträge des Nationalen Präventionsrates und der Präventionsräte Land. Dadurch entstehen jährliche Mehraufwendungen beim Bund für die Gesundheitsberichterstattung in Höhe von durchschnittlich 181 Tausend Euro, sowie für die Beteiligung in den Präventionsräten Bund und Ländern in vernachlässigbarer Höhe.

Im Einzelnen:

1. Nach § 12 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention (GfG) soll das Robert Koch-Institut für den Bund regelmäßig Gesundheitsberichte über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sowie über bedeutsame Krankheiten mit Präventionsbezug erstellen und dazu epidemiologische Erhebungen durchführen. Darüber hinaus erhält es die Aufgabe die Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen in Stichproben zu überprüfen. Dafür ist mit jährlichen Mehrkosten von 170

Tausend bzw. von 250 Tausend Euro in jedem siebten Jahr zu rechnen. Die Gegenfinanzierung des Personal- und Mittelmehrbedarfs wird im Rahmen der Verhandlungen zum Bundeshaushalt [Datum einsetzen] durch Umschichtung im Einzelplan sichergestellt.

2. Durch § 5 des GfG wird der Nationale Präventionsrat verpflichtet, in periodischen Abständen Präventionsziele und Teilziele der gesundheitlichen Prävention aufzustellen und Vorschläge zu deren Umsetzung zu entwickeln. Dafür ist eine wissenschaftliche Expertise erforderlich. Der Aufwand dafür ist aus den Beträgen der Präventionsträger für den Nationalen Präventionsrat gemäß § 13 Abs. 3 des GfG zu finanzieren.

3. Nach § 8 GfG und den entsprechenden Regelungen im Sozialgesetzbuch und im Versicherungsaufsichtsgesetzes erbringen die Präventionsträger der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hierfür einem Betrag von 192 Mio. Euro gem. § 20 Abs. 3 SGB V aufzubringen. Die Regelung bringt für die gesetzliche Krankenversicherung keine Mehrausgaben mit sich. Die private Krankenversicherung hat einen Betrag von 14 Mio. Euro jährlich aufzubringen. Der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen in Höhe von 22 und 11 Mio. Euro jährlich. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte entstehen keine Mehraufwendungen. Die Aufwendungen werden in den Folgejahren der Einkommensentwicklung der aktiv Versicherten in der Rentenversicherung angepasst.

4. Nach § 10 können die Präventionsräte Land und der Nationale Präventionsrat, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention fördern. Die Aufwendungen dafür werden auf die Finanzmittel für Leistungen nach den § 8 angerechnet und lösen deshalb keine Mehraufwendungen aus.

5. Nach § 13 Abs. 1 GfG haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung künftig für Leistungen in Lebenswelten nach § 8 GfG bestimmte Beträge je versicherter Person und Jahr zu leisten. Fünf vom Hundert dieser Beträge gehen an den Nationalen Präventionsrat nach § 4 GfG. Zu den finanziellen Auswirkungen siehe Nr. 3.

6. Nach § 11 erstellt der Nationale Präventionsrat einen Erfahrungsbericht auf der Basis der Berichte der Präventionsräte Land.

II. Kosten- und Preiswirkungen

Durch die Umsetzung des Gesetzes ergeben sich per Saldo nur geringfügige Belastungen bei den Sozialversicherungsträgern, die jedoch keine beitragsrelevanten Dimensionen erreichen. Aufgrund der Besonderheiten bei der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Unfallversicherung und der ausschließlichen Beitragsaufbringung bzw. Finanzierung durch die Arbeitgeber können im Einzelfall zusätzliche Belastungen nicht vollständig ausgeschlossen werden. Es ist nicht zu erwarten, dass messbare Effekte auf das allgemeine Preis- bzw. Verbraucherpreisniveau eintreten. Die Umlage des Beitrags der privaten Krankenversicherung auf die Versicherten ist unwahrscheinlich. Die finanziellen Belastungen der Gebietskörperschaften und anderer Institutionen (Nationaler Präventionsrat, Institute) erfordern keine Gegenfinanzierung, die mittelbare preisrelevante Effekte generiert.

D. Sonstige Gesetzesfolgen

Es wurde eine Relevanzprüfung hinsichtlich der gleichstellungspolitischen Gesetzesfolgen vorgenommen, die zu dem Ergebnis geführt hat, dass im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung an verschiedenen Stellen geschlechterrelevante Regelungen getroffen werden:

- In § 1 Abs. 2 GfG ist ausdrücklich der Abbau geschlechtsspezifischer ungleicher Gesundheitschancen aufgeführt.
- In § 11 GfG ist sichergestellt, dass die Berichte der Präventionsräte Land geschlechterbezogene Angaben enthalten.
- Nach § 8 Abs. 3 GfG sollen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten die geschlechterbezogene Situation zu berücksichtigen.