Bundesrat **Drucksache 97/05**

04.02.05

G - AS - FJ - Fz - Wi

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

A. Problem und Ziel

Angesichts der veränderten Rahmenbedingungen in den sozialen Sicherungssystemen gewinnt die Notwendigkeit zur Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten an Bedeutung. Um die sozialen Sicherungssysteme daher langfristig zu stabilisieren, ist es erforderlich, die Vorbeugung von Krankheiten, die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Pflegebedürftigkeit und Behinderung sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern.

B. Lösung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die gesundheitliche Prävention neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden. Dazu wird für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung eine neue Struktur der Leistungserbringung geschaffen. Das Gesetz soll Maßnahmen und Leistungen regeln, die den verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit unterstützen sollen und sich sowohl auf das Verhalten im 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 Länder sind als wichtige Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden. Ebenso wird die Verantwortung des Einzelnen herausgehoben.

Die Auswahl der geeigneten Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage von Präventionszielen und Teilzielen, die von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit einem breiten, die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit widerspiegelnden Gremium von Fachleuten erarbeitet wird. Zusätzlich wird die Qualitätssicherung von Maßnahmen und Leistungen der gesundheitlichen Prävention ausgebaut. Darüber hinaus sollen die Begrifflichkeiten im Bereich der Prävention neu definiert werden.

Fristablauf: 18.03.05

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
Telefon: 0221/97668-0, Telefax: 0221/97668-338
ISSN 0720-2946

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand
   Für den Bund ergeben sich Mehrausgaben für die Gesundheitsberichterstattung als wesentlicher struktureller Grundlage für das Gesetz, die auf etwa 0,6 Mio. Euro im Jahr 2006 bzw. 1,2 Millionen Euro jährlich ab 2007 geschätzt werden. Diese Mehrausgaben werden durch Umschichtungen im Einzelplan 15 gegenfinanziert. Bei den Ländern ist die Summe nicht abschätzbar. Für den Bereich der Sozialversicherung wächst der Mehraufwand durch die gesetzlichen Vorgaben bis zum Jahr 2008 auf bis zu 23 Millionen Euro an. Dem stehen langfristig Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber.

2. Vollzugsaufwand
   Die Stärkung der Prävention erfolgt durch eine verbesserte Zielorientierung, die Vereinheitlichung von Leistungsansätzen und Koordinierung sowie eine begleitende und abgestimmte gesundheitliche Aufklärung. Dies macht den Aufbau entsprechender Strukturen erforderlich (s. zu 1.). Ein zusätzlicher Vollzugsaufwand entsteht dadurch aber nicht.

E. Sonstige Kosten

Durch die Neuregelung können insbesondere für kleinere und mittlere Unternehmen, geringfügige zusätzliche Kosten entstehen. Geringfügige Einzelpreiseffekte können nicht ausgeschlossen werden. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind jedoch nicht zu erwarten.

Bundesrat **Drucksache 97/05**

04.02.05

G - AS - FJ - Fz - Wi

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Berlin, den 4. Februar 2005

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Matthias Platzeck
11055 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Mit freundlichen Grüßen

Gerhard Schröder

Fristablauf: 18.03.05

Drucksache 97/05

Entwurf eines

Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Vom ....

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1 Präventionsgesetz

Artikel 2 Gesetz über die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Artikel 3 Gesetz über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Artikel 4 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 5 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 6 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 7 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 8 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 9 Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 11 Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 12 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Artikel 13 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

Artikel 14 Änderung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung

Artikel 15 Inkrafttreten

Artikel 1

Präventionsgesetz (PrävG)

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeine Regelungen

§ 1 Zweck des Gesetzes
§ 2 Gesundheitliche Prävention
§ 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention
§ 4 Vorrang von gesundheitlicher Prävention
§ 5 Eigenverantwortung
§ 6 Verantwortung für die gesundheitliche Prävention
§ 7 Soziale Präventionsträger
§ 8 Vorbehalt abweichender Regelungen

Abschnitt 2

Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention

§ 9 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Abschnitt 3

Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung

§ 10 Grundsatz
§ 11 Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung
§ 12 Präventionsprogramme

Abschnitt 4

Gesundheitliche Aufklärung

§ 13 Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung
§ 14 Zuständigkeiten

Abschnitt 5

Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung

§ 15 Verhaltensprävention
§ 16 Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen
§ 17 Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten
§ 18 Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten
§ 19 Ausführung von Leistungen
§ 20 Wirksamkeit und Qualitätssicherung

Abschnitt 6

Modellvorhaben

§ 21 Grundsätze
§ 22 Mitwirkung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Abschnitt 7

Umfang und Verteilung der Mittel

§ 23 Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung
§ 24 Verwendung nicht abgerufener Mittel

Abschnitt 8

Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention

§ 25 Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der gemeinsamen Entscheidungsgremien in den Ländern
§ 26 Präventionsbericht

Abschnitt 1

Allgemeine Regelungen

§ 1

Zweck des Gesetzes

Zweck dieses Gesetzes ist es, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit durch gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie durch Leistungen zur gesundheitlichen Prävention altersgerecht zu erhalten und zu stärken. Dem Auftreten von Krankheiten und ihrer Verschlimmerung soll entgegengewirkt werden; Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sowie der Eintritt von krankheitsbedingter Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sowie deren Verschlimmerung sollen vermieden oder verzögert werden.

§ 2

Gesundheitliche Prävention

Gesundheitliche Prävention im Rahmen der Zwecksetzung nach § 1 ist:

1. Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten (primäre Prävention);
2. Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und –frühstadien (sekundäre Prävention);
3. Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen (tertiäre Prävention);
4. Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen (Gesundheitsförderung).

§ 3

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

(1) Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen. Bei der Ausführung von Leistungen wirken die sozialen Präventionsträger im Rahmen ihrer Verpflichtung nach § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch auf barrierefreie Zugänge hin und stellen erforderliche Kommunikationshilfen zur Verfügung.

(2) Maßnahmen der primären Prävention können insbesondere sein:

1. Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und –belastungen vor Krankheitseintritt;
2. Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen;
3. medizinische Maßnahmen zur Abwehr von Gesundheitsrisiken und –belastungen.

(3) Maßnahmen der sekundären Prävention können insbesondere sein:

1. Früherkennungsuntersuchungen;
2. Aufklärung und Beratung über die Inanspruchnahme, den Nutzen und gesundheitliche Risiken von Früherkennungsuntersuchungen.

(4) Maßnahmen der tertiären Prävention können insbesondere sein:

1. Aufklärung und Beratung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Belastungen, die sich infolge von Erkrankungen ergeben;
2. Unterstützung bei der Entwicklung individueller Verhaltensweisen, um eine Verschlimmerung von Erkrankungen oder Behinderungen zu verhüten sowie Folgeerkrankungen vorzubeugen;
3. medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Leistungen der Krankenbehandlung;
4. medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation;
5. Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe;
6. pflegerische Maßnahmen, um die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten.

(5) Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung können insbesondere sein:

1. Unterstützung beim Aufbau sowie bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und Fähigkeiten zur Vermeidung von Erkrankungen;
2. Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten nach § 17 Abs. 2 Satz 1.

§ 4
Vorrang von gesundheitlicher Prävention

Gesundheitliche Prävention hat im Rahmen der für sie geltenden Regelungen des Sozialgesetzbuches Vorrang vor Leistungen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur wirtschaftlichen Sicherung bei Krankheit oder Erwerbsminderung, die bei erfolgreicher gesundheitlicher Prävention nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig

wären. Ansprüche auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit, zur Teilhabe und bei Pflegebedürftigkeit bleiben unberührt.

§ 5
Eigenverantwortung

Eine gesundheitsbewusste Lebensführung und eine angemessene Beteiligung an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention sollen dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern, die frühzeitige Erkennung von Krankheiten zu ermöglichen und die Folgen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu überwinden, hinauszuzögern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

§ 6
Verantwortung für die gesundheitliche Prävention

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

(2) Die sozialen Präventionsträger unterstützen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags die Eigenverantwortung der Versicherten, indem sie die Versorgung mit Leistungen zur gesundheitlichen Prävention sicherstellen und auf die Teilnahme der Versicherten an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention hinwirken.

(3) Zur Förderung der Aufgabe nach Absatz 1 haben sich die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 mit den für gesundheitliche Prävention in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von gesundheitlicher Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 18 Abs. 1 getroffen.

§ 7
Soziale Präventionsträger

Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (soziale Präventionsträger) können sein:

1. die gesetzlichen Krankenkassen zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2, 3, 4 Nr. 1 bis 4 und Abs. 5;

2. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2, 4 Nr. 1, 2 und 4 und Abs. 5;
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2, 3, 4 Nr. 1 bis 4 sowie Nr. 6 und Abs. 5;
4. die Träger der sozialen Pflegeversicherung zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 und 2, Abs. 4 Nr. 6 sowie Abs. 5;
5. die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Wahrnehmung von Aufgaben nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 5 Nr. 2 in Verbindung mit § 17 Abs. 7.

§ 8
Vorbehalt abweichender Regelungen

Die Vorschriften dieses Gesetzes gelten für Leistungen und Maßnahmen der sozialen Präventionsträger, soweit sich aus den für den jeweiligen sozialen Präventionsträger geltenden Vorschriften nichts Abweichendes ergibt. Die Voraussetzungen und die Zuständigkeit für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention richten sich nach den für den jeweiligen sozialen Präventionsträger geltenden Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuches; sehen diese keine Leistungen vor, können Ansprüche auch nach diesem Gesetz nicht geltend gemacht werden. Die §§ 23 und 24 bleiben unberührt. Abweichend von Satz 2 richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für Maßnahmen und Leistungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach den Vorschriften dieses Gesetzes. Sozialleistungsträger, die nicht soziale Präventionsträger nach diesem Gesetz sind, erbringen Leistungen zur Prävention nach den für sie geltenden Vorschriften.

Abschnitt 2
Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention

§ 9
Gesundheitsberichterstattung des Bundes

(1) Als eine Grundlage für Planung und Bewertung von Instrumenten zur gesundheitlichen Prävention erstellt das Robert Koch-Institut 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 Zielen und Teilzielen der primären Prävention nach § 11 Abs. 3 erforderlichen Angaben. In dem dafür erforder-

lichen Umfang führt das Robert Koch-Institut regelmäßige, bundesweite und repräsentative epidemiologische Erhebungen durch.

(3) Die Gesundheitsberichte werden in Abständen von sieben Jahren erstellt, erstmals zum 01. 07. 2011. Die Fortschreibungen enthalten die nach § 26 erforderlichen Angaben über die Entwicklung gegenüber den vorangegangenen Gesundheitsberichten; Zwischenberichte können erstellt werden.

Abschnitt 3
Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung

§ 10
Grundsatz

Die sozialen Präventionsträger sind im Rahmen der für sie geltenden Regelungen dafür verantwortlich, dass die Maßnahmen und Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 13, 15 und 17

1. einheitlich auf Ziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet werden und
2. nach Gegenstand, Umfang und Ausführung koordiniert erbracht werden.

Die Vorschriften des Fünften Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zur Aufsicht über die Sozialversicherungsträger bleiben unberührt.

§ 11
Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Zur einheitlichen Zielorientierung nach § 10 Satz 1 Nr. 1 beschließt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Empfehlungen zu den

1. vorrangigen Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder ausgewählten Bevölkerungs- oder Altersgruppen (Präventionsziele) und
2. Teilzielen zur Konkretisierung der Präventionsziele.

(2) Zur Überprüfung, ob die Präventionsziele und ihre Teilziele erreicht sind, werden geeignete Kenngrößen bestimmt.

(3) Kriterien zur Ermittlung der Präventionsziele und ihrer Teilziele im Hinblick auf präventiv beeinflussbare Risiken und Krankheiten sind insbesondere:

1. deren Verbreitung;
2. deren Verteilung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, aufgeschlüsselt insbesondere nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage;
3. deren gesundheitliche und ökonomische Bedeutung;
4. die Möglichkeiten und der Aufwand der Beeinflussung durch Maßnahmen von primärer Prävention und Gesundheitsförderung.

(4) Zur Vorbereitung von Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele unterbreitet die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 bis 4 und den gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Vorschläge zu Leistungen nach den §§ 15 und 17.

(5) An der Vorbereitung der Empfehlungen nach Absatz 1 und der Vorschläge nach Absatz 4 werden beteiligt:

1. die Länder;
2. die Kommunen über die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände;
3. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung;
4. das Robert Koch-Institut;
5. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten;
6. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen;
7. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen;
8. das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung;
9. andere für gesundheitliche Prävention maßgebliche Verbände, darunter die für die Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten und die für die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(6) Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschließt die Empfehlungen nach Absatz 1 durch den Stiftungsrat im Benehmen mit dem Kuratorium. Kommt ein Beschluss bis zum Ablauf der Frist nach Absatz 7 Satz 1 nicht zustande, legt der Vorstand einen abschließenden Vorschlag vor. Soweit dem ein Mitglied des Stiftungsrates nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 bis 7 des Präventionsstiftungsgesetzes widerspricht, entscheidet eine Schiedsstelle mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Das Nähere über die Errichtung, Organisation sowie die Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle regelt das Bundesministerium für Gesund-

heit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

(7) Die Empfehlungen nach Absatz 1 und die Vorschläge nach Absatz 4 werden erstmals zum 01.01.2006 beschlossen und im Abstand von sieben Jahren überarbeitet, soweit nicht eine frühere Überarbeitung erforderlich erscheint. Bis zur erstmaligen Beschlussfassung bestimmen sich die Ziele und Teilziele sowie die Maßnahmevorschläge zur primären Prävention nach dem Abschlussbericht „gesundheitsziele.de" des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland (BAnz. Nr. ... vom ...).

(8) Die Verbände der sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 wirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hin, dass die Empfehlungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Dabei sind die vertragsärztlichen Leistungen mit den Präventionszielen zu verknüpfen.

§ 12
Präventionsprogramme

(1) Zur Koordinierung nach § 10 Satz 1 Nr. 2 beschließen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverstandes Präventionsprogramme mit Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele.

(2) Das Präventionsprogramm der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung enthält Festlegungen über die von der Stiftung wahrzunehmenden Aufgaben nach § 14 Abs. 2, § 17 Abs. 7 und § 22.

(3) Das Präventionsprogramm des gemeinsamen Entscheidungsgremiums enthält Festlegungen zu den nach § 17 Abs. 1 bis 6 wahrzunehmenden Aufgaben. Soweit im Verantwortungsbereich eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums besondere Bedarfslagen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung bestehen, kann das gemeinsame Entscheidungsgremium die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 um weitere Ziele und Teilziele ergänzen und seinem Präventionsprogramm zu Grunde legen.

(4) Für die Aufstellung des Präventionsprogramms der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gilt § 11 Abs. 5 bis 7 entsprechend. Bei der Aufstellung von Präventionsprogrammen der gemeinsamen Entscheidungsgremien gilt § 11 Abs. 5 entsprechend, soweit die Zuständig-

keit der dort angeführten Stellen in organisatorischer Hinsicht berührt und ihre Beteiligung nicht auf andere Weise sicher gestellt ist.

Abschnitt 4
Gesundheitliche Aufklärung

§ 13
Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die sozialen Präventionsträger wirken im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam darauf hin, die Ziele von gesundheitlicher Prävention nach § 1 zu erreichen. Dabei arbeiten sie mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen eng zusammen und wirken darauf hin, dass Überschneidungen vermieden werden. Gesundheitliche Aufklärung soll durch zielgruppengerechte Mittel der Kommunikation

1. einen hohen Wissenstand im Bereich der gesundheitlichen Prävention vermitteln,
2. eine verantwortliche Einstellung zur eigenen und zur Gesundheit anderer fördern,
3. eigenverantwortliche Entscheidungsfähigkeit in Gesundheitsfragen stärken,
4. gesundheitsgerechtes Verhalten unterstützen und
5. gesundheitsriskantem Verhalten entgegenwirken.

§ 14
Zuständigkeiten

(1) An den Maßnahmen nach § 13 beteiligt sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in dem im BZgA-Gesetz festgelegten Umfang. Bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen nach § 3 des BZgA-Gesetzes bezieht sie die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 ein.

(2) Für die Sozialversicherung nimmt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung die Aufgaben nach § 13 wahr, soweit sie nicht nach anderweitiger gesetzlicher Regelung von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 bis 4 wahrgenommen werden. Die Stiftung beteiligt sich an den Aufgaben im Rahmen ihres Präventionsprogramms nach § 12 insbesondere durch die Entwicklung von Konzepten zur gesundheitlichen Aufklärung der Versicherten und deren Durchführung in Eigenverantwortung oder in Zusammenarbeit mit Dritten.

(3) Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann anregen, dass Maßnahmen im Rahmen der Aufgaben nach Absatz 2 sowie die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für

deren Qualitätssicherung nach § 20 unter den Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 des BZgA-Gesetzes von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung übernommen werden.

Abschnitt 5
Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung

§ 15
Verhaltensprävention

(1) Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1, 2 und 4 sollen Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken.

(2) Zur Verhaltensprävention erbringen

1. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 Leistungen nach § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 Leistungen nach § 12a Abs. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und nach § 9a Abs. 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte sowie
3. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 4 Leistungen nach § 45e Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die sozialen Präventionsträger stellen als Bestandteil ihrer Verpflichtung nach § 10 für Leistungen nach Absatz 1 und unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverstandes sicher, dass diese nach Handlungsfeldern und Kriterien insbesondere hinsichtlich Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik einheitlich erbracht werden. Hierzu schließen die Spitzenverbände der sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1, 3 und 4 mit Wirkung für ihre Mitglieder und die Deutsche Rentenversicherung Bund mit Wirkung für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung.

§ 16
Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen

(1) Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1, 2 und 3 erbringen Leistungen zur primären Prävention durch Ärztinnen und Ärzte oder auf ärztliche Veranlassung, wenn die Leistungen nur unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden können oder ihre Bewilligung eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustands der Versicherten erfordert.

(2) Dazu erbringen

1. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 insbesondere Leistungen nach den §§ 21 bis 24 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 mit Ausnahme der Träger der Alterssicherung der Landwirte insbesondere Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und
3. die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 3 insbesondere Leistungen nach § 9 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 3 Abs. 1 der Berufskrankheitenverordnung.

§ 17
Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

(1) Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 haben im Zusammenwirken mit den für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und der dafür nach § 23 aufzubringenden Mittel gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu erbringen. Die Leistungen werden auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht, um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. Die geschlechtsbezogen unterschiedliche Situation ist zu berücksichtigen.

(2) Lebenswelten im Sinne dieses Gesetzes sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens. Träger von Lebenswelten sind natürliche oder juristische Personen, die Lebenswelten betreiben oder unterhalten. Dies sind insbesondere:

1. für das Wohnen die zuständige Gemeinde;
2. für das Arbeiten der Arbeitgeber;
3. für das Lernen der Träger der Schule oder sonstigen Bildungseinrichtung einschließlich der beruflichen Weiterbildung;
4. für die Freizeitgestaltung einschließlich des Sports der Träger der Einrichtung;
5. für das Spielen die zuständige Gemeinde oder der Träger der Einrichtung.

(3) Über Gegenstand, Umfang und Ausführung von Leistungen nach Absatz 1 wird unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der dafür nach § 23 aufzubringenden Mittel entschieden. Dabei werden insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11, das Präventionsprogramm der

Entscheidungsträger nach § 12 Abs. 3 und die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 berücksichtigt; auch die regionale Verteilung und die Versicherungsaufträge der sozialen Präventionsträger werden in die Entscheidung einbezogen.

(4) Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die Beteiligung der Betroffenen sichergestellt ist, die Bereitschaft des Trägers der Lebenswelt zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen besteht und er einen angemessenen Eigenanteil für die Leistung übernimmt, der auch in Form von Sach- oder Personalmitteln erbracht werden kann. Dienen Leistungen in betrieblichen Lebenswelten auch der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten oder der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, erhöht sich der Eigenanteil entsprechend.

(5) Leistungen nach Absatz 1 können umfassen:

1. die erforderlichen Maßnahmen zur Ermittlung der gesundheitlichen Situation in der Lebenswelt (gesundheitsbezogene Bedarfsermittlung);
2. die erforderlichen Maßnahmen zur Organisation der Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Management der Gesundheitsförderung);
3. die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation, soweit sie als Sozialleistung nach § 11 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zu gewähren sind oder gewährt werden können und sie in die Zuständigkeit eines sozialen Präventionsträgers nach § 7 Nr. 1 bis 4 fallen.

(6) In Rahmenvereinbarungen nach § 18 Abs. 1 kann vorgesehen werden, dass soziale Präventionsträger mit Zustimmung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 an Stelle der Beteiligung an gemeinsamen und einheitlichen Leistungen nach Absatz 1 zeitlich befristet eigenverantwortliche Leistungen erbringen können, die den Anforderungen nach Absatz 4 genügen. Die Rahmenvereinbarung kann dies an besondere Voraussetzungen knüpfen und hat festzulegen, bis zu welchem Zeitpunkt von der Möglichkeit der ersatzweisen Erbringung Gebrauch gemacht werden kann. Im Übrigen kann sie vorsehen, dass gemeinsam und einheitlich beschlossene Leistungen nach Absatz 1 von einzelnen sozialen Präventionsträgern durchgeführt werden können.

(7) Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann sich an Leistungen nach Absatz 1 beteiligen oder im Einvernehmen mit den in ihrer Zuständigkeit betroffenen gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausreichende sowie branchenorientierte oder betriebsübergreifende Leistungen zur Förde-

rung der Ziele nach Absatz 1 in eigener Verantwortung ergänzend durchführen. Die Absätze 3 bis 5 gelten entsprechend.

(8) Zur Verbreitung erfolgreicher sowie zur Vermeidung mangelhafter Leistungen und ihrer Ergebnisse soll die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung für eine allgemein zugängliche Veröffentlichung aller wesentlichen Informationen über Leistungen nach Absatz 1 sorgen. Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 sind zur Weitergabe der notwendigen Informationen verpflichtet.

§ 18
Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

(1) Zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 Abs. 1 schließen die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 und 3 sowie für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 und 4 die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen mit den für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Die Rahmenvereinbarungen regeln mindestens:

1. die Bildung eines gemeinsamen Gremiums der sozialen Präventionsträger und der in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen zur Entscheidung über das Präventionsprogramm nach § 12 Abs. 3 und die Leistungen nach § 17;
2. die Besetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums;
3. die bei den Entscheidungen einzuhaltenden Verfahren einschließlich der Stimmberechtigung und der für die Beschlussfassung erforderlichen Mehrheiten;
4. die Organisation der Mittelaufbringung für Leistungen nach § 17 Abs. 1;
5. die Maßnahmen zur Sicherstellung der Anforderungen nach § 17 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz.

Die Anforderungen aus Absatz 5 Satz 2 bis 4 sind zu beachten. Für die Besetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums ist darauf hinzuwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern geschaffen oder erhalten wird.

(2) Belässt die Rahmenvereinbarung die Durchführung von gemeinsamen und einheitlichen Maßnahmen nach § 17 Abs. 1 einzelnen sozialen Präventionsträgern, ist die Beschlussfassung über die Maßnahme nur mit Zustimmung des durchführenden sozialen Präventionsträgers möglich.

(3) Statt ein eigenes gemeinsames Entscheidungsgremium nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 zu bilden, kann die Rahmenvereinbarung Zuständigkeiten nach Absatz 1 auf andere im Land gebil-

dete Gremien übertragen und die dabei zu beachtende Besetzung und das einzuhaltende Verfahren regeln. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Beim Abschluss einer Rahmenvereinbarung können sich die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 und 3 durch die zuständigen Verbände oder die Deutsche Rentenversicherung Bund im Rahmen ihrer Zuständigkeit vertreten lassen.

(5) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum [Datum einfügen: 1 Jahr nach Inkrafttreten] zustande, wird die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit den in Absatz 1 Satz 2 festgelegten Mindestinhalten und auf Grundlage der für die Ausführung von Leistungen nach § 17 geltenden Vorschriften durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt. Dabei ist im gemeinsamen Entscheidungsgremium die Vertretung aller beteiligten Sozialversicherungszweige vorzusehen. Im Übrigen ist die Zusammensetzung des Gremiums insbesondere am Umfang der für Leistungen nach § 17 Abs. 1 aufgebrachten Mittel auszurichten. Erlaubt die Rechtsverordnung Mehrheitsentscheidungen, ist durch geeignete Verfahrensregelungen sicher zu stellen, dass die Interessen aller beteiligten Sozialversicherungszweige hinreichend gewahrt sind.

(6) Die staatliche Aufsicht über die Sozialversicherungsträger bleibt unberührt.

§ 19
Ausführung von Leistungen

(1) Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 und Leistungen in Lebenswelten nach § 17 werden als Sachleistungen erbracht.

(2) Anstelle der Sachleistung zur Verhaltensprävention nach § 15 kann der soziale Präventionsträger die Kosten für selbst beschaffte Leistungen erstatten oder dafür eine Pauschale gewähren, sofern er dies grundsätzlich vorgesehen hat und die von ihm dafür bestimmten Voraussetzungen vorliegen; die Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen ist sicher zu stellen. Die Zulässigkeit und die Voraussetzungen bestimmen die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 in ihrer Satzung. Weiter gehende Ansprüche bei selbst beschafften Leistungen sind ausgeschlossen.

(3) Leistungen nach Absatz 1 können

1. von einem sozialen Präventionsträger allein oder gemeinsam mit anderen sozialen Präventionsträgern,
2. durch andere soziale Präventionsträger oder

3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freigemeinnützigen oder privaten Einrichtungen und Diensten

ausgeführt werden. Die sozialen Präventionsträger bleiben für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Für Leistungen in Lebenswelten nach § 17 kann die Rahmenvereinbarung nach § 18 Abs. 1 Besonderheiten vorsehen, insbesondere die Gewährung von Pauschalen an den Träger der Lebenswelt zulassen. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 arbeiten die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 3 eng mit den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 und 2 zusammen.

§ 20
Wirksamkeit und Qualitätssicherung

(1) Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 dürfen grundsätzlich nur erbracht oder gewährt werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist. Ist sie nicht ausreichend nachgewiesen, kann zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer der Leistung vertraglich festgelegt werden, dass die Wirksamkeit auf Kosten des Leistungserbringers innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachzuweisen ist. Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 sowie Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 dürfen von den sozialen Präventionsträgern nur erbracht oder gewährt werden, wenn vorab der Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts einschließlich eines Konzepts zum Qualitätsmanagement im Sinne des Absatzes 2 geführt wird.

(2) Die Erbringer von Leistungen und Maßnahmen nach Absatz 1 stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Leistungen gewährleistet und fortlaufend verbessert. Die sozialen Präventionsträger stellen die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 in geeigneter Weise sicher, soweit die Leistungserbringung durch Dritte erfolgt.

(3) Der Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschließt Empfehlungen zu Anforderungen und Kriterien für die Voraussetzungen nach Absatz 1, die Qualität und die Qualitätssicherung der Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung (Qualitätsstandards). Dabei berücksichtigt er die Besonderheiten der unterschiedlichen Leistungen und Maßnahmen nach Absatz 1. § 11 Abs. 6 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Zur Überprüfung der Qualität und Qualitätssicherung nach diesem Gesetz entwickelt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Kriterien und Methoden der Qualitätskontrolle. Die Stiftung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ver-

anlassen in der Regel gemeinsam eine stichprobenartige Qualitätskontrolle der Maßnahmen und Leistungen zur gesundheitlichen Prävention.

(5) Die Qualitätsstandards werden erstmals zum 01.07.2006 beschlossen und regelmäßig, zumindest im Abstand von fünf Jahren überprüft. Für Leistungen nach den §§ 15 und 17 werden die nach § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der am Tages des Inkrattretens dieses Gesetzes geltenden Fassung beschlossenen Kriterien bis zur erstmaligen Beschlussfassung entsprechend angewandt.

(6) Die Qualitätsstandards sind im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Abschnitt 6
Modellvorhaben

§ 21
Grundsätze

(1) Die sozialen Präventionsträger und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben durchführen oder vereinbaren. Modellvorhaben können auch zusammen mit Dritten, insbesondere den nach Landesrecht jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden oder den Trägern der Sozialhilfe durchgeführt werden. Für den Bereich der primären Prävention sollen vorrangig Modellvorhaben zur Erreichung der Präventionsziele und ihrer Teilziele nach § 11 durchgeführt werden. Sie sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen.

(2) Die Modellvorhaben sind dazu bestimmt, die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur gesundheitlichen Prävention zu verbessern. Sie sollen die Erbringung der Leistungen weiterentwickeln und können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen dienen. Sie müssen im Hinblick auf Konzeption, Ausführung und wissenschaftliche Begleitung anerkannten Qualitätskriterien genügen.

(3) Die sozialen Präventionsträger oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele nach Absatz 1 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.

(4) § 63 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Für soziale Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 gilt auch § 63 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 22
Mitwirkung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann Modellvorhaben nach § 21 Abs. 1 mit bundesweiter Bedeutung selbst durchführen, sich an ihrer Durchführung beteiligen oder sie fördern. Sie trifft die notwendigen Maßnahmen zur gegenseitigen Information der sozialen Präventionsträger über von ihnen oder unter ihrer Beteiligung durchgeführte Modellvorhaben nach § 21 Abs. 1. Berühren von der Stiftung selbst durchgeführte Modellvorhaben die Zuständigkeit eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, ist dessen Einvernehmen erforderlich.

Abschnitt 7
Umfang und Verteilung der Mittel

§ 23
Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Nach Ablauf der in Absatz 5 bestimmten Übergangsfrist sind im Jahr 2008

1. für die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 15 von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 2 insgesamt 16 Millionen Euro und den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 4 insgesamt vier Millionen Euro und für die Aufgaben nach § 15 und nach § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 insgesamt 72 Millionen Euro sowie von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 3 für Aufgaben nach § 1a Nr. 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch mindestens acht Millionen Euro aufzubringen;
2. für die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 17 von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 insgesamt 72 Millionen Euro, von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 2 insgesamt 16 Millionen Euro, von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 3 insgesamt acht Millionen Euro und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 4 insgesamt vier Millionen Euro aufzubringen;
3. für die Erfüllung der Zwecke der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 insgesamt 36 Millionen Euro, von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 2 insgesamt acht Millionen Euro, von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 3 insgesamt vier Millionen Euro und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 4 insgesamt zwei Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

Aufwendungen für Modellvorhaben nach § 21 werden angerechnet, soweit sie den Nummern 1 oder 2 entsprechen. Die Beträge sind in den Folgejahren ab 2009 entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße im Vergleich zum Vorjahr nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen.

(2) Die sich nach Absatz 1 ergebenden Beträge sind von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1, 2 und 4 nach dem Verhältnis der Versicherten und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 3 nach dem Verhältnis der Gesamtaufwendungen aufzubringen.

(3) Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 3 haben für ihre Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 mindestens in dem dort bezifferten Umfang Mittel für branchenorientierte und betriebsübergreifende Maßnahmen zu verwenden. Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 4 haben die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 aufzubringenden Mittel nach dem Verhältnis zu verwenden, das ihrem Anteil an über 74 Jahre alten Versicherten an der Gesamtzahl der über 74 Jahre alten Versicherten der sozialen Pflegeversicherung entspricht. Die sich nach Absatz 1 ergebenden Beträge für Aufgaben nach § 17 sind von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1, 2 und 4 nach der Zahl der Versicherten in den Ländern und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 3 nach der Einwohnerzahl in den Ländern zu verwenden.

(4) Ein sozialer Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 kann in seiner Satzung die Ergänzung von Leistungen nach § 15 Abs. 1 und nach § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch freiwillige Leistungen zur Verhaltensprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung für den Fall vorsehen, dass er die nach Absatz 2 auf ihn entfallenden Mittel nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 vollständig ausschöpft. Die Vorschriften für Leistungen nach § 15 Abs. 1 und § 65a Abs. 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(5) Während der Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2007 werden die aufzubringenden Mittel wie folgt festgesetzt:

1. die Beträge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 reduzieren sich im Jahr 2005 um 75 Prozent, die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 um 87,5 Prozent und die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 um 88,5 Prozent;
2. die Beträge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 reduzieren sich im Jahr 2006 um 50 Prozent und im Jahr 2007 um 25 Prozent;
3. die Beträge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 reduzieren sich im Jahr 2006 um 50 Prozent;
4. abweichend von Nummer 1 reduzieren sich die von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Nr. 1 aufzubringenden Beträge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 im Jahr 2005 um 56,25 Prozent; sie erhöhen sich im Jahr 2006 um 75 Prozent und im Jahr 2007 um 25 Prozent;

5. im Übrigen gelten die in Absatz 1 genannten Beträge für die Jahre 2006 und 2007 unverändert.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Ermittlung der Beträge nach Absatz 2 und 3 sowie das Verfahren ihrer Feststellung und der Mittelaufteilung nach Absatz 3. Auf dieser Grundlage stellt das Bundesversicherungsamt jährlich vorab die Verhältniszahlen nach Absatz 2 und 3 und ab dem Jahr 2009 die nach Absatz 1 maßgeblichen Beträge fest.

§ 24
Verwendung nicht abgerufener Mittel

(1) Bei einem sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 ab dem 1. Januar 2006 nicht abgerufene, für Leistungen bestimmte Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für Leistungen nach § 17 zur Verfügung gestellt. § 23 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Bei einem sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 ab dem 1. Januar 2006 nicht abgerufene, für Leistungen bestimmte Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für Leistungen nach § 17 zur Verfügung gestellt. Im darauf folgenden Jahr werden die Mittel entsprechend für Leistungen nach § 17 auf Länderebene zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung über die Verteilung von Mitteln nach Satz 2 trifft die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung insbesondere der Verhältniszahlen von § 23 Abs. 3.

(3) Bis zum Ablauf der Übergangsfrist nach § 23 Abs. 5 sind Mittel im Sinne von Absatz 1 und 2 die sich aus § 23 Abs. 5 ergebenden Beträge.

Abschnitt 8
Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention

§ 25
Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der gemeinsamen Entscheidungsgremien in den Ländern

Über die Erfahrungen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz haben die sozialen Präventionsträger nach § 7 und die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Berichte vorzulegen. Sie enthalten insbesondere Angaben zu den Aufwendungen für die Leistungen, zu ihrer nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage aufgeschlüsselten

Inanspruchnahme, zu den Erfahrungen mit dem Stand der Qualitätssicherung, den Ergebnissen und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen, zu den Erfahrungen mit den Verfahren nach diesem Gesetz sowie möglichen Schlussfolgerungen; die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann zur Vorbereitung ihres Berichts eine externe Evaluation ihrer Aktivitäten veranlassen. Die Berichte werden im Abstand von vier Jahren, erstmals zum [Datum einfügen, drei Jahre nach Inkrafttreten] und für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 gemeinsam durch ihre Spitzenverbände vorgelegt.

§ 26
Präventionsbericht

(1) Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat auf der Grundlage der Berichterstattung nach § 25, der Gesundheitsberichte nach § 9 und eines Berichtes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in jeder Legislaturperiode einen Bericht über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und bedeutsame Krankheiten mit Präventionsbezug sowie über die Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz und dessen Auswirkungen vor. Die Berichte enthalten eine zusammenfassende, das Alter, das Geschlecht und die soziale Lage berücksichtigende Bestandsaufnahme und Bewertung der gesundheitlichen Lage, der Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention sowie der in diesem Gesetz getroffenen Regelungen und gegebenenfalls Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention.

(2) Die Bundesregierung erstellt ihren Bericht auf der Grundlage eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach § 9 des Präventionsstiftungsgesetzes. Das Gutachten wird dem Bericht der Bundesregierung beigefügt. Die sozialen Präventionsträger erteilen erforderlichenfalls ergänzende Auskünfte. Die obersten Landesbehörden, die Spitzenverbände der sozialen Präventionsträger, das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung sowie andere für gesundheitliche Prävention relevante Verbände werden beteiligt.

Artikel 2
Gesetz über die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsstiftungsgesetz - PrävStiftG)

§ 1
Name, Rechtsform und Sitz der Stiftung

Unter dem Namen „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung" wird eine rechtsfähige bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in Berlin errichtet.

§ 2
Zweck der Stiftung

(1) Zweck der Stiftung ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention im Sinne des Präventionsgesetzes. Dazu soll die Stiftung die Präventionsziele koordinieren und unterstützen sowie die gesundheitliche Prävention weiterentwickeln und insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

(2) Die Stiftung verwirklicht ihren Zweck unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufträge ihrer Stifter insbesondere indem sie:

1. Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes erarbeitet und beschließt;
2. Vorschläge zu Leistungen nach den §§ 15 und 17 des Präventionsgesetzes erarbeitet und beschließt;
3. sich an Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 14 Abs. 2 des Präventionsgesetzes beteiligt;
4. sich an Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 Abs. 7 des Präventionsgesetzes beteiligt oder sie ergänzend durchführt;
5. Qualitätsstandards der Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes erarbeitet und beschließt;
6. sich an Modellvorhaben nach § 22 des Präventionsgesetzes beteiligt oder sie fördert.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Nummern 3, 4 und 6 hat die Stiftung ein Präventionsprogramm gemäß § 12 des Präventionsgesetzes zu beschließen.

(3) Aufgaben innerhalb des Stiftungszwecks werden nicht wahrgenommen, soweit sie von anderen Einrichtungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben durchzuführen oder zu finanzieren sind. Dies gilt nicht für solche Aufgaben, deren Wahrnehmung der Stiftung gesetzlich ausdrücklich übertragen ist.

§ 3
Stiftungsvermögen

(1) Die Stiftung erhält ein Stiftungsvermögen von 500 000 Euro. Daran beteiligen sich im Jahr ihrer Errichtung:

1. die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit insgesamt 360 000 Euro;
2. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte mit insgesamt 80 000 Euro;
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit insgesamt 40 000 Euro;
4. die Träger der sozialen Pflegeversicherung mit insgesamt 20 000 Euro.

Die Gesamtbeträge nach den Nummern 1, 2 und 4 bringen die Träger nach dem Verhältnis ihrer Versicherten auf. Den Gesamtbetrag nach Nummer 3 bringen die Träger nach dem Verhältnis ihrer Gesamtaufwendungen auf.

(2) Die Stiftung ist berechtigt, Zuwendungen von Dritten (Zustiftungen) anzunehmen.

§ 4
Satzung

(1) Die Stiftung gibt sich eine Satzung. Diese regelt insbesondere das Nähere zu den Organen der Stiftung, zu den Verfahrensabläufen in den Organen sowie zur Zusammenarbeit zwischen den Organen.

(2) Die Satzung wird vom Stiftungsrat beschlossen. Sie bedarf der Genehmigung; diese ist zu erteilen, wenn die Satzung den gesetzlichen Anforderungen genügt. Die Entscheidung trifft das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Das Gleiche gilt für Änderungen der Satzung. Kommt ein Satzungsbeschluss nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Inhalt der Satzung fest.

§ 5
Organe der Stiftung

Organe der Stiftung sind der Stiftungsrat, das Kuratorium, der Vorstand und der wissenschaftliche Beirat. Bei ihrer Besetzung ist das Bundesgremienbesetzungsgesetz zu beachten.

§ 6
Stiftungsrat

(1) Der Stiftungsrat besteht aus 30 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Amtszeit von fünf Jahren berufenen Mitgliedern. Dabei werden

1. drei Mitglieder von der Bundesregierung,
2. drei Mitglieder vom Bundesrat,
3. ein Mitglied von den kommunalen Spitzenverbänden,
4. 16 Mitglieder von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung,
5. vier Mitglieder vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen,
6. zwei Mitglieder von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung und
7. ein Mitglied von den Spitzenverbänden der sozialen Pflegeversicherung

vorgeschlagen. Für jedes Mitglied des Stiftungsrates ist in gleicher Weise eine Stellvertretung zu berufen. Eine wiederholte Berufung ist jeweils zulässig.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Änderungen an der Zusammensetzung des Stiftungsrates nach Absatz 1 zu regeln. Dabei kann die Zahl der nach Absatz 1 Nr. 4 bis 7 vorzuschlagenden Mitglieder des Stiftungsrates geändert werden, wenn sich das Verhältnis der jährlichen Zuwendungen zwischen den in § 3 genannten Trägern der Stiftung erheblich und dauerhaft verändert. Unter Wahrung der Interessen der Sozialversicherung kann auch die Zahl der Stiftungsratsmitglieder erhöht und ein Vorschlagsrecht für die Benennung zusätzlicher Mitglieder des Stiftungsrates für Zustifter vorgesehen werden, wenn diese Zustiftungen leisten, auf die die Stiftung einen regelmäßigen Anspruch erhält. Die Zustiftungen müssen dabei mindestens dem Beitrag entsprechen, der von den Stiftern gemäß Absatz 1 Nr. 7 geleistet wird.

(3) Ein Mitglied oder stellvertretendes Mitglied, das als Inhaberin oder Inhaber eines öffentlichen Amtes berufen ist, scheidet mit Beendigung dieses Amtes aus dem Stiftungsrat aus. Scheidet jemand vor Ablauf der festgelegten Amtszeit aus, ist für den Rest der Amtszeit unverzüglich eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger zu berufen.

(4) Der Stiftungsrat entscheidet in allen Angelegenheiten, die ihm gesetzlich zugewiesen sind oder die sonst für die Stiftung und ihre Entwicklung im Hinblick auf die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben von grundsätzlicher und besonderer Bedeutung sind. Er stellt Richtlinien für die Vergabe und Verwendung der Stiftungsmittel auf und überwacht den Vorstand und die Verwaltung. Hierzu kann er vom Vorstand und der Verwaltung jederzeit die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen Auskünfte verlangen.

(5) Der Stiftungsrat trifft seine Entscheidungen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

§ 7
Kuratorium

(1) Das Kuratorium besteht aus 16 vom Stiftungsrat berufenen Mitgliedern. Dabei werden

1. sieben Mitglieder vom Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung,
2. ein Mitglied vom Robert Koch-Institut,
3. ein Mitglied von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
4. ein Mitglied von der Bundesärztekammer,
5. ein Mitglied vom Deutschen Gewerkschaftsbund,
6. ein Mitglied von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände,
7. zwei Mitglieder von der Bundesregierung und
8. zwei Mitglieder vom Bundesrat

vorgeschlagen. Der Vorschlagsberechtigte nach Nummer 1 hat sicherzustellen, dass sich unter den von ihm vorzuschlagenden Mitgliedern mindestens ein Mitglied einer für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisation befindet. Beschäftigte sowie Inhaberinnen und Inhaber von Ämtern aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger können nicht Mitglied des Kuratoriums sein. Die Mitglieder des Kuratoriums sollen in angemessenen Anteilen die Bereiche der Gesundheit, des Sozialen, der Kultur, der Bildung, der Familie, der Jugend, des Sports und der Freizeit repräsentieren. Es können nur Personen vorgeschlagen werden, die auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz zur Mitarbeit im Kuratorium geeignet sind.

(2) Das Kuratorium berät die Stiftung im Rahmen der ihm gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten. Es hat in der Funktion eines Beirates insbesondere die Aufgabe, die Stiftung hinsichtlich ihrer Aktivitäten zu unterstützen und ist bei den Entscheidungen über die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes, über das Präventionsprogramm der Stiftung nach § 12 des Präventionsgesetzes sowie über die Qualitätssicherung nach § 20 des Präventionsgesetzes zu beteiligen.

§ 8
Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus drei Mitgliedern und wird vom Stiftungsrat berufen.

(2) Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Stiftung und bedient sich dabei einer hauptamtlichen Geschäftsführung. Er ist insbesondere für die Vergabe der Stiftungsmittel und die Überwachung ihrer zweckentsprechenden und wirtschaftlichen Verwendung verantwortlich. Der Vorstand vertritt die Stiftung gerichtlich und außergerichtlich.

§ 9
Wissenschaftlicher Beirat

(1) Der wissenschaftliche Beirat besteht aus bis zu sieben Mitgliedern. Die Mitglieder werden vom Stiftungsrat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen bestellt.

(2) Der wissenschaftliche Beirat erstellt die Gutachten nach § 26 Abs. 2 des Präventionsgesetzes. Daneben berät er die Stiftung in allen Angelegenheiten, für die wissenschaftlicher Sachverstand erforderlich ist.

§ 10
Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen

(1) Die Rechtsaufsicht über die Stiftung führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. § 88 Abs. 1 und 2 und § 89 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie § 274 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Abs. 1 sowie die §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und für die Verwendung der Mittel der Stiftung § 305b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(2) Die Haushalts- und Wirtschaftsführung wird durch das Bundesversicherungsamt geprüft. § 274 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. § 274 Abs. 2 Satz 5 sowie Satz 7 bis 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Auf die Arbeitsverhältnisse der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Stiftung sind die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Bundes geltenden Tarifverträge und sonstigen

Bestimmungen anzuwenden. Die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Auslagen der ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Stiftungsrates, des Kuratoriums, des Vorstandes und des wissenschaftlichen Beirates richtet sich nach den Bestimmungen, die für die unmittelbare Bundesverwaltung gelten. Für die Wahrnehmung der in § 9 Abs. 2 Satz 1 genannten Aufgaben erhalten die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates eine Aufwandsentschädigung in einem für die Aufgabenstellung angemessenen Umfang.

Artikel 3
Gesetz über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA-Gesetz - BZgAG)

§ 1
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung" (Bundeszentrale) ist eine selbstständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Ihr Sitz ist Köln.

§ 2
Aufgaben der Bundeszentrale

(1) Die Bundeszentrale wirkt mit an der gesundheitlichen Prävention nach § 2 des Präventionsgesetzes. Sie ist tätig auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung zu

1. der gesundheitlichen Prävention nach § 3,
2. der Suchtprävention nach § 4,
3. der Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere AIDS, nach § 5,
4. Blut- und Plasmaspenden nach dem Transfusionsgesetz und
5. Organspenden nach dem Transplantationsgesetz.

(2) Die Bundeszentrale nimmt darüber hinaus die ihr nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zugewiesenen Aufgaben wahr.

§ 3
Aufklärung zur gesundheitlichen Prävention

Die Bundeszentrale wirkt mit an der Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten. Dabei bezieht sie die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes ein.

§ 4
Aufklärung zur Suchtprävention

Die Bundeszentrale wirkt mit an der Aufklärung der Bevölkerung über Suchtmittel mit dem Ziel:

1. einen hohen Wissensstand über Wirkung und Gefahren des Suchtmittelkonsums, über den verantwortlichen Umgang mit Alkohol, Tabak und Medikamenten sowie über die Vermeidung des Konsums von unerlaubten Suchtmitteln zu vermitteln;
2. den Einstieg in den Konsum von Suchtmitteln zu vermeiden oder hinauszuzögern;
3. riskantes Konsumverhalten möglichst früh zu erkennen und ihm entgegenzuwirken;
4. schädlichen Konsum und Abhängigkeit zu verringern.

§ 5
Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten

(1) Die Bundeszentrale wirkt mit an der Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten, einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten, mit dem Ziel:

1. einen hohen Wissenstand über das Risiko von Infektionskrankheiten und über die Möglichkeiten des Schutzes vor Ansteckung zu vermitteln;
2. das Verhalten zur Vermeidung von Infektionskrankheiten zu fördern;
3. die Impfbereitschaft zu erhöhen.

(2) Die Bundeszentrale ist insbesondere auf dem Gebiet der AIDS-Prävention tätig mit dem Ziel:

1. einen hohen Wissenstand über das Risiko einer HIV-Infektion und einer AIDS-Erkrankung und über die Möglichkeiten des Schutzes vor Ansteckung zu vermitteln;
2. das Verhalten zur Vermeidung einer HIV-Infektion zu fördern;
3. der sozialen Benachteiligung HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen entgegenzuwirken.

§ 6
Umfang der Tätigkeit, Zielsetzung, Qualitätssicherung

(1) Die Bundeszentrale erfüllt ihre Aufgaben insbesondere, indem sie Konzepte zur gesundheitlichen Aufklärung entwickelt und durchführt. Schwerpunkt ihrer Arbeit sind bundesweite Aufklärungskampagnen. Dabei ist sie an die Zielsetzung für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 Satz 3 des Präventionsgesetzes gebunden. Ihr können Verpflichtungen, die sich aus Rechtsakten der Europäischen Union oder aus internationalen Verträgen ergeben, übertragen werden.

(2) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben gewährleistet die Bundeszentrale eine wissenschaftlich abgesicherte Qualitätssicherung. Sie bezieht dabei die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes ein.

§ 7
Forschung

Die Bundeszentrale kann zur Erfüllung ihrer Aufgaben wissenschaftliche Forschung betreiben, insbesondere zu Fragen:

1. der Wirkung von gesundheitlicher Aufklärung auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten der Bevölkerung sowie von meinungsbildenden Personen und Berufsgruppen;
2. der Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen;
3. neuer Entwicklungen gesundheitsrelevanten Verhaltens;
4. der Weiterentwicklung der Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung.

Sie stellt die Ergebnisse und Daten dieser Forschung für die Erfüllung der Aufgaben nach den §§ 9 und 26 des Präventionsgesetzes zur Verfügung.

§ 8
Wissenschaftlicher Beirat

Bei der Bundeszentrale wird ein Wissenschaftlicher Beirat errichtet. Er berät die Bundeszentrale in Fragen, für die wissenschaftlicher Sachverstand erforderlich ist. Auswahl und Berufung der Mitglieder erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf Vorschlag der Bundeszentrale. Das Bundesgremienbesetzungsgesetz ist zu beachten.

§ 9
Aufgabendurchführung

Im Rahmen ihrer Zuständigkeit erledigt die Bundeszentrale die Aufgaben des Bundes, mit deren Durchführung sie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung oder vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragt wird.

§ 10
Zusammenarbeit

(1) Die Bundeszentrale arbeitet im Rahmen ihrer Zuständigkeit mit

1. den zuständigen Einrichtungen des Bundes, den nach Landesrecht zuständigen Stellen, den Trägern der Sozialversicherung und ihren Verbänden, privaten Trägern und wissenschaftlichen Einrichtungen sowie
2. ausländischen und internationalen Stellen

zusammen.

(2) Bei Bedarf kann die Bundeszentrale die Zusammenarbeit durch die Einrichtung nationaler Koordinierungsausschüsse fördern.

§ 11
Aufträge Dritter

(1) Die Bundeszentrale kann im Auftrag der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Aufgaben auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung nach § 14 Abs. 2 des Präventionsgesetzes sowie die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für die Qualitätssicherung der Maßnahmen nach § 20 des Präventionsgesetzes übernehmen, wenn dies wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben von Stiftung und Bundeszentrale und zu deren sachgerechter und wirtschaftlicher Durchführung zweckmäßig ist. Für die Ausführung des Auftrags, der Erstattung von Aufwendungen und den Voraussetzungen der Kündigung gelten § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 1 bis 3 sowie § 92 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(2) Die Bundeszentrale kann gegen Entgelt für Dritte Qualitätssicherungskonzepte für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung entwickeln und umsetzen.

§ 12
Aufsicht im besonderen Fall

Soweit die Bundeszentrale Aufgaben aus einem anderen Geschäftsbereich als dem des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wahrnimmt, untersteht sie den fachlichen Weisungen der sachlich zuständigen obersten Bundesbehörde.

§ 13
Beschäftigte

Auf die Beschäftigten der Bundeszentrale sind die für Beschäftigte des Bundes geltenden Tarifverträge und sonstigen Bestimmungen anzuwenden.

Artikel 4
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 der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 19b folgende Angabe eingefügt:
   „§ 20 Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung".

2. Nach § 19b wird folgender § 20 eingefügt:

   „§ 20
   Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung

   (1) Nach dem Recht der gesundheitlichen Prävention können Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch genommen werden.

   (2) Zuständig sind die in den §§ 21, 21a, 22 und 23 genannten Leistungsträger sowie die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung."

3. In § 21 Abs. 1 Nr. 1 werden die Wörter „Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten" durch die Wörter „gesundheitlichen Prävention" ersetzt.

4. In § 21a Abs. 1 werden der Punkt am Ende von Nummer 4 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:
   „5. Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zur Verhütung von Pflegebedürftigkeit."

5. § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „zur Ersten Hilfe" die Wörter „einschließlich von Maßnahmen im Sinne des Präventionsgesetzes" eingefügt.
   b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Erwerbsfähigkeit" die Wörter „einschließlich von Leistungen im Sinne des Präventionsgesetzes" und nach dem Wort „sowie" das Wort „Leistungen" eingefügt.

6. § 23 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „Arbeitsleben" ein Komma und die Wörter „Leistungen zur gesundheitlichen Prävention" eingefügt.

b) In Nummer 2 Buchstabe a werden nach dem Wort „Heilbehandlung“ ein Komma und die Wörter „Leistungen zur gesundheitlichen Prävention“ eingefügt.

7. In § 35 Abs. 1 Satz 4 werden nach der Angabe „Künstlersozialkasse,“ die Angabe „die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, soweit sie Aufgaben nach dem Präventionsgesetz durchführt,“ eingefügt.

8. In § 68 wird der Punkt am Ende der Nummer 17 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 18 angefügt:
„18. das Präventionsgesetz.“

Artikel 5

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 90 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

2. In Satz 2 werden die Wörter „dem Gebiet Prävention“ durch die Wörter „den Gebieten der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

Artikel 6

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 ... (BGBl. I ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 2 werden die Wörter „gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen" durch die Wörter „Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention" ersetzt.

2. In § 2 Abs. 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „das Neunte Buch" die Wörter „oder das Präventionsgesetz" eingefügt.

3. § 11 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 2 werden die Wörter „Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung" durch die Wörter „gesundheitlichen Prävention" und die Angabe „(§§ 20 bis 24b)" durch die Angabe „(§§ 20 bis 26)" ersetzt.
   b) Nummer 3 wird aufgehoben.

4. In § 13 Abs. 1 werden nach den Wörtern „das Neunte Buch" die Wörter „oder das Präventionsgesetz" eingefügt.

5. Im Dritten Kapitel wird die Überschrift des Dritten Abschnitts wie folgt gefasst:
   „Dritter Abschnitt
   Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung, Förderung der Selbsthilfe".

6. § 20 wird durch folgende §§ 20 bis 20d ersetzt:

„§ 20

Verhaltensprävention

(1) Die Krankenkassen sollen Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken.

(2) Über Gegenstand, Umfang und Ausführung von Leistungen nach Absatz 1 entscheidet die Krankenkasse unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Präventionsgesetzes aufzu-

bringenden Mittel nach pflichtgemäßem Ermessen. Im Rahmen ihrer Verpflichtungen nach § 10 des Präventionsgesetzes berücksichtigt sie dabei insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes sowie die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden nicht für Versicherte erbracht, die gemäß der Vereinbarung nach § 15 Abs. 3 Satz 2 des Präventionsgesetzes entsprechende Leistungen von einem anderen Präventionsträger oder als Bestandteil der Krankenbehandlung nach dem Ersten Titel des Fünften Abschnitts erhalten können.

§ 20a

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen die Krankenkassen Leistungen nach § 17 des Präventionsgesetzes.

§ 20b

Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen können Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) erbringen, um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln.

(2) Bei der Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 werden insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes sowie die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes berücksichtigt. § 17 Abs. 4 und 5 Präventionsgesetz gilt entsprechend.

(3) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 Abs. 2 gelten entsprechend.

§ 20c

Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen berichten dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Abständen von drei Jahren, erstmals zum 01.01.2008, über

1. die Erkenntnisse, die ihre Mitglieder über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben,
2. deren Bewertung insbesondere vor dem Hintergrund der Gesundheitsberichterstattung nach § 9 des Präventionsgesetzes und
3. die nach Absatz 1 und 2 von den Krankenkassen eingeleiteten Maßnahmen und deren Wirkungen auf die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

§ 20d

Förderung der Selbsthilfe

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2005 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,54 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend des Wohnortes der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 Prozent der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen."

7. Die Überschrift zu § 21 wird wie folgt gefasst:

„§ 21

Gesundheitliche Prävention von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)"

8. Die Überschrift zu § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Gesundheitliche Prävention von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)"

9. Die Überschrift zu § 23 wird wie folgt gefasst:

„§ 23

Medizinische Leistungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten"

10. Die Überschrift zu § 24 wird wie folgt gefasst:

„§ 24

Medizinische Leistungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten für Mütter und Väter“

11. Im Dritten Kapitel wird die Überschrift des Vierten Abschnitts wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Leistungen zur sekundären Prävention von Krankheiten“

12. Die Überschrift zu § 25 wird wie folgt gefasst:

„§ 25

Untersuchungen zur sekundären Prävention von Krankheiten“

13. Die Überschrift zu § 26 wird wie folgt gefasst:

„§ 26

Kinderuntersuchung zur sekundären Prävention von Krankheiten“

14. In § 71 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen“ durch die Wörter „Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention gemäß der §§ 22 bis 24 und der §§ 25 und 26“ ersetzt.

15. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Maßnahmen zur sekundären Prävention,“

b) In Absatz 6 wird das Wort „Früherkennung“ durch die Wörter „sekundären Prävention“ ersetzt.

16. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Maßnahmen zur sekundären Prävention“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Früherkennung“ durch die Wörter „sekundären Prävention von Krankheiten“ ersetzt.

bb) In Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 wird jeweils das Wort „Früherkennung“ durch die Wörter „sekundären Prävention“ ersetzt.

17. § 107 Abs. 2 Nr. 1 wird wie folgt geändert:
    a) In Buchstabe a wird die Angabe „(Vorsorge)“ gestrichen.
    b) In Buchstabe b wird die Angabe „(Rehabilitation)“ gestrichen.

18. In § 111b Satz 1 erster Halbsatz wird das Wort „Vorsorgeleistungen“ durch die Wörter „Leistungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten“ ersetzt.

19. § 217 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:
    „2. gesundheitlichen Prävention,“

20. In § 219 Abs. 2 werden die Wörter „Förderung der Gesundheit, Prävention“ durch die Wörter „gesundheitlichen Prävention“ ersetzt.

Artikel 7

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 ... (BGBl. I ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Nach der Angabe zum Zweiten Kapitel wird die Angabe zum Ersten Abschnitt wie folgt gefasst:
      „Erster Abschnitt
      Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe".
   b) Vor der Angabe zu § 9 wird folgende Angabe eingefügt:
      „§ 8a Aufgabe der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention".
   c) An die Angaben zu § 10 und § 11 werden jeweils die Wörter „der Leistungen zur Teilhabe" angefügt.
   d) An die Angabe zu § 12 werden die Wörter „zur Teilhabe" angefügt.
   e) Nach der Angabe zu § 12 wird die Angabe zum Zweiten Unterabschnitt wie folgt gefasst:
      „Zweiter Unterabschnitt
      Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung".
   f) Nach der Angabe zum Zweiten Unterabschnitt werden vor der Angabe zum Ersten Titel folgende Angaben eingefügt:
      „§ 12a Verhaltensprävention
      § 12b Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten
      Dritter Unterabschnitt
      Umfang der Leistungen zur Teilhabe".
   g) In den Angaben zu den §§ 220 und 287b werden jeweils vor den Wörtern „zur Teilhabe" die Wörter „zur gesundheitlichen Prävention und" eingefügt.

2. Im Zweiten Kapitel wird die Überschrift des Ersten Abschnitts wie folgt gefasst:
   „Erster Abschnitt
   Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe".

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

„§ 8a

Aufgabe der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Verhaltensprävention (§ 12a) sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 12b) und beteiligt sich an der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, um die Gesundheit und damit die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten. Als besondere Leistungen der primären Prävention erbringt sie die Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2."

4. In den Überschriften zu den §§ 10 und 11 werden jeweils die Wörter „der Leistungen zur Teilhabe" angefügt.

5. In der Überschrift zu § 12 werden die Wörter „zur Teilhabe" angefügt.

6. Nach § 12 wird die Überschrift des Zweiten Unterabschnitts wie folgt gefasst:
„Zweiter Unterabschnitt
Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung".

7. Nach der Überschrift des Zweiten Unterabschnitts werden folgende §§ 12a und 12b eingefügt:

„§ 12a

Verhaltensprävention

(1) Die Träger der Rentenversicherung sollen Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken.

(2) Über Gegenstand, Umfang und Ausführung von Leistungen nach Absatz 1 entscheidet der Träger der Rentenversicherung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Präventionsgesetzes aufzubringenden Mittel nach pflichtgemäßem Ermessen. Im Rahmen seiner Verpflichtungen nach § 10 des Präventionsgesetzes berücksichtigt er dabei insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes sowie die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden nicht für Versicherte erbracht, die gleichartige Leistungen als medizinische Vorsorgeleistungen erhalten können.

§ 12b

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen die Träger der Rentenversicherung Leistungen nach § 17 des Präventionsgesetzes."

8. Nach § 12b wird vor dem Ersten Titel folgende Überschrift eingefügt:
„Dritter Unterabschnitt
Umfang der Leistungen zur Teilhabe".

9. In § 13 Abs. 1 werden die Wörter „dieser Leistungen" durch die Wörter „der Leistungen zur Teilhabe" ersetzt.

10. In § 31 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 5 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„dazu gehören auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen."

11. § 220 wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden vor den Wörtern „zur Teilhabe" die Wörter „zur 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 Satz 1) und" eingefügt.
      bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
         „Die Gesamthöhe der bisherigen jährlichen Ausgaben nach Satz 1 wird durch das Hinzutreten der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (§ 8a Satz 1) nicht verändert."
   c) In Absatz 2 Satz 1 werden vor den Wörtern „zur Teilhabe" die Wörter „zur gesundheitlichen Prävention (§ 8a Satz 1) und" eingefügt.

12. § 287b wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden vor den Wörtern „zur Teilhabe" die Wörter „zur gesundheitlichen Prävention und" eingefügt.
   b) In Absatz 2 Satz 1 und 4 werden jeweils vor den Wörtern „zur Teilhabe" die Wörter „zur gesundheitlichen Prävention (§ 8a Satz 1) und" eingefügt.

Artikel 8
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....., wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift des Ersten Kapitels wird das Wort „Aufgaben" durch die Wörter „Allgemeine Regelungen" ersetzt.
   b) Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Ersten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Erster Abschnitt Allgemeine Regelungen".
   c) Die Angabe zu § 1 wird wie folgt gefasst:
   „§ 1 Aufgaben der Unfallversicherung".
   d) Nach der Angabe zu § 1 werden folgende Angaben eingefügt:
   „§ 1a Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz
   § 1b Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention".
   e) Die Überschrift des Zweiten Kapitels wird wie folgt gefasst:
   „Zweites Kapitel Sicherheit und Gesundheitsschutz".
   f) Die Angabe zu § 15 wird wie folgt gefasst:
   „§ 15 Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz".
   g) Die Angabe zu § 115 wird wie folgt gefasst:
   „§ 115 Sicherheit und Gesundheitsschutz im Bereich der Unfallkasse des Bundes".

2. In der Überschrift des Ersten Kapitels wird das Wort „Aufgaben" durch die Wörter „Allgemeine Regelungen" ersetzt.

3. Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Ersten Kapitels wird wie folgt gefasst:
   „Erster Abschnitt Allgemeine Regelungen".

4. Die Überschrift zu § 1 wird wie folgt gefasst:

   „§ 1
   Aufgaben der Unfallversicherung".

5. Nach § 1 werden die folgenden §§ 1a und 1b eingefügt:

   „§ 1a
   Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz

   Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz dienen

1. der Verhütung von Arbeitsunfällen,
2. der Verhütung von Berufskrankheiten,
3. der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und
4. einer wirksamen Ersten Hilfe.

§ 1b

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

Die nach diesem Gesetz zu erbringenden Leistungen zur Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der Maßnahmen zu ihrer Früherkennung sind zugleich Teil der gesundheitlichen Prävention nach § 2 des Präventionsgesetzes. Dies gilt auch für die Heilbehandlung einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit sie der Verhütung von Verschlimmerungen oder Folgeerkrankungen dienen."

6. Die Überschrift des Zweiten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweites Kapitel

Sicherheit und Gesundheitsschutz".

7. § 15 wird wie folgt geändert:
   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 15

Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz".

   b) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort „Unfallverhütungsvorschriften" durch die Wörter „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz" und in Satz 2 das Wort „Unfallverhütungsvorschrift" durch die Wörter „Vorschrift über Sicherheit und Gesundheitsschutz" ersetzt.

8. In § 16 Abs. 1 und 2, § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 5 wird jeweils das Wort „Unfallverhütungsvorschriften" durch die Wörter „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz" ersetzt.

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

„§ 20a

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen die Unfallversicherungsträger Leistungen nach § 17 des Präventionsgesetzes."

10. In § 22 Abs. 1 Satz 4 wird das Wort „Unfallverhütungsvorschrift“ durch die Wörter „Vorschrift über Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.

11. § 115 wird wie folgt geändert:
    a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

    „§ 115
    Sicherheit und Gesundheitsschutz im Bereich der Unfallkasse des Bundes“.
    b) In Absatz 1 Satz 1 und 3 wird das Wort „Unfallverhütungsvorschriften“ jeweils durch die Wörter „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.
    c) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger“ durch die Wörter „Vorschriften der Unfallversicherungsträger über Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.
    d) In Absatz 3 Satz 1 werden das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ und das Wort „Unfallverhütungsvorschriften“ durch die Wörter „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.

12. In § 122 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

13. In § 149 Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Aufgaben für Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.

14. In § 193 Abs. 8 Satz 1 wird das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

15. § 204 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    a) In den Nummern 1 und 2 werden jeweils die Wörter „der Prävention“ durch die Wörter „für Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.
    b) In den Nummern 3 bis 6 wird jeweils das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

16. In § 206 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Prävention“ durch die Wörter „Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ ersetzt.

17. In § 209 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „Unfallverhütungsvorschrift“ durch die Wörter „Vorschrift über Sicherheit und Gesundheitsschutz“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen- (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch ..... , wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Die Angabe zu § 3 wird wie folgt gefasst:
      „§ 3 Vorrang der Prävention von Behinderungen“
   b) Die Angabe zu § 84 wird wie folgt gefasst:
      „§ 84 Prävention zur Erhaltung von Beschäftigung“

2. Die Überschrift zu § 3 wird wie folgt gefasst:
   „§ 3
   Vorrang der Prävention von Behinderungen“

3. In § 12 Abs. 1 Nr. 5 werden nach dem Wort „Prävention“ die Wörter „von Behinderungen“ eingefügt.

4. In § 66 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Prävention“ das Komma gestrichen und die Wörter „von Behinderungen sowie“ eingefügt.

5. In § 83 Abs. 2a Nr. 5 werden nach dem Wort „Prävention“ die Wörter „von Behinderungen“ und vor dem Wort „Gesundheitsförderung“ das Wort „betrieblichen“ eingefügt.

6. Die Überschrift zu § 84 wird wie folgt gefasst:
   „§ 84
   Prävention zur Erhaltung von Beschäftigung“

7. In § 160 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Prävention“ die Wörter „von Behinderungen“ eingefügt.

Artikel 10
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 ... (BGBl. I ..S.) wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe „§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ folgender Abschnitt eingefügt:
   „Sechster Abschnitt
   Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
   § 45d Grundsätze
   § 45e Leistungen zur Verhaltensprävention
   § 45f Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“

2. § 4 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
   „Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Maßnahmen zur primären Prävention sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch oder das Präventionsgesetz vorsehen.“

3. § 5 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
   „(1) Die Pflegekassen erbringen Leistungen zur primären Prävention und wirken bei den übrigen Leistungsträgern darauf hin, dass diese im Rahmen ihrer Zuständigkeit frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation einleiten, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“

4. In § 28 Abs.1 werden in Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 13 angefügt:
   „13. Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 45e und 45f).“

5. Nach § 45c wird folgender Sechster Abschnitt eingefügt:

„Sechster Abschnitt
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

§ 45d
Grundsätze

Zur Vorbeugung des Eintritts oder der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit erbringen die Pflegekassen Leistungen zur Verhaltensprävention (§ 45e) sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 45f) und beteiligen sich an der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung.

§ 45e
Leistungen zur Verhaltensprävention

(1) Die Pflegekassen sollen für ältere Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko Leistungen zur primären Verhaltensprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken mit dem Ziel, Risiken für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu vermindern.

(2) Über Gegenstand, Umfang und Ausführung von Leistungen nach Absatz 1 entscheidet die Pflegekasse unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Präventionsgesetzes aufzubringenden Mittel nach pflichtgemäßem Ermessen. Im Rahmen ihrer Verpflichtungen nach § 10 des Präventionsgesetzes berücksichtigt sie dabei insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes sowie die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden nicht für Versicherte erbracht, die gleichartige Leistungen als medizinische Vorsorgeleistungen erhalten können.

§ 45f
Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen die Pflegekassen Leistungen nach § 17 des Präventionsgesetzes.“

6. § 66 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

      „(2) Das Bundesversicherungsamt überweist aus Mitteln des Ausgleichsfonds den nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 5 Nr. 3 und 5 des Präventionsgesetzes von den Pflegekassen aufzubringenden Betrag an die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung."

   b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

   c) Im neuen Absatz 3 werden nach dem Wort „Angestellte" die Wörter „sowie mit der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung" eingefügt.

Artikel 11

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch ...., wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 14 wie folgt gefasst:
   „§ 14 Vorrang der Prävention von Behinderungen und Rehabilitation"

2. § 14 wird wie folgt geändert:
   a) Die Überschrift zu § 14 wird wie folgt gefasst:
   „§ 14
   Vorrang der Prävention von Behinderungen und Rehabilitation"
   b) In Absatz 1 und 2 werden nach dem Wort „Prävention" die Wörter „von Behinderungen" eingefügt.

3. In § 47 Satz 1 werden die Wörter „Vorsorgeleistungen und" durch die Wörter „Leistungen zur primären und tertiären Prävention nach den §§ 22 bis 24 des Fünften Buches sowie" ersetzt und nach dem Wort „Untersuchungen" die Wörter „zur sekundären Prävention nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches" eingefügt.

Artikel 12

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 1 Satz 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch.....(BGBl. I S. ....) geändert worden ist, werden wie folgt gefasst:

„Die landwirtschaftlichen Krankenkassen als Solidargemeinschaften haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Sie erbringen nach den folgenden Vorschriften Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung, zur Förderung der Selbsthilfe, zur sekundären Prävention von Krankheiten sowie bei Krankheit."

Artikel 13

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....., wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zum Zweiten Kapitel wird die Angabe zum Ersten Abschnitt wie folgt gefasst:

   „Erster Abschnitt
   Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe“

   b) Vor der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 6a Aufgabe der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention“

   c) An die Angabe zu § 8 werden die Wörter „der Leistungen zur Teilhabe“ angefügt.

   d) An die Angabe zu § 9 werden die Wörter „zur Teilhabe“ angefügt.

   e) Nach der Angabe zu § 9 wird die Angabe zum Zweiten Unterabschnitt wie folgt gefasst:

   „Zweiter Unterabschnitt
   Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung“

   f) Nach der Angabe zum Zweiten Unterabschnitt werden folgende Angaben eingefügt:

   „§ 9a Verhaltensprävention“
   § 9b Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“

   g) Vor § 10 wird folgende Angabe eingefügt:

   „Dritter Unterabschnitt
   Umfang und Ort der Leistungen zur Teilhabe“

   h) In der Angabe zu § 80 werden vor dem Wort „Teilhabe“ die Wörter „gesundheitliche Prävention,“ eingefügt.

2. Im Zweiten Kapitel wird die Angabe zum Ersten Abschnitt wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt
Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und zur Teilhabe“

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

„§ 6a
Aufgabe der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention

Die Alterssicherung der Landwirte erbringt Leistungen zur Verhaltensprävention (§ 9a) sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 9b) und beteiligt sich an der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, um die Gesundheit und damit die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten.“.

4. In der Überschrift zu § 8 werden die Wörter „der Leistungen zur Teilhabe“ angefügt.

5. In der Überschrift zu § 9 werden die Wörter „zur Teilhabe“ angefügt.

6. Nach § 9 wird die Angabe zum Zweiten Unterabschnitt wie folgt gefasst:

„Zweiter Unterabschnitt
Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung“

7. Nach der Überschrift des Zweiten Unterabschnitts werden folgende §§ 9a und 9b eingefügt:

„§ 9a
Verhaltensprävention

(1) Die landwirtschaftlichen Alterskassen sollen Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken.

(2) Über Gegenstand, Umfang und Ausführungen von Leistungen nach Absatz 1 entscheidet die landwirtschaftliche Alterskasse unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Präventionsgesetzes aufzubringenden Mittel nach pflichtgemäßem Ermessen. Im Rahmen ihrer

Verpflichtungen nach § 10 des Präventionsgesetzes berücksichtigt sie dabei insbesondere die Präventionsziele und deren Teilziele nach § 11 des Präventionsgesetzes sowie die Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden nicht für Versicherte erbracht, die gleichartige Leistungen als medizinische Vorsorgeleistungen erhalten können.

§ 9b
Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen die landwirtschaftlichen Alterskassen Leistungen nach § 17 des Präventionsgesetzes."

8. Vor § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Dritter Unterabschnitt
Umfang und Ort der Leistungen zur Teilhabe"

9. § 80 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden vor dem Wort „Teilhabe" die Wörter „gesundheitliche Prävention," eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistungen zur" die Wörter „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 gesundheitlichen Prävention (§ 6a) nicht verändert."

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistungen zur" die Wörter „gesundheitlichen Prävention und zur" eingefügt.

Artikel 14
Änderung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung

Artikel 1 Nummer 46 des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 9. Dezember 2004 (BGBl I, S. 3242) wird wie folgt geändert:

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

Artikel 15

Inkrafttreten

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

(2) Artikel 1 §§ 15, 17, 19 bis 22, 23 Abs. 1 bis 5, Artikel 6 Nr. 6, Artikel 7 Nr. 7, Artikel 8 Nr. 9, Artikel 10 Nr. 5 sowie Artikel 13 Nr. 7 treten am 1. Oktober 2005 in Kraft.

(3) Artikel 1 § 24 und Artikel 14 treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

Begründung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf und Ziele

Die Stärkung von gesundheitlicher Prävention ist der beste Ansatz für eine vorausschauende Gesundheitspolitik. Diese Erkenntnis aufgreifend hat die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes beschlossen, mit dem Prävention zur eigenständigen Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege ausgebaut werden soll.

Auch Bundestag und Bundesrat haben sich in der Folgezeit für die schnelle Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ausgesprochen:

Im Rahmen der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes, das gemeinsam von den Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebracht wurde, hat der Bundestag am 24. September 2003 die Bundesregierung aufgefordert, innerhalb eines Jahres ein Präventionsgesetz vorzulegen. Inhaltlich wurde u.a. gefordert, die Kooperation der Krankenkassen untereinander zu fördern, Gelder für Gemeinschaftsprojekte auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung zu stellen, die Begriffe zu vereinheitlichen und das Bewusstsein der Bevölkerung für Prävention zu schärfen.

Am 28. November 2003 hat der Bundesrat eine Entschließung zum Präventionsgesetz angenommen. Auch der Bundesrat forderte die schnellstmögliche Vorlage eines Entwurfs für ein Präventionsgesetz. Vor dem Hintergrund der Länderkompetenzen für Prävention wurde um die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebeten. Diese wurde im Juni 2004 eingerichtet und hat bis zum Oktober 2004 die Eckpunkte des nun vorgelegten Gesetzentwurfs erarbeitet.

1. Potenziale der gesundheitlichen Prävention

Der vorliegende Gesetzentwurf greift die Forderungen nach einer Stärkung der Prävention auf und setzt dort an, wo zukünftig die Potenziale der gesundheitlichen Prävention besser genutzt

werden müssen. Durch eine effektive und effiziente Prävention können Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und ein großer Teil der sonst erforderlichen Krankheits- und Krankheitsfolgekosten verringert werden.

Gesundheitliche Prävention richtet sich an alle. Auf der Grundlage der Eigenverantwortung jedes und jeder Einzelnen stärken die Maßnahmen und Leistungen des Gesetzes 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 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.

In den nächsten Jahrzehnten gilt es insbesondere, den demografischen Wandel zu bewältigen. Mit der steigenden Anzahl älterer Menschen wird auch die Zahl chronischer Erkrankungen weiter zunehmen. Deren Behandlung gehört zu den langwierigen und damit sehr kostenaufwendigen des Gesundheitssystems. Die Stärkung der gesundheitlichen Prävention mit diesem Gesetz kann die Entstehung chronischer Erkrankungen verhindern bzw. ihre Krankheitslast minimieren. Eine andere Folge des demografischen Wandels wird die Zunahme von Pflegebedürftigkeit sein. Hier kann gesundheitliche Prävention dazu beitragen, möglichst lange ein mobiles und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Eine wesentliche Ursache für die Entstehung vieler Erkrankungen ist der Lebensstil: Schlechte Ernährung, mangelnde Bewegung, Stress und Suchtmittelkonsum können beispielsweise zu einem Risiko für die Gesundheit werden. Dies gilt für alle Altersgruppen. Prävention und Gesundheitsförderung sind hier die Instrumente, mit denen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Anfang an beeinflusst werden können. Das beginnt mit der Steuerung der Entstehung gesundheitsbezogener Gewohnheiten im Kindes- und Jugendalter und reicht über die Unterstützung bei notwendigen Verhaltensänderungen im Erwachsenenalter bis hin zur Hilfe bei der Umstellung auf die gesundheitlichen Anforderungen des höheren Lebensalters. Das Gesetz soll darauf hinwirken, dass diese Instrumente konsequent genutzt werden.

Ein großes präventives Potenzial liegt auch in der auf eine Beteiligung aller Akteure angelegten Ausrichtung von Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen oder Lebenswelten. Mit präventiven Maßnahmen kann die Eigenverantwortung der Bevölkerung unabhängig vom sozialen Status gestärkt werden. Die Menschen können in den für sie relevanten Bezügen, bei der Arbeit, in der Freizeit, in der Wohnumwelt, erreicht werden und erhalten die Möglichkeit, sich daran zu beteiligen, diese gesundheitsförderlich zu gestalten. Dadurch können z. B. im Betrieb arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verringert und die Arbeitsfähigkeit aller erhalten werden. Das Ge-

setz bietet mit seinen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten eine rechtliche Grundlage, die diesen Ansatz, der auch von der Weltgesundheitsorganisation vertreten wird, aufgreift und umsetzt.

2. Strukturelle Neuorientierung der 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 Stärkung und Ausbau der Prävention mit einem Präventionsgesetz erfährt dieses System seine notwendige Erweiterung. Es wird so zu einem modernen Gesundheitssystem weiterentwickelt, in dem Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangig nebeneinander stehen. Damit schließt Deutschland auch zu den Ländern in Europa auf, die bereits gute Erfolge mit gesundheitlicher Prävention erzielt haben.

Der jetzt vorgelegte Gesetzentwurf nimmt daher die notwendige strukturelle Neuorientierung der Prävention vor. Ziel ist es, eine Basis für ein modernes Präventionssystem zu schaffen, das vorhandene Strukturen sinnvoll zusammenführt, sie angemessen vereinheitlicht und weiterentwickelt. Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenz des Bundes enthält das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention die Rahmenvorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherung, das diese zur Zusammenarbeit miteinander sowie mit Bund, Ländern und Kommunen verpflichtet.

Künftig werden im Bereich der Sozialversicherung die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung in Kooperation mit Ländern und Kommunen im Rahmen einer Stiftung auf Bundesebene gemeinsam Maßnahmen der primären Prävention finanzieren, beschließen und durchführen.

Auf der Grundlage einheitlicher Definitionen und Leistungsbeschreibungen wird es drei Handlungsebenen der primären Prävention mit ihren je eigenen Aufgaben geben:

- die Bundesebene mit einer gemeinsamen Stiftung von Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, in der übergreifende Aufgaben erfüllt werden;

- die Landesebene, auf der Kranken-, Renten, Unfall- und Pflegeversicherung gemeinsam mit den Ländern konkrete Projekte und Maßnahmen in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger durchführt;

- die Ebene der Sozialversicherungsträger, auf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung die ihnen zugeschriebenen Aufgaben der Prävention jeweils eigenverantwortlich erfüllen.

Während die Strukturen bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern weitestgehend vorhanden sind, werden auf Landes- und Bundesebene neue Strukturen geschaffen, um eine zielorientierte Zusammenarbeit zu ermöglichen. Hierzu wird mit dem Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention für die Bundesebene eine Stiftung öffentlichen Rechts der Sozialversicherungsträger errichtet, während auf Landesebene die Zusammenarbeit über Rahmenvereinbarungen zwischen den Ländern und der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung geregelt wird.

Dabei bleibt die Aufgabentrennung zwischen Staat und Sozialversicherung erhalten. Auch künftig müssen Bund, Länder und Sozialleistungsträger ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Lage der Bürgerinnen und Bürger jeweils selbst nachkommen und ihre Aufgaben aus getrennten Mitteln finanzieren. 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. Seit jeher gehört es zum Auftrag der Sozialversicherung, dort, wo es möglich ist, auf die Vermeidung von Versicherungsrisiken hinzuwirken und sich nicht auf den nachträglichen Ausgleich realisierter Risiken zu beschränken; die Unfallverhütung gehört ebenso zum klassischen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung wie etwa der Grundsatz Rehabilitation vor Rente zu einem Prinzip der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung zählt. Daran knüpft das Gesetz an. Es formt Aufträge zur gesundheitlichen Prävention im Bereich der Sozialversicherung weiter aus und verpflichtet die Sozialleistungsträger auf dieser Grundlage zu einer verbesserten Zusammenarbeit mit den staatlichen Gebietskörperschaften.

II. Instrumente und Maßnahmen des Gesetzes

Zu den Instrumenten und Maßnahmen der strukturellen Neuorientierung gehören insbesondere

- Begriffliche Vereinheitlichung
- Primäre Prävention als Auftrag der Sozialversicherung
- Neuregelung der finanziellen Grundlage für primäre Prävention
- Stiftung der Sozialversicherungsträger für bundesweite Aufgaben

- Lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene
- Leistungen der Sozialversicherungsträger in Eigenverantwortung
- Klare Orientierung durch gemeinsame Präventionsziele
- Sicherung der Qualität durch einheitliche Standards
- Gesetzliche Grundlage für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Präventive Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung des RKI
- Monitoring durch Berichtspflichten

Darüber hinaus wird eine weitere für die gesundheitliche Prävention bedeutsame Regelung getroffen: Die Förderung der Selbsthilfe wird weiterentwickelt.

1. Begriffliche Vereinheitlichung

Das Gesetz sorgt im Bereich des Sozialgesetzbuches in den Regelungen zur gesundheitlichen Prävention für eine Vereinheitlichung der bisherigen Begrifflichkeiten. Unter dem Oberbegriff gesundheitliche Prävention werden primäre, sekundäre und tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung verstanden. Primäre Prävention bezieht sich hierbei auf die Verhütung von Ersterkrankungen. Mit sekundärer Prävention werden Maßnahmen der Früherkennung bezeichnet. Tertiäre Prävention umfasst alle Maßnahmen, die die Verschlimmerung einer Erkrankung bzw. Folgeerkrankungen verhindern sowie Behinderung und Pflegebedürftigkeit hinauszögern oder vermeiden. Ergänzend gibt es die Gesundheitsförderung, die – einem Konzept der Weltgesundheitsorganisation folgend - den Aufbau von gesundheitlichen Kompetenzen einschließlich der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit beschreibt.

Auf der Grundlage dieser Definitionen werden die anderen Teile des Sozialgesetzbuchs vereinheitlicht, so dass künftig gleiche Begriffe für gleiche Leistungen verwendet werden können und ein gemeinsames Verständnis von gesundheitlicher Prävention entsteht.

2. Primäre Prävention als Auftrag der Sozialversicherung

Bislang ist primäre Prävention im Sozialgesetzbuch nur als konkreter Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch i.d.F. der Gesundheitsreform 2000) und als Auftrag zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 1 Nr. 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch) verankert. Mit dem Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention wird auch der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und der sozialen Pflegeversicherung aufgegeben, primärpräventive Leistungen und Maßnahmen zu erbringen.

3. Neuregelung der finanziellen Grundlage für primäre Prävention

Im Bereich der Sozialversicherung wird die finanzielle Grundlage für Leistungen der primären Prävention ausgebaut und auf mehr Sozialversicherungszweige verteilt. Die bisher in § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verankerte Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, primäre Prävention zu finanzieren, bleibt erhalten. Sie wird ergänzt um die Verpflichtung der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, ebenfalls Mittel für die primäre Prävention zur Verfügung zu stellen, da auch diese Zweige der Sozialversicherung von primärpräventiven Erfolgen profitieren. In dem Maße, in dem es der primären Prävention gelingt, z. B. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder dem Eintritt von Behinderung und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, werden die Sozialversicherungszweige, in denen diese Risiken abgedeckt werden, entlastet. Folgerichtig ist deshalb deren finanzielle Beteiligung vorgesehen.

Insgesamt sollen im Ergebnis jährlich zunächst 250 Millionen Euro für Zwecke der primären Prävention zur Verfügung gestellt werden, davon 180 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung, 40 Millionen Euro von der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, 20 Millionen Euro von der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der sozialen Pflegeversicherung. Diese Beträge werden nicht zu einer Anhebung der Beitragssätze führen. 20 % der Gesamtsumme sollen der Stiftung zugeführt werden, 40 % sollen für Maßnahmen in Lebenswelten z. B. in Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Senioreneinrichtungen auf Landesebene bereitgestellt werden und 40 % verbleiben beim einzelnen Sozialversicherungsträger für eigenverantwortlich zu erbringende Maßnahmen.

4. Stiftung der Sozialversicherungsträger für bundesweite Aufgaben

Auf Bundesebene wird eine Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung" als Stiftung des öffentlichen Rechts gesetzlich errichtet. Stifter sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung. Jährliche Zuwendungen in Höhe von 50 Millionen Euro sollen für ihre Aufgaben zur Verfügung stehen. Das entspricht den 20 % der Gesamtmittel, die auf die Bundesebene entfallen. Die Stiftung wird Modellprojekte, ergänzende lebensweltbezogene Maßnahmen im Einvernehmen mit den Ländern sowie bevölkerungsbezogene Aufklärungskampagnen durchführen. Daneben hat sie auch eine wichtige koordinierende Funktion: Sie ist sowohl für die Entwicklung einheitlicher Präventionsziele als auch für die Konkretisierung der Qualitätssicherungsstandards für die einzelnen Handlungsebenen verantwortlich.

Entscheidungen der Stiftung werden von einem Stiftungsrat getroffen, für den neben den Sozialversicherungszweigen auch Bund, Länder und Kommunen Mitglieder benennen. Beraten wird der Stiftungsrat von einem Kuratorium, in dem unter anderen auch das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung vertreten sein wird, sowie von einem wissenschaftlichen Beirat.

5. Lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene

Bereits jetzt werden erfolgreich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im direkten Lebensumfeld der Versicherten erbracht. Diese sollen weiter ausgebaut werden.

Es handelt sich um Projekte, die in Lebenswelten (z. B. Kindergärten, Schulen, Betrieben, Senioreneinrichtungen, aber auch Stadtteilen) stattfinden: Alle Beteiligten und Gruppen ermitteln in einem gemeinsamen Prozess die zur Gesundheitsförderung in der Lebenswelt notwendigen Veränderungen und setzen diese um. Mit solchen Maßnahmen können die Menschen dort erreicht werden, wo sie leben und arbeiten. Sie sind geeignet, um bei vielen Menschen in ihrem konkreten Lebenszusammenhang das Gesundheitsbewusstsein zu stärken und gemeinsam entwickelte Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Auf diese Weise können auch schwer erreichbare Zielgruppen in präventive Maßnahmen einbezogen werden. Damit entsteht eine größere gesundheitliche Chancengleichheit.

Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sieht vor, lebensweltbezogene Maßnahmen auf der Landesebene zu koordinieren und durchzuführen. Hierfür sollen insgesamt 100 Millionen Euro jährlich zur Verfügung gestellt werden. Dies entspricht 40 % der Gesamtmittel. Zur Durchführung dieser Maßnahmen schließen die Länder mit den Sozialversicherungsträgern der Kranken-, der Renten-, der Unfall- und der Pflegeversicherung Rahmenvereinbarungen über die Struktur und die Organisation der Landesebene. Vorhandene Strukturen sollen genutzt werden. Ziel ist es, die Projekte auf die landesspezifischen Besonderheiten auszurichten und sie als Gemeinschaftsaufgabe der beteiligten Sozialversicherungsträger mit den Ländern und Kommunen abzustimmen.

6. Leistungen der Sozialversicherungsträger in Eigenverantwortung

Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention wird den Sozialversicherungsträgern aufgeben, jährlich 100 Millionen Euro, dies entspricht 40 % der Gesamtmittel, in Eigenverantwortung für primärpräventive Leistungen zu verwenden. Damit wird eine Handlungsebene geschaffen, auf der jeder Träger primärpräventive Leistungen eigenverantwortlich ausgestalten kann. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden dies die bewährten individuellen Leistungen zur Verhaltensprävention (z. B. Kurse zu Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Rauchentwöhnung etc.) sowie die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Diese wichtigen Handlungsfelder bleiben somit erhalten. Renten- und Pflegeversicherung erhalten wieder bzw. erstmals die Möglichkeit, ebenfalls individuelle Leistungen zu primärpräventiven Verhaltensänderungen zu erbringen, die sich an ihren gesetzlichen Aufträgen orientieren. Bei der Unfallversicherung bleibt es bei dem Auftrag, Leistungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu erbringen.

7. Klare Orientierung durch gemeinsame Präventionsziele

Zur notwendigen Bündelung der Kräfte wird im Präventionssystem ein Mechanismus der Zielorientierung verankert: Alle Leistungen und Maßnahmen sollen an vorrangigen Präventionszielen und Teilzielen ausgerichtet werden. Zu diesen wird ein Maßnahmenkatalog erarbeitet. Dies erfolgt in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Sozialversicherung sowie von Bund, Ländern und Kommunen. Die gemeinsamen Ziele sollen für alle Handlungsebenen als Rahmenvorgaben Gültigkeit besitzen, während der konkretere Maßnahmenkatalog zur Unterstützung bei der Umsetzung dient. Die Ziele und Teilziele werden mit Hilfe von Präventionsprogrammen auf die Ebenen übertragen: Die Stiftung wird mit einem eigenen Präventionsprogramm ihre Aufklärungsmaßnahmen und ergänzenden Settingmaßnahmen auf die Ziele und Teilziele ausrichten. Auf Landesebene werden jeweils eigene Programme erstellt,

um zum einen landesspezifische Schwerpunktsetzungen bei den Zielen und Teilzielen und zum anderen Ergänzungen entsprechend der jeweiligen Bedarfe vorzunehmen. Die Sozialversicherungsträger werden ebenfalls bei den individuellen Leistungen sowie bei den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Reduktion arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen die Ziele und Teilziele berücksichtigen und ihre Leistungen zu koordinieren. Alle Handlungsebenen profitieren dabei von dem Maßnahmenkatalog der Stiftung, der als Orientierungshilfe dienen soll. 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 bereits auf der obersten Ebene quantifiziert, d.h. mit bezifferbaren Kenngrößen versehen werden. Folglich kann bei allen Präventionszielen durch entsprechende Studien der Grad der Zielerreichung bestimmt werden. Eine Überprüfung und Überarbeitung der Ziele soll spätestens alle sieben Jahre erfolgen.

8. Sicherung der Qualität durch einheitliche Standards

Die Neuorientierung des gesamten Präventionssystems ermöglicht es, Qualitätssicherung von Anfang an für alle Leistungen und Maßnahmen verpflichtend einzuführen. Das Konzept der Qualitätssicherung ist dreistufig: Vor der eigentlichen Erbringung steht der Nachweis über die Wirksamkeit bzw. der Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts (z. B. bei Aufklärungskampagnen oder Settingmaßnahmen). Bei der Erbringung oder Durchführung sollen in der zweiten Stufe Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität überprüft und nachgewiesen werden. Auf der Stufe drei sollen insbesondere die lebensweltbezogenen Maßnahmen in geeigneter Form dokumentiert werden, so dass sie auch anderen zugute kommen können.

9. Gesetzliche Grundlage für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und den Erfordernissen des neuen Präventionssystems angepasst. Dabei soll die Bundeszentrale als eine selbständige Bundesoberbehörde auf die Kernaufgaben der Aufklärung und der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Aufklärung ausgerichtet werden. Neben den Themengebieten Suchtprävention und Infektionskrankheiten (einschließlich AIDS) soll sie - jeweils beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung - die Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und schwerwiegende Krankheiten betreiben. Die Aufgaben aufgrund anderer Gesetze (Aufklärung zu Blut- und Plasmaspenden, Möglichkeiten der Organspenden sowie Aufgaben nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz) bleiben bestehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll so zu

einer Institution weiterentwickelt werden, die in das neue Präventionssystem eingebunden wird. Vor allem mit der zu gründenden Stiftung wird es eine enge Kooperation geben, wobei die Stiftung zur Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung anregen und finanzieren kann. Unabhängig davon bleiben spezifische staatliche Aufklärungsaufgaben, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erfüllt, bestehen.

10. Präventive Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts

Beim RKI wird die bereits vorhandene Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung so ausgerichtet, dass sie als Grundlage zur Entwicklung der Präventionsziele dienen sowie die Überprüfung der Zielerreichung leisten kann. Zu diesem Zweck soll das RKI regelmäßig eigene Studien durchführen und die von Ländern und Kommunen sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung gestellten Daten auswerten.

11. Monitoring durch Berichtspflichten

Das Präventionssystem ist als „lernendes" System angelegt, d.h. es ist eine Überprüfung der Zweckmäßigkeit der vorgesehenen Instrumente und Konzepte im System bereits enthalten: Alle Präventionsträger sollen über ihre Erfahrungen im Zuge der Umsetzung des Gesetzes an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berichten. Auf dieser Grundlage wird durch den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ein Bericht der Bundesregierung zur Vorlage an Bundestag und Bundesrat erarbeitet (Präventionsbericht), der eine umfassende Bestandsaufnahme der präventionsbezogenen Situation, eine Darstellung der Wirkungen des Gesetzes und sich daraus ergebende Empfehlungen zur Fortentwicklung des Systems enthält.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

1. Der Bund hat nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren. 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 unterschiedliches Bundesrecht, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförde-

rung befasst, harmonisieren und eine einheitliche Leistungserbringung aller Sozialversicherungsträger für das gesamte Bundesgebiet gewährleisten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält als Einrichtung des Bundes die gesetzliche Aufgabe, über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten aufzuklären.

Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention begründet damit neue Aufgaben und Leistungen für Träger der Sozialversicherung im Sinne des Art. 87 Abs. 2 GG und legt ihnen finanzielle Verpflichtungen auf. Ferner regelt das Gesetz die im Interesse der Wirksamkeit und Effizienz der Präventionsmaßnahmen zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern auf Bundesebene, den teilweise neu zu gründenden Organisationen sowie den auf Landes- und Kommunalebene zuständigen Trägern der gesundheitlichen Vorsorge.

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention gehören sachnotwendig zum Aufgabenfeld der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der gesetzlichen Renten-, Unfall- und der sozialen Pflegeversicherung, da sie geeignet und erforderlich sind, die grundlegende Zielsetzung dieser Systeme (Vermeidung bzw. Herauszögerung des Versicherungsfalles „Krankheit" mit den Folgen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung) zu verwirklichen. Diese Zielsetzung hat sich in der Tradition der einzelnen Zweige der Sozialversicherung - zum Teil in unterschiedlicher Ausprägung und Geschwindigkeit - entwickelt und ihren Niederschlag in den einschlägigen Normen gefunden (§ 1 Satz 2 und 3 SGB V; § 1 SGB VII; § 6 Abs. 1 SGB XI). Aufgrund der gesamtstaatlichen Verantwortung für gesundheitliche Prävention wird mit dem Gesetz ein ganzheitlicher Ansatz in der Weise verfolgt, dass an die bundeseinheitliche Regelung der Sozialversicherung angeknüpft wird. Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine bundeseinheitliche Regulierung und Koordination der Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention auch für die Gewährleistung der künftigen Finanzierbarkeit der Systeme der sozialen Sicherung, insbesondere der Sozialversicherung in Deutschland, unverzichtbar.

2. Dem Bund steht das Gesetzgebungsrecht im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz).

3. Die Wahrung der Rechts- und Wirtschafteinheit betrifft unmittelbar institutionelle Voraussetzungen des Bundesstaates und erst mittelbar die Lebensverhältnisse der Bürger. Einheitliche Rechtsregeln werden danach erforderlich, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherhei-

ten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Um dieser sich unmittelbar aus der Rechtslage ergebenen Bedrohung von Rechtssicherheit und Freizügigkeit im Bundesstaat entgegen zu wirken, kann der Bund eine bundesgesetzlich einheitliche Lösung wählen. Die Wahrung der Wirtschaftseinheit liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht (vgl. BVerfGE 106, 62).

4. Regelungen zur Prävention gibt es in einem differenzierten System sozialrechtlicher und anderer Vorschriften. Dies hat zur Folge, dass innerhalb des Sozialrechts Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzung der Vorschriften erschwert sind. Dies gilt insbesondere für die Begrifflichkeiten und ihre uneinheitliche Verwendung. Hinzu kommt, dass die Prävention, verstanden als Vorbeugung gegen Lebensrisiken jeglicher Art, sich als eine komplexe Aufgabe darstellt, die eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen zum Inhalt haben kann. Bisher sind die Leistungen hierfür als Teilleistungen in alle möglichen Bereiche des gegliederten Systems der sozialen Sicherung eingebettet.

   Der vorliegende Gesetzentwurf führt die bisherigen Regelungen zur gesundheitlichen Prävention zielgerichtet zusammen, vereinheitlicht die Begrifflichkeiten, harmonisiert die Rechtsvorschriften und verschafft so der Prävention die Stellung im Gesundheitswesen, die sie benötigt, um effizient zu wirken.

   Diese Aufgabe des Gesetzes, die mit anderen bundesrechtlich geregelten Gesetzgebungsgegenständen in Zusammenhang steht und alle Sozialversicherungsträger betrifft, kann nicht ohne erhebliche substanzielle Einbußen für die bundesstaatliche Rechtseinheit und die ihr immanente Sachgerechtigkeit ganz oder teilweise in die unterschiedlich gehandhabte Gesetzgebungskompetenz der Länder gegeben werden.

   Dabei geht es nicht nur um die Wahrung bzw. Herstellung der formalen Rechtseinheit als solche. Vielmehr verlangt das besondere bundesstaatliche Integrationsinteresse eine einheitliche bundesgesetzliche Regelung. Eine Gesetzesvielfalt oder eine sogar lückenhafte Regelung landesspezifischer Systeme der gesundheitlichen Prävention hätte bzw. haben eine Rechtszersplitterung zufolge. Die mit der Vereinheitlichung in einem Gesetz angestrebten Ziele der gesundheitlichen Prävention, die auch durch das Zusammenwirken aller Sozialversicherungsträger erreicht werden sollen, wären ohne bundesgesetzliche Regelung gefährdet.

5. Die Wahrung der Wirtschaftseinheit macht es ebenfalls im gesamtstaatlichen Interesse wie auch im Interesse der Schaffung einer bundesweiten Solidargemeinschaft auf dem Gebiet

der gesundheitlichen Prävention erforderlich, die Strukturmaßnahmen des Gesetzentwurfs und die materiell-rechtlichen Regelungen bundeseinheitlich zu gestalten.

Die vorgesehenen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung betragen rund 250 Millionen Euro jährlich. Sie werden von der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit gemeinsam aufgebracht, um die Lebensqualität, die Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig zu verbessern. Ein großer Teil der Krankheits- und jeweiligen Folgekosten in den einzelnen Sozialversicherungszweigen soll damit verringert werden. Dies lässt sich, da der Sozialversicherungsmarkt Teil der Gesamtwirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland ist, nicht länderspezifisch von der übrigen Wirtschaftseinheit abkoppeln.

Das Ziel, das System der Sozialversicherung in seiner bewährten Form zu erhalten und zukunftsfähig zu machen, kann nur erreicht werden, wenn im gesamten Bundesgebiet gewährleistet ist, dass ein geschlossenes System und wirksame Instrumente zur gesundheitlichen Prävention geschaffen und auch unter vergleichbaren Bedingungen eingesetzt werden. Ein Untätigbleiben einzelner Länder auf dem Sektor der gesundheitlichen Prävention hätte damit erhebliche Nachteile für die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger und damit die Gesamtwirtschaft zur Folge. Die Länder haben durch einstimmigen Beschluss des Bundesrates (BR-Drs. 780/03) vom 28. November 2003 die Bundesregierung zur Vorlage eines entsprechenden Gesetzentwurfs aufgefordert und damit deutlich gemacht, dass sie zum Einen die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zugrunde legen und zum Anderen nicht beabsichtigen, eigene Landesgesetze zu erlassen.

So schafft und sichert die zielgerichtete Zusammenarbeit der zuständigen Träger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften in einem entsprechend gegliederten System der Gesamtbevölkerung weitergehende und wirkungsvollere Möglichkeiten der gesundheitlichen Prävention, als jede andere denkbare organisatorische Lösung dies könnte.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Präventionsgesetz)

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Regelungen)

Zu § 1 (Zweck des Gesetzes)

Die Vorschrift formuliert die Ziele des Präventionsgesetzes und benennt die Instrumente, mit denen diese verfolgt werden sollen. Vorangestellt und hervorgehoben wird das Ziel, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit altersadäquat zu erhalten und zu stärken, wobei die Beschäftigungsfähigkeit in diesem Sinne die grundsätzliche Erwerbsfähigkeit einschließt. 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 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 gesundheitlichen Prävention genannt, die in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Bereich der gesundheitlichen Prävention fallen:

Der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung kommt im Rahmen der 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 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 Botschaften an die Versicherten.

Zu den dann genannten Leistungen der gesundheitlichen Prävention zählen zum einen solche, die für den Einzelnen erbracht werden können, um gezielt individuellen Gesundheitsrisiken entgegen zu wirken und das Entstehen von Krankheiten zu verhindern. Erfasst werden aber auch Leistungen zur gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten, sogenannte Settingmaßnahmen. Damit bilden die beiden im Gesetz aufgeführten Instrumente die verschiedenen Ebenen, auf denen Prävention ansetzen kann, ab. Sie kann ansetzen bei einzelnen Menschen, bei sozialen Gruppen in Lebenswelten oder bei Bevölkerungsgruppen bzw. der gesamten Bevölkerung.

Satz 2 führt die Zielsetzung weiter und erläutert die wesentlichen Aspekte, auf deren Vermeidung die gesundheitliche Prävention ausgerichtet ist. Sie soll dem Auftreten von Krankheiten und ihrer Verschlimmerung entgegenwirken und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sowie den Eintritt einer krankheitsbedingten Behinderung oder von Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verzögern. Dies soll zum einen dazu beitragen, dass jeder Mensch durch eine frühzeitige Stärkung gesundheitlicher Ressourcen vor Beeinträchtigungen seiner Lebenssituation durch Krankheit oder Krankheitsfolgen bewahrt wird. Zum anderen soll eine erfolgreiche gesundheitliche Prävention bewirken, dass Leistungen der Sozialversicherung, die beim Eintritt von Krankheit, Krankheitsfolgen und Pflegebedürftigkeit notwendig würden, entbehrlich werden.

Zu § 2 (Gesundheitliche Prävention)

Die Vorschrift enthält in den Nummern 1 bis 4 die Begriffsbestimmungen, von denen das Gesetz in Bezug auf das Verständnis der gesundheitlichen Prävention ausgeht. Danach gehören zur gesundheitlichen Prävention alle Bereiche von der Primär- über die Sekundär- bis hin zur Tertiärprävention sowie auch die Gesundheitsförderung. Mit der in Nummer 4 vorgenommenen Einbeziehung der Gesundheitsförderung in den Präventionsbegriff des Gesetzes wird das präventive Potenzial, das durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen und –fähigkeiten zukünftig stärker ausgeschöpft werden soll, auch angemessen begrifflich erfasst. Die Begriffsbestimmungen gehen damit von einem erweiterten Verständnis der gesundheitlichen Prävention aus, das einerseits der Gesundheitsförderung auf Grund ihrer großen Bedeutung einen eigenständigen Stellenwert beimisst, ohne damit Überschneidungen mit der primären und tertiären Prävention auszublenden. Darüber hinaus grenzen die einzelnen Definitionen die Aktionsfelder der Prävention voneinander ab, sodass eine Einordnung von Präventionsmaßnahmen in die unterschiedlichen Präventionsbereiche erleichtert wird. Die Begriffsbestimmungen sollen die Vielzahl unterschiedlicher Definitionen, mit denen gesundheitliche Prävention in den Gesetzen der Sozialversicherung bisher umschrieben wird, ablösen und bewirken, dass ein einheitliches Verständnis von Prävention entsteht.

Zu § 3 (Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention)

Absatz 1 Satz 1 formuliert für alle Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention das Ziel, die Gesundheitschancen der Bevölkerung zu verbessern. Dabei sollen sie dazu beizutragen, sozial oder geschlechtsbedingt ungleiche Gesundheitschancen abzubauen. Die Regelung übernimmt im Kern die mit der Gesundheitsreform 2000 für Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelte Zielstellung. Anders als dort soll dem Ziel nach dieser Vorschrift jedoch grundsätzliche Bedeutung in allen Präventions-

bereichen zukommen. Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention werden insgesamt darauf ausgerichtet, eine Verbesserung insbesondere der Gesundheit von benachteiligten Personengruppen und Personen in besonders schwierigen Lebenslagen zu bewirken. Zu diesen gehören beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Menschen mit einer Behinderung, aber auch chronisch körperlich oder psychisch erkrankte Menschen. Alle Präventionsanstrengungen sind zukünftig auf diese gemeinsame Zielstellung hin zu konzipieren und durchzuführen. Sie findet sich auch in der Zweckbestimmung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (§ 2 Präventionsstiftungsgesetz). Satz 2 verpflichtet die sozialen Präventionsträger nach § 7, im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch auf barrierefreie Zugänge hinzuwirken und die notwendigen Kommunikationshilfen zur Verfügung zu stellen.

In den Absätzen 2 bis 5 knüpft die Vorschrift jeweils an die in § 2 Nr. 1 bis 4 geregelten Bestimmungen zu den Präventionsbereichen an und konkretisiert die Handlungsmöglichkeiten nach diesem Gesetz. Absatz 2 beschreibt mögliche Maßnahmen der primären Prävention. Zu den unabdingbaren Instrumenten, mit denen der erste Ausbruch einer Erkrankung vermieden werden kann, gehört die Aufklärung darüber, wie ein angemessenes Verhalten im Hinblick auf Risiken und Belastungen gesundheitlicher Art aussehen kann; insoweit wird auf die entsprechenden Erläuterungen zu § 1 verwiesen. Hinzu kommt die Unterstützung dafür, eine gesundheitsbewusste Einstellung und das damit verbundene Verhalten zu erlernen und beizubehalten. Daneben gibt es rein medizinische Maßnahmen z. B. Impfungen, die ebenfalls dem Ausbruch einer Erkrankung vorbeugen.

Maßnahmen der sekundären Prävention, die in Absatz 3 beschrieben werden, dienen der Verringerung der Morbidität und Mortalität. Sie können zur frühzeitigen Entdeckung einer Erkrankung und damit zu einer erfolgversprechenden und vielfach schonenderen Behandlung beitragen. Zu den möglichen Maßnahmen gehören neben den Früherkennungsuntersuchungen selbst auch die Aufklärung und Beratung über die Möglichkeiten, Krankheiten frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln sowie über den potenziellen Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen. Auch in diesem Zusammenhang wird von einem breiten Aufklärungsbegriff ausgegangen, der sowohl die Information als auch die Motivation und die Befähigung, solche Angebote in Anspruch zu nehmen, umfasst.

Mögliche Maßnahmen zur tertiären Prävention, die in Absatz 4 aufgeführt sind, müssen ein breites Handlungsspektrum abdecken: Zu ihnen gehört die Hilfestellung beim Umgang mit bestehenden Erkrankungen und beim Umgang mit Risiken und Belastungen, die sich in der Folge von Erkrankungen ergeben. Ebenso umfasst sie medizinisch-therapeutische Maßnahmen, die sich auf die Anteile der Krankenbehandlung (Nummer 3) und Rehabilitation (Nummer 4) beziehen, die tertiärpräventiven Charakter im Sinne des § 2 haben, ohne deshalb aus dem Leis-

tungsspektrum der Krankenbehandlung oder Rehabilitation herauszufallen. Hinzu kommen die von Betroffenen organisierte Unterstützung bei der Bewältigung von Erkrankungen im Sinne der Selbsthilfe und die pflegerischen Maßnahmen, mit denen die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte von Pflegebedürftigen erhalten werden.

Die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe trägt deren gewachsener Bedeutung zur Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen Rechnung. Ihre ausdrückliche Nennung ist bei der Tertiärprävention anders als in den Absätzen 1 bis 3 notwendig, da die Selbsthilfe im Bereich der Krankheitsbewältigung eine Maßnahme eigener Art darstellt, die keiner der anderen genannten zugeordnet werden kann. Dass die gesundheitliche Selbsthilfe auch in den übrigen Präventionsbereichen insbesondere in der Sekundärprävention durch Information und Beratung tätig ist, wird dadurch nicht verkannt, da die Vorschrift insgesamt grundsätzlich keine Aussage darüber trifft, wer die Maßnahmen erbringt. Bei der Förderung der Selbsthilfe durch Träger der gesundheitlichen Prävention handelt es sich nicht um Leistungen gegenüber Versicherten, sondern um die Unterstützung von Initiativen zur Krankheitsbewältigung.

Absatz 5 beschreibt mögliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die an das WHO-Konzept der Ottawa-Charta von 1986 anknüpfen und auch die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können gleichzeitig primär- oder tertiärpräventiven Zwecken dienen und sind daher von diesen nur schwer abzugrenzen. Als prozessorientierter Ansatz verknüpfen sie verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zu einem sinnvollen Ganzen und sind zudem auf die Gesundheit und nicht auf Krankheit ausgerichtet.
Sie beziehen sich nach Nummer 1 auf den Aufbau entsprechender persönlicher Fähigkeiten, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Hinzu kommt die Stärkung all der vorhandenen Potenziale, die einen angemessenen Umgang mit der eigenen Gesundheit ermöglichen. Dies umfasst auch das Erlernen von gesundheitsförderlichem Verhalten z. B. bei Kindern und Jugendlichen, denen frühzeitig Verhaltensweisen vermittelt werden sollen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. In Ergänzung dazu beziehen sich nach Nummer 2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Strukturen in der sozialen und natürlichen Umwelt, d.h. durch Veränderung gesundheitsrelevanter Faktoren sowohl im Sinne einer Ressourcensteigerung (z. B. sinnvolle Festlegung von Pausenzeiten) als auch im Sinne einer Belastungssenkung (z. B. rauchfreie Räume) wird dem Einzelnen ein gesünderes Leben ermöglicht.

Der Katalog der in der Vorschrift aufgeführten Maßnahmen vermittelt selbst keine Ansprüche auf Leistungen, sondern beschreibt lediglich die Handlungsoptionen, von denen im Rahmen des Leistungsrechts Gebrauch gemacht werden kann.

Zu § 4 (Vorrang von gesundheitlicher Prävention)

Die Regelung stellt den Grundsatz auf, dass der gesundheitlichen Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung Vorrang z. B. gegenüber Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege zukommt. Dieser Vorrang, der im Sozialgesetzbuch bereits an verschiedenen Stellen wie z. B. in § 8 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch seinen Niederschlag gefunden hat, wird zu einem allgemein gültigen, für alle Träger von Leistungen der gesundheitlichen Prävention verbindlichen Handlungsprinzip erklärt. Gleichzeitig macht der Verweis auf den Rahmen der besonderen rechtlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches deutlich, dass Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nur auf spezielle Rechtsgrundlagen gestützt werden können, die sich mit Ausnahme des § 17 dieses Gesetzes in den einzelnen Leistungsgesetzen finden. Das Vorrangprinzip selbst vermittelt keine Rechtsansprüche, sondern schafft einen generellen Maßstab für die Auslegung präventionsbezogener Regelungen. Bei der Prüfung von Leistungen nach den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen ist zu beachten, dass nach den Regelungen dieses Gesetzes frühzeitige und vorausschauende Leistungen für Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention späteren Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation, sozialen Sicherung oder Pflege vorzuziehen sind. Satz 2 stellt klar, dass der Vorrang der gesundheitlichen Prävention Leistungsansprüche auf Kuration, Rehabilitation und Pflege nicht berührt.

Zu § 5 (Eigenverantwortung)

Die Vorschrift stellt klar, dass die Maßnahmen und Leistungen nach diesem Gesetz den Einzelnen nicht der Verantwortung für die eigene Gesundheit entheben. Jeder hat grundsätzlich eigenverantwortlich zur Vermeidung derjenigen Gesundheitsrisiken beizutragen, die durch eigenes Verhalten beeinflusst werden können. Gesundheitliche Prävention kann nur Erfolg haben, wenn die Menschen die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit wahrnehmen und ihr Verhalten daran orientieren. Die Vorschrift zeigt die Bereiche der Eigenverantwortung für eine gesundheitsbewusste Lebensführung auf und fordert eine angemessene Beteiligung an Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention. Die Regelung ist den geltenden Bestimmungen in § 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nachgebildet und erstreckt die gesundheitliche Eigenverantwortung auf alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Prävention. Unter einer angemessenen Beteiligung an Präventionsmaßnahmen ist primär eine Eigenverantwortung im Sinne einer frühzeitigen, dem jeweiligen Präventionsbedarf entsprechende Beteiligung zu verstehen. Die Verantwortlichkeit zur Beteiligung an Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention gilt allerdings nur für diejenigen, bei denen Präventionsbedarfe vorliegen und die den Präventionserfolg nicht außerhalb von solchen Maßnahmen durch eigenständiges gesundheitsförderliches Verhalten erreichen können.

Zu § 6 (Verantwortung für die gesundheitliche Prävention)

Die Vorschrift trägt der Aufteilung der Verantwortlichkeiten für die Aufgaben der gesundheitlichen Prävention zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern Rechnung. Gesundheitliche Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und kann ohne das Zusammenwirken aller Beteiligten nicht erfolgreich sein. Vor diesem Hintergrund begründet Absatz 1 für die sozialen Präventionsträger nach § 7 sowie für Bund, Länder und Kommunen die Verpflichtung, bei der Erreichung der in § 1 genannten Ziele der gesundheitlichen Prävention zusammenzuwirken. Die bisher zu wenig abgestimmten Präventionsaktivitäten der für die gesundheitliche Prävention verantwortlichen Stellen werden im Interesse der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die gesundheitliche Prävention zusammengeführt und durch die Pflicht einer an Präventionszielen ausgerichteten Zusammenarbeit effektiver und effizienter gemacht. Hierbei ist auch den Grundsätzen der Partizipation derjenigen, die von der gesundheitlichen Prävention profitieren sollen, Rechnung zu tragen.

Absatz 2 weist den Sozialversicherungsträgern die Verantwortung zu, innerhalb ihrer gesetzlichen Aufgabenstellungen eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Handeln der Versicherten zu unterstützen. Dazu haben sie deren Versorgung mit Leistungen zur gesundheitlichen Prävention sicherzustellen und auf die Beteiligung an Präventionsmaßnahmen hinzuwirken. Die Regelung ergänzt die Eigenverantwortung des Einzelnen nach § 5 und verdeutlicht, dass im Interesse der in § 1 genannten Ziele die Teilnahme der Versicherten an Präventionsmaßnahmen auch seitens der Sozialversicherung gefördert werden soll. Diese Aufgabenstellung steht in Zusammenhang mit dem in § 4 geregelten Vorrang von Präventionsmaßnahmen. Damit der Vorrang greift und dazu führt, dass erfolgreiche Präventionsmaßnahmen nachrangige Leistungen der Sozialversicherung entbehrlich machen, ist die Unterstützung der Versicherten bei der gesundheitlichen Prävention angezeigt.

Absatz 3 Satz 1 verpflichtet die Träger der Sozialversicherungszweige und die für die Prävention in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen zur regelmäßigen Abstimmung über die regionalen Erfordernisse der gesundheitlichen Prävention. Die Regelung gewährleistet, dass die genannten Stellen und Träger sich gegenseitig über besondere regionale Präventionserfordernisse informieren, damit diese besonderen regionalen Belange in das gemeinsame Präventionssystem einfließen und berücksichtigt werden können. Wegen der besonderen Verantwortung für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung sind in diesen Prozess die in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Dienste einzubeziehen. Gemeint sind hier insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst der Bezirke/Kommunen, aber auch Jugendämter, Schul- und Sozialverwaltungen, Träger der Altenhilfe sowie die Bereiche für Arbeit, Wirtschaft und Regionalplanung. Damit ist sichergestellt, dass ärztlicher Sachverstand und Wissen um regionenspezifische Bedarfe aus den verschiedenen Bereichen berücksichtigt werden.

Zu § 7 (Soziale Präventionsträger)

Die Vorschrift benennt die für die Leistungen der gesundheitlichen Prävention zuständigen Träger und führt für sie den Begriff der „sozialen Präventionsträger" ein. Der Begriff soll darauf hinweisen, dass Träger von Präventionsleistungen nicht nur Träger der Sozialversicherungszweige nach den Nummern 1 bis 4 sein können, sondern dass auch andere Akteure auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention - beispielsweise der öffentliche Gesundheitsdienst oder Einrichtungen von Gemeinden - als Träger von Präventionsleistungen angesehen werden können. Von solchen Trägern soll die Bezeichnung „soziale Präventionsträger" abgrenzen. Die Auflistung ist somit abschließend. Gleichzeitig können aber die unterschiedlichen sozialen Präventionsträger auch unterschiedliche Aufgaben im Bereich der gesundheitlichen Prävention wahrnehmen.
Die Stiftung, die nach Artikel 2 des Gesetzes errichtet wird, soll über die Entwicklung von Präventionszielen und die Erarbeitung von Qualitätsanforderungen für Präventionsmaßnahmen hinaus auch operativ tätig werden: Sie ergänzt die Wahrnehmung der Aufgaben der sozialen Präventionsträger durch bundesweite Aufklärungsmaßnahmen und Modellprojekte, beteiligt sich an Settingmaßnahmen in den Ländern oder führt in Verbindung mit § 17 Abs. 7 in bestimmten Fällen ergänzende Settingmaßnahmen selbst durch. Diese Aufgaben der Stiftung zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen begründen ihre Einbeziehung in den Kreis der sozialen Präventionsträger.

Den einzelnen Trägern werden in der Vorschrift jeweils bestimmte Leistungen zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 zugeordnet, sodass Klarheit darüber besteht, auf Leistungen welchen Inhalts sich ihr Status als Präventionsträger bezieht.

Zu § 8 (Vorbehalt abweichender Regelungen)

Die Vorschrift ist § 7 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch nachgebildet und trägt den Gegebenheiten des „gegliederten Systems" der Sozialversicherung Rechnung. In seinem Rahmen werden auch Leistungen zur gesundheitlichen Prävention überwiegend durch verschiedene Sozialversicherungsträger erbracht, die in spezifische Systemzusammenhänge eingebunden sind. Die besonderen Regelungen der einzelnen für den jeweiligen sozialen Präventionsträger geltenden Vorschriften sind auch in Bezug auf die Leistungen und Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention zu beachten. Andererseits wird den Grundregeln des Sozialgesetzbuches entsprechend angestrebt, dass Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle getroffen werden. Im Interesse einer transparenten, an gemeinsamen Zielen orientierten und aufeinander abgestimmten Handhabung sollen die Regelungen zur gesundheitlichen Prävention so weit wie möglich vereinheitlicht werden.

Dem entsprechend bestimmt Satz 1, dass die Vorschriften des Präventionsgesetzes nicht nur als Grundsatz geregelt sind, sondern unmittelbar anzuwenden sind, soweit in den besonderen Regelungen der einzelnen Leistungsbereiche nichts Abweichendes bestimmt ist. Satz 2 stellt - anknüpfend an die in § 7 enthaltene Nennung der beteiligten Träger und der einschlägigen Leistungen - klar, dass die Voraussetzungen und die Zuständigkeiten der Leistungen sich nach den besonderen Regelungen für die einzelnen sozialen Präventionsträger richten, die im Präventionsgesetz weder zusammengefasst noch inhaltlich neu gestaltet werden. Satz 2 zweiter Halbsatz stellt klar, dass Ansprüche nur geltend gemacht werden können, soweit entsprechende Leistungen in den Leistungsgesetzen überhaupt vorgesehen sind. Satz 3 bestimmt, dass die Regelungen der §§ 23 und 24 des Präventionsgesetzes hiervon unberührt bleiben. Damit wird ausdrücklich klargestellt, dass die sich aus § 23 ergebende Verpflichtung zur Aufbringung von Mitteln und sowie der Sanktionsmechanismus des § 24 für jeden sozialen Präventionsträger unmittelbar geltendes Recht darstellt.
Für die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für Leistungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gelten nach Satz 4 ausschließlich die Vorschriften dieses Gesetzes insbesondere die Vorschriften der §§ 14 Abs. 2, 17 Abs. 7 und 22.
Satz 5 stellt klar, dass Sozialleistungsträger, wie z. B. die Kriegsopferfürsorge, die ebenfalls Leistungen zur gesundheitlichen Prävention erbringen, aber kein sozialer Präventionsträger im Sinne dieses Gesetzes sind, weiterhin ihre Leistungen nach den für sie geltenden Vorschriften erbringen.

Zu Abschnitt 2 (Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention)

Zu § 9 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Die Vorschrift konkretisiert und ergänzt den mit dem Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungs-Gesetz an das RKI 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, wie sie in § 1 aufgeführt sind (gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention), zu bewerten. Zum anderen dienen die Berichte der weiteren Planung, die dann in Präventionszielen (§ 11) und Programmen (§ 12) realisiert wird.

Dafür verpflichtet Absatz 1 das RKI, Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu erstellen. Diese Aufarbeitung vorhandener Daten unter präventionsbezogenen Gesichtspunkten ist maßgebliche Grundlage für die Planung der primären Prävention, d.h. für die Erarbeitung der Präventionsziele und ihrer Teilziele sowie in Teilen der Vorschläge zu ihrer Umsetzung. 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 RKI 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, soll insbesondere Grundlage für die Erarbeitung der Präventionsziele sein, sie entfaltet keine verbindliche Wirkung gegenüber den Ländern bezüglich ihrer Präventionsmaßnahmen.

Der Eingangssatz des Absatzes 2 legt mit dem Verweis auf § 11 Abs. 3 die Inhalte fest, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die gesundheitliche Prävention von besonderer Relevanz sind. Dazu gehören neben der Verbreitung und der quantitativen Verteilung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (insbesondere getrennt nach sozialer Lage, Alter und Geschlecht) die Bedeutung von Krankheiten und Risiken für die Gesundheit und die ökonomische Bedeutung, die sich sowohl auf die Sozialversicherung als auch auf die gesamte Volkswirt-

schaft beziehen kann. Darüber hinaus soll die Berichterstattung auch Informationen über die Möglichkeiten einer Beeinflussung der erhobenen Sachverhalte durch Präventionsmaßnahmen sowie des dafür notwendigen Aufwands enthalten. Darin enthalten sind Angaben über den messbaren Erfolg von eingeleiteten oder durchgeführten Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention, die für die Erarbeitung von Zielen und Teilzielen unabdingbar sind. Die nach der Regelung vorgegebenen Berichtsinhalte vermitteln einen umfassenden Überblick über beeinflussbare Gesundheitsfaktoren in Deutschland und tragen auf diese Weise dazu bei, dass vorhandene Präventionspotenziale erkannt und genutzt werden können. In den Bereichen, in denen auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Forschung betreibt, erfolgt eine inhaltliche Abstimmung. Bei den Erhebungen des Robert-Koch-Instituts gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren.

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 sich Veränderungen der präventionsbezogenen Berichtsgegenstände insbesondere potenzielle Wirkungen von Präventionsmaßnahmen in kürzeren Zeiträumen nicht niederschlagen. Der erste nach den Regelungen dieses Gesetzes zu erarbeitende Bericht ist vom RKI sechs Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erstellen.
Satz 2 verlangt auch im Interesse der kontinuierlichen Systembeobachtung (Monitoring) nach dem Abschnitt 8 dieses Gesetzes, dass die Berichte fortschreibende Angaben enthalten müssen, die eine Beurteilung von Entwicklungen ermöglichen. Nur wenn Vergleichsdaten vorliegen, können die Wirkungen gesundheitlicher Prävention ermittelt werden. Satz 2 zweiter Halbsatz bestimmt, dass Zwischenberichte je nach Erfordernis selbstverständlich weiterhin möglich sind. 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 3 (Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung)

Zu § 10 (Grundsatz)

Zur Sicherung einer zielorientierten und aufeinander abgestimmten Leistungserbringung verpflichtet die Vorschrift die sozialen Präventionsträger, die Leistungen nach den §§ 13, 15 und 17 an Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung auszurichten und nach Ge-

genstand, Umfang und Ausführung koordiniert zu erbringen. Damit und mit dem Instrumentarium zur Verabschiedung von Präventionszielen nach § 11 und von Präventionsprogrammen nach § 12 wird die Regelung des bisherigen § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fortentwickelt. Die Regelung dient einem der Hauptanliegen des Präventionsgesetzes, dass nämlich Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig an wenigen vorrangigen Zielen ausgerichtet werden. Gleichzeitig sollen sie in einen koordinierten Gesamtzusammenhang gestellt werden, um eine möglichst hohe Wirksamkeit zu erreichen. Dabei geht es nicht darum, Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu zu bestimmen, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine bei Leistungen unterschiedlicher sozialer Präventionsträger koordinierte Leistungserbringung zu bewirken. Dies soll einerseits dazu beitragen, dass die Träger die knappen Mittel für präventive Leistungen möglichst effizient einsetzen können. Zum anderen wird für die Bürgerinnen und Bürger als Adressaten der Leistungen erkennbar, was zur Erhaltung ihrer Gesundheit besonders wichtig ist; die Leistungen sollen als ein „in sich stimmiges Ganzes" und nicht als unübersehbare Vielfalt unterschiedlicher Ansätze und Dringlichkeiten erscheinen. Der nach § 18 vorgesehene Handlungsspielraum bei der Durchführung von Settingmaßnahmen wird hierdurch nicht beschränkt.

Dem entsprechend sollen die sozialen Präventionsträger nach Nummer 1 nur solche Leistungen erbringen, die einem vorrangigen Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung entsprechen. Nummer 2 soll sicherstellen, dass Leistungen insbesondere unterschiedlicher Versicherungszweige so aufeinander abgestimmt werden, dass es weder zu unnötigen Doppelungen noch zu Leistungslücken kommt. Satz 2 bestimmt, dass die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger, wie sie im Fünften Titel des Vierten Abschnitts des Vierten Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, hiervon unberührt bleibt.

Zu § 11 (Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung)

Die Vorschrift dient der Umsetzung der in § 10 Satz 1 Nr. 1 vorgeschriebenen einheitlichen Zielorientierung. Dazu sollen nach Absatz 1 von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Empfehlungen über vorrangige Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen werden. Damit wird die Selbstverwaltungslösung des bisherigen § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgegriffen und fortentwickelt. Die Lösung trägt angesichts begrenzter Mittel der gestiegenen Bedeutung von Zielen für die primäre Prävention Rechnung und beinhaltet, dass über die Mitarbeit in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung neben den Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Unfallversicherungsträgern und Pflegekassen auch der Bund, die Länder, die Kommunen und die weiteren für Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Akteure in die Zielfindung eingebunden werden (vergleiche zur Ausgestaltung der Stiftung Artikel 2). Die

Empfehlungen richten sich an die an der Stiftung beteiligten sozialen Präventionsträger und lassen die Rechtsposition der Versicherten unberührt. Sie umfassen nach Absatz 1 Nr. 1 einige wenige, innerhalb eines überschaubaren zeitlichen Rahmens mit den Mitteln der primären Prävention und Gesundheitsförderung künftig vorrangig zu verfolgende Ziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung und nach Nummer 2 Teilziele zu deren Konkretisierung. Die Ziele nach Nummer 1 sollen als Oberziele formuliert und durch Teilziele nach Nummer 2 so rahmenhaft konkretisiert werden, dass den Adressaten Spielräume bei der weiteren Ausgestaltung bleiben.
Sie können so bestimmt werden, dass sie Bezug entweder zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z. B. Bewegungsmangel), Verhältnissen (z. B. Stressbedingungen am Arbeitsplatz) oder Risiken (z. B. Gebrauch von Suchtstoffen) haben oder sich auf präventiv beeinflussbare Krankheiten (z. B. Diabetes) beziehen oder sich auf ausgewählte Bevölkerungs- oder Altersgruppen (z. B. Frauen, Kinder oder Jugendliche) richten. Ihre Zahl ist gesetzlich bewusst nicht festgelegt. Die diesbezügliche Entscheidung obliegt der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Der Begriff des Vorrangs weist aber darauf hin, dass jeweils nur eine kleine Zahl zu verfolgender Ziele festgelegt werden soll.

Beide Zielkategorien sollen nach Absatz 2 quantifiziert, also mit geeigneten messbaren Indikatoren verknüpft werden, damit ihre Erreichung im Rahmen der vorgesehenen Gesundheitsberichte nach § 9 überprüft werden kann.

Absatz 3 legt fest, welche Kriterien bei der Ermittlung der Präventionsziele und ihrer Teilziele insbesondere anzulegen sind. Damit wird bezweckt, die Zielorientierung an rationalen und überprüfbaren Maßstäben auszurichten. Zentral dafür sind nach den Nummern 1 und 2 die Verbreitung präventiv beeinflussbarer Risiken und Krankheiten sowie deren Verteilung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, z. B. Migrantinnen und Migranten. Hinzu kommen nach den Nummern 3 und 4 auch deren ökonomische Bedeutung für die Sozialversicherung und die Volkswirtschaft einerseits und die Möglichkeiten für ihre Beeinflussung sowie der dafür notwendige Aufwand andererseits.

Neben der Erarbeitung von Präventionszielen und Teilzielen soll die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 4 zusätzlich mögliche Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele vorschlagen. Dies gilt für die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der sozialen Pflegeversicherung teils in Eigenverantwortung und teils gemeinsam und einheitlich zu erbringenden Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 und zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17. Damit soll die Stiftung allen Sozialversicherungszweigen und allen Verantwortungsebenen Maßnahmen zur Umsetzung der Präventionsziele vorschlagen und diese

dadurch in einen Gesamtzusammenhang stellen. Rechtlich unmittelbare Bindungswirkungen gehen von diesen Vorschlägen nicht aus.

Absatz 5 stellt sicher, dass die Bestimmung der Präventionsziele und ihrer Teilziele in den notwendigen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt werden. Die geregelten Beteiligungen stellen sicher, dass die Kompetenz sowohl der wissenschaftlichen Seite als auch der Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten, behinderter Menschen und für Drogenfragen und der auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention tätigen Verbände genutzt werden kann. Eine besondere Funktion kommt in diesem Zusammenhang dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zu, in dem ein großer Teil staatlicher und nichtstaatlicher Funktionsträger und Organisationen vertreten ist und das sich als Plattform für die Koordinierung von Initiativen zur Förderung der gesundheitlichen Prävention bewährt hat. Darüber hinaus können Fachverbände zu speziellen Fragestellungen beteiligt werden, so beispielsweise die Verbände der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. Diese können eine entsprechende Befassung mit Präventionszielen und ihren Umsetzungsmöglichkeiten in der Plattform initiieren, die für die nötige Vernetzung der unterschiedlichen Akteure sorgen kann.

Absatz 6 bestimmt die Zuständigkeiten und die Beteiligung bei der Beschlussfassung der Ziele innerhalb der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Die Beschlussfassung wird nach Satz 1 dem Stiftungsrat übertragen und damit maßgeblich der Verantwortung der Sozialversicherungszweige, die im Stiftungsrat die Mehrheit der Mitglieder stellen (§ 6 Präventionsstiftungsgesetz). Dies trägt der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger Rechnung, deren Mittelverwendung vor allem über die Ziele beeinflusst wird. Gleichwohl ist durch die vorgeschriebene Beteiligung des Kuratoriums in der Stiftung eine ausreichende Einbeziehung der weiteren Beteiligten sichergestellt, die in Deutschland Verantwortung für die gesundheitliche Prävention tragen und die zu diesem Zweck im Kuratorium vertreten sind. Hierzu gehört insbesondere die Bundesärztekammer, die durch einen festen Sitz im Kuratorium (vgl. § 7 Präventionsstiftungsgesetz) den notwendigen ärztlichen Sachverstand in den Prozess der Zielfindung einbringen kann.
Kommt im Stiftungsrat nach den im Präventionsstiftungsgesetz festgelegten Mehrheitsverhältnissen eine Entscheidung über die Präventionsziele nicht zu Stande, verlagert sich die Verantwortung nach Satz 2 auf den Stiftungsvorstand. Er soll dann einen Vorschlag unterbreiten, der die unterschiedlichen Positionen aufnimmt und sie zusammenführt. Wird diesem Vorschlag von einem Mitglied des Stiftungsrates aus dem Kreis der Sozialversicherungsträger widersprochen, ist hierüber nach Satz 3 innerhalb von drei Monaten im Schiedsverfahren zu entscheiden. Ziel dieser Regelung ist es, den einigungslosen Zustand schnell zu beenden, um baldmöglichst zu wirksamen Beschlüssen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu kommen. Da die Widerspruchsmöglichkeit nach Satz 3 auf einzelne Punkte des Einigungsvorschlags des Stif-

tungsvorstandes beschränkt ist, liegt ein eingegrenzter und deshalb schiedsstellenfähiger Streitgegenstand vor.
Satz 4 enthält eine Rechtsverordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Bildung und Organisation der Schiedsstelle sowie zur Ausgestaltung des Verfahrens. Die Schiedsstellenregelung soll die Klärung von Streitfragen im Prozess der Zielfindung in der Hand eines Gremiums belassen, das maßgeblich von der Selbstverwaltung der Sozialversicherungszweige mitgetragen wird. Auch in Konfliktfällen soll also zunächst innerhalb dieser Strukturen nach einer Lösung gesucht werden. Die Schiedsstelle ist daher mit Vertreterinnen und Vertretern aller Zweige der Sozialversicherung zu besetzen und um wenige neutrale Sachverständige zu ergänzen.
Nach Satz 5 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle. Diese bezieht sich auf Rechtsverstöße durch die Entscheidungen der Schiedsstelle, etwa weil gesetzliche Vorgaben des Sozialversicherungsrechts nicht hinreichend berücksichtigt werden oder die im Gesetz genannten Anforderungen an Präventionsziele und Präventionsprogramme der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nicht erfüllt sind.

Absatz 7 Satz 1 bestimmt zum einen den Zeitpunkt, zu dem die Präventionsziele und ihre Teilziele erstmals beschlossen werden sollen. Zum anderen bezeichnet er den Abstand, in dem sie überarbeitet werden sollen. Analog zu den durch das RKI nach § 9 Abs. 2 durchgeführten Surveys wird er im Regelfall auf sieben Jahre festgelegt. So wird sichergestellt, dass eine Neubestimmung der Ziele immer auch die Erreichung der zuvor festgelegten Ziele berücksichtigt. In Ausnahmefällen kann eine frühere Überarbeitung erfolgen, falls dies erforderlich erscheint. 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; gemeint ist damit das Projekt „gesundheitsziele.de“. Die Ziele sind im Bundesanzeiger vom ... veröffentlicht worden.

Absatz 8 dient der Verbindung des mit diesem Gesetz geschaffenen Präventionssystems mit dem bewährten System der medizinischen Versorgung. Damit die ohnehin bestehenden ärztlichen Leistungen der niedergelassenen Ärzte sinnvoll mit den neu geschaffenen Präventionszielen verknüpft werden, wird den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen aufgegeben, sich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auszutauschen und darauf hin zu wirken, dass die Empfehlungen nach Absatz 1 in der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Leistungsausweitungen sind damit nicht verbunden. Es soll lediglich erarbeitet werden, wie bereits bestehende Leistungen sinnvoll verknüpft werden können.

Zu § 12 (Präventionsprogramme)

Die Vorschrift knüpft an die in § 10 Satz 1 Nr. 2 vorgeschriebene Koordinierung der primärpräventiven Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung an. Entsprechend der gegliederten Verantwortung für die verschiedenen Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung werden dafür zwei Entscheidungsebenen eingeführt. Dies sind nach Absatz 1 zum einen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und zum anderen die nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 auf Landesebene zu bildenden gemeinsamen Entscheidungsgremien. Beide erhalten die Aufgabe, die Präventionsziele und ihre Teilziele nach § 11 durch Strategien zu ihrer Umsetzung weiterzuentwickeln und auszuformen und die Ergebnisse in jeweils gesonderten Präventionsprogrammen festzuhalten. Dabei sind der ärztliche sowie weiterer fachspezifischer Sachverstand einzubeziehen. Die Präventionsziele und ihre Teilziele nach § 11 bilden die Verklammerung für die drei Leistungsebenen: Individuelle Leistungen, Settingmaßnahmen und Aufklärungsmaßnahmen. Diese werden wiederum nach § 10 Satz 1 Nr. 2 koordiniert bzw. nach dieser Vorschrift in einem Programm der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung konkretisiert und in Programmen auf Landesebene an die Landesbedarfe angepasst. Hier ist somit eine wesentliche Schaltstelle des Systems, an der durch Koordination sichergestellt werden kann, dass sich die Maßnahmen auf den verschiedenen Handlungsebenen jeweils zu einer Kampagne im Sinne einer systematischen Kombination von Einzelmaßnahmen zur Erreichung eines konkreten Präventionsziels ergänzen.

Auf Grund der unterschiedlichen Verantwortung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und der nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 auf Landesebene zu bildenden gemeinsamen Entscheidungsgremien andererseits unterscheiden sich auch die Aufgaben und rechtlichen Wirkungen der Präventionsprogramme der beiden Entscheidungsebenen. Die Stiftung als übergeordnete Einrichtung für das gesamte Bundesgebiet hat nach Absatz 2 den Auftrag, Festlegungen über die von ihr selbst wahrzunehmenden Aufgaben vorzunehmen. Damit soll sie das eigene Arbeitsprogramm für die Geltungsdauer des Präventionsprogramms festlegen und bestimmen, welche Schwerpunkte dabei zu setzen sind; damit ist eine Selbstbindung verbunden.

Aufgabe des gemeinsamen Entscheidungsgremiums auf Landesebene nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 ist es nach Absatz 3, Festlegungen über die Ausrichtung der in seiner Verantwortung stehenden Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 zu treffen. Das umfasst nach Satz 1 zunächst den Auftrag, Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele durch Leistungen nach § 17 Abs. 1 bis 6 festzulegen; dazu sollen geeignete Leistungen zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele entwickelt und insbesondere nach Zielgruppe, Zugangsweg, Inhalt, Methode, Beteiligung, Verantwortlichkeit und Ineinandergreifen dargestellt werden. Dabei kann auch das Entscheidungsgremium Schwerpunkte setzen; als

fachliche Grundlage können die Vorschläge der Stiftung nach § 11 Abs. 4 dienen. Werden die von der Stiftung beschlossenen Ziele der Situation in einem Land nicht vollständig gerecht, kann das gemeinsame Entscheidungsgremium nach Satz 2 länderspezifische Ergänzungen auf der Ebene der Präventionsziele und Teilziele vornehmen, um regional- oder länderspezifischen Bedarfslagen Rechnung zu tragen.

Nach Absatz 4 Satz 1 werden die Verfahrensvorschriften für die Aufstellung der Präventionsziele einschließlich des Schiedsverfahrens vollständig auf das Präventionsprogramm der Stiftung erstreckt. Für die Programme der gemeinsamen Entscheidungsgremien auf Landesebene gilt nach Satz 2 die Beteiligungsvorschrift für die Aufstellung der Ziele entsprechend. Allerdings sollen nur die Akteure beteiligt werden, die für die Landesebene in organisatorischer Hinsicht relevant sind und die nicht schon durch die Ausgestaltung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums oder auf andere Weise in die Aufstellung des Präventionsprogramms für das Land eingebunden sind.

Zu Abschnitt 4 (Gesundheitliche Aufklärung)

Zu § 13 (Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung)

Abschnitt 4 des Gesetzes ist der gesundheitlichen Aufklärung gewidmet, die ein maßgebliches Instrument der gesundheitlichen Prävention ist. Die Stärkung des Verantwortungsbewusstseins für die eigene Gesundheit und die Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens in der Bevölkerung erfordert eine gezielte und qualitativ hochwertige gesundheitliche Aufklärung. § 13 weist den auf diesem Gebiet tätigen Akteuren, das sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die sozialen Präventionsträger, aber auch die nach Landesrecht zuständigen Stellen, eine gemeinsame Verantwortung zu. In diesem Sinne verpflichtet Satz 1 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die sozialen Präventionsträger, im Rahmen ihrer Zuständigkeit für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam dazu beizutragen, dass die Ziele der gesundheitlichen Prävention nach § 1 erreicht werden. Im Sinne eines umfassenden Gesamtkonzepts zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und der Versicherten wird einerseits eine sinnvolle Aufgabenverteilung vorgenommen; im Einzelnen werden die Beiträge der Bundeszentrale und der sozialen Präventionsträger in § 14 konkretisiert. Andererseits wird in § 13 die Verpflichtung zur engen Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen festgeschrieben, die insbesondere, aber nicht ausschließlich für die Aufgaben unverzichtbar ist, bei denen es zu Überschneidungen kommen kann. Die Bundeszentrale und die sozialen Präventionsträger sollen sich bei der Erarbeitung und Durchführung ihrer präventionsbezogenen Aufklärungsarbeit abstimmen und zusammenarbeiten, damit Überschneidungen der Maßnahmen möglichst ver-

mieden und Synergieeffekte bewirkt werden. Um in diesen Prozess auch die Länderebene mit einzubeziehen, schreibt Satz 2 vor, dass auch mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen eng zusammengearbeitet werden soll.
Satz 3 bestimmt die wesentlichen Funktionen, die gesundheitliche Aufklärung erfüllen soll. Die diesbezüglichen Vorgaben in den Nummern 1 bis 5 gelten kumulativ und sind bei der Entwicklung und Durchführung von Aufklärungskonzepten zu berücksichtigen. Zur Aufklärung sind Maßnahmen erforderlich, mit denen ein hoher Wissensstand zu grundlegenden und aktuellen Gesundheitsthemen vermittelt, eine verantwortliche Einstellung zu Fragen der Gesundheit erreicht und das individuelle Gesundheitsverhalten und -handeln positiv beeinflusst wird. Dazu werden Mittel der Kommunikation zielgruppengerecht eingesetzt.

Zu § 14 (Zuständigkeiten)

§ 14 konkretisiert in Absatz 1 den Beitrag, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Einrichtung des Bundes an den Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 zu leisten hat. Satz 1 verweist vollinhaltlich auf das BZgA-Gesetz und damit auf den dort in § 2 Abs. 1 abschließend festgelegten Aufgabenkatalog und die Maßgaben der Folgevorschriften für die Durchführung der Aufgaben. Nach dem BZgA-Gesetz ist die Bundeszentrale auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung in folgenden Bereichen tätig:

- gesundheitliche Prävention (allgemeiner Aufklärungsauftrag, § 3 BZgA-Gesetz)
- Suchtprävention (§ 4 BZgA-Gesetz)
- Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere AIDS (§ 5 BZgA-Gesetz)
- Blut- und Plasmaspende (§ 3 Abs. 4 Transfusionsgesetz)
- Organspende (§ 2 Abs. 1 Transplantationsgesetz).

Daneben nimmt die Bundeszentrale die ihr nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zugewiesenen Aufgaben wahr. Sie entwickelt die in diesen Themenfeldern für bundesweite Aufklärungskampagnen erprobten Konzepte fort und bringt ihre langjährige Erfahrung und Sachkunde in die Kooperation nach § 13 ein.
Satz 2 sieht vor, dass die Bundeszentrale im Rahmen ihres allgemeinen Aufklärungsauftrags über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten nach § 3 des BZgA-Gesetzes die Präventionsziele und ihre Teilziele nach § 11 berücksichtigt. Eine entsprechende Regelung enthält § 3 des BZgA-Gesetzes. Damit soll im Rahmen des allgemeinen Aufklärungsauftrags der Bundeszentrale eine Anbindung an das neu geschaffene Präventionssystem und seine Zielorientierung sichergestellt werden.

Absatz 2 konkretisiert den Beitrag, den die sozialen Präventionsträger an den Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung zu leisten haben. Satz 1 bestimmt, dass die Prävention und Ge-

sundheitsförderung für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 deren Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 wahrnimmt. Es handelt sich hierbei um einen gesetzlichen Auftrag eigener Art, auf den die Regelungen des Auftragsrechts nach den §§ 88 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch keine Anwendung finden. Eingeschränkt ist dieser Auftrag durch die Bestimmung, dass die Aufgaben nur insoweit von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wahrgenommen werden, als sie nicht bereits von einem sozialen Präventionsträger aufgrund anderweitiger gesetzlicher Regelungen wahrgenommen werden. Damit wird klargestellt, dass die bereits vorhandenen gesundheitsbezogenen Aufklärungsaufträge der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und der sozialen Pflegeversicherung (§ 7 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) unberührt bleiben, sodass den genannten sozialen Präventionsträgern die bewährten Instrumente der Information für ihre Versicherten, z. B. Informations- und Aufklärungsangebote, die der Stärkung der Patientensouveränität dienen, wie z. B. medizinische Informationen am Telefon (Call-Center), erhalten bleiben.
Nach Satz 2 erledigt die Stiftung die Entwicklung von Konzepten zur gesundheitlichen Aufklärung der Versicherten und ihre Durchführung in Eigenverantwortung oder in Kooperationen, z. B. auch mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Absatz 3 sieht vor, dass sich die Stiftung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 sowie der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen nach § 20 der Erfahrung und Sachkunde der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bedienen kann. § 11 Abs. 1 des BZgA-Gesetzes regelt dafür die Voraussetzungen. Der Auftrag muss wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben von Stiftung und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und zu deren sachgerechter und wirtschaftlicher Durchführung zweckmäßig sein. Zu der Ausführung des Auftrags, der Erstattung der Aufwendungen und den Voraussetzungen für eine Kündigung werden die § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 1 bis 3 sowie § 92 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt.

Zu Abschnitt 5 (Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung)

Zu § 15 (Verhaltensprävention)

Die Vorschrift stellt die Leistungen zur Verhaltensprävention in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches in einen Zusammenhang und ordnet sie in die Strukturen dieses Gesetzes ein. Sie knüpft dabei an den Auftrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und entwickelt ihn weiter. Zur Umsetzung dieses Auftrags haben die Spitzenverbände der Krankenkassen neben den

nunmehr in § 17 neu geregelten lebensweltbezogenen Aufgaben in der Praxis vor allem Maßnahmen entwickelt, die bei den gesundheitsrelevanten Themenfeldern (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, etc.) auf das Verhalten ausgerichtet sind, die Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen und entsprechende individuelle Fähigkeiten stärken sollen. Dort setzt die Regelung an. Sie umschreibt in Absatz 1 den generellen, für alle sozialen Präventionsträger gültigen Inhalt verhaltenspräventiver Leistungen. In dem durch die allgemeinen Vorschriften insbesondere der §§ 10 und 11 gezogenen Rahmen sollen Versicherte darin unterstützt und gefördert werden, durch die Änderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gesundheitliche Risiken zu mindern und/oder gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen zu stärken. Diese Ausgestaltung des verhaltenspräventiven Auftrags stellt zunächst klar, dass es nicht Sache der Sozialversicherung ist, die Versicherten in jeder Hinsicht bei der Ausrichtung an gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen. Dies ist grundsätzlich Sache der Einzelnen selbst und ihrer Verantwortung für die eigene Lebensführung. Jedoch können Leistungen zur Verhaltensprävention angeraten sein, wenn ein auch aus Sicht der Versichertengemeinschaft vordringliches Feld der Primärprävention berührt ist und Bedarf an Unterstützung bei der Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen besteht. Dabei ergänzen sich die Förderung der Verhaltensänderung zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken, die Förderung der Belastungssenkung und die Förderung der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen zur Abwehr von Störungen oder Erkrankungen. Diese Möglichkeiten stehen als potenzieller Inhalt verhaltenspräventiver Leistungen ausdrücklich gleichberechtigt nebeneinander.

Wegen der Voraussetzungen der Leistungen und ihrer Ausgestaltung in den verschiedenen Versicherungszweigen im Einzelnen verweist Absatz 2 auf die entsprechenden Vorschriften in den Büchern Fünf, Sechs und Elf Sozialgesetzbuch. Die Unfallversicherung ist hier nicht einbezogen, da sie selbst kein Träger von Leistungen zur Verhaltensprävention im Sinne dieser Vorschrift ist. Im Rahmen ihres Auftrages nach § 14 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch hat sie mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen.

Absatz 3 stellt sicher, dass von allen sozialen Präventionsträgern, die Leistungen nach Absatz 1 erbringen, bei vergleichbaren Anlässen auch vergleichbare Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Bei gleichem Anlass sollen die Leistungen nach Handlungsfeldern sowie nach Kriterien für insbesondere Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik einheitlich sein, ohne dass es darauf ankommt, von welchem Träger sie erbracht werden. Damit werden die Anforderungen des bisherigen § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in seiner bisherigen Fassung aufgegriffen und auf alle beteiligten Sozialversicherungszweige erstreckt. Die organisatorische Umsetzung bleibt der Selbstverwaltung der entsprechenden sozialen Präventionsträger überlassen, allerdings wird ihr aufgegeben hierzu eine gemeinsame und einheitliche

Vereinbarung zu schließen und den ärztlichen Sachverstand der Bundesärztekammer sowie weiteren fachspezifischen Sachverstand einzubeziehen.

Zu § 16 (Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen)

Die Vorschrift dient der Ergänzung und Abgrenzung der individuellen Leistungen zur primären Prävention. Nach der gesetzlichen Ausgestaltung muss ein Teil von Leistungen zur primären Prävention von Ärzten oder auf ärztliche Veranlassung erbracht werden. Dem trägt die Regelung Rechnung. Sie umschreibt allgemein die Leistungen zur primären Prävention, die im Sozialversicherungsrecht unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden. Die Regelung führt eine allgemeine, für alle Leistungen dieser Art geltende Kennzeichnung ein. Eine Finanzierung dieser Leistungen erfolgt nicht aus den Mitteln nach § 23 Präventionsgesetz.

Zu den Leistungen gehören nach Absatz 2 Nr. 1 die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere nach den §§ 21 bis 24 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach Nummer 2 die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung mit Ausnahme der Träger der Alterssicherung der Landwirte insbesondere nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und nach Nummer 3 die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 9 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 3 Abs. 1 der Berufskrankheitenverordnung.

Zu § 17 (Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten)

Die Vorschrift umschreibt die Aufgabe von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in so genannten Lebenswelten. Sie entwickelt den Auftrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter. Zu seiner Umsetzung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen neben den nunmehr in § 15 neu geregelten verhaltenspräventiven Leistungen basierend auf dem Setting-Ansatz der WHO Konzepte mit dem Ziel erarbeitet, die gesundheitliche Lage der Menschen nicht nur bezogen auf das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern im Zusammenhang mit den Gegebenheiten eines bestimmten Ausschnitts ihrer sozialen und natürlichen Umwelt aufzugreifen. In einzelnen Lebenszusammenhängen - wie z. B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder in einem Stadtviertel oder in Sportstätten - sollen Prozesse initiiert werden, die dort unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen sollen. Hierbei ist die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern sowie Jungen und Mädchen zu berücksichtigen, auf die mit spezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförde-

rung zugegangen werden muss. Dies gilt auch für andere Bevölkerungsgruppen, z. B. Migrantinnen und Migranten, die besonders berücksichtigt werden sollen. Auf diese Weise kann insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen werden.

An diesem Punkt setzt die Neuregelung an. Absatz 1 bestimmt die Verantwortung für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und ihre Aufgabe. Grundsätzlich sind lebensweltbezogene Leistungen nach Satz 1 von den Trägern aller beteiligten Zweige der Sozialversicherung im Zusammenwirken mit den in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen als Gemeinschaftsaufgabe zu erbringen. Die gemeinsame Erbringung erfordert es, dass alle einzelnen Maßnahmen sich zu einem sinnvollen Gesamtkonzept zusammenfügen; bei dessen Realisierung ist es allerdings unbenommen, dass Einzelmaßnahmen von einzelnen Trägern erbracht werden, wenn die Rahmenvereinbarung dies vorsieht und das Entscheidungsgremium der Einbeziehung der jeweiligen Maßnahmen zugestimmt hat (siehe auch § 18 Abs. 2). Diese Ausgestaltung bewirkt zum einen eine angemessene Einbindung aller Versicherungsträger und –zweige. Weitergehend als im Rahmen des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird zum anderen sichergestellt, dass Länder und Kommunen als wesentliche Verantwortliche für die gesundheitsrelevanten Lebensumstände ihrer Einwohnerinnen und Einwohner beteiligt werden müssen. Dieser Ansatz hat sich bei der Zahnprophylaxe nach § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bewährt und ist notwendig, damit regionale Besonderheiten wie beispielsweise soziale Brennpunkte ausreichend berücksichtigt werden können.
Aufgabe der Leistungen in Lebenswelten ist es nach Satz 2, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt zu initiieren und den Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu müssen insbesondere Maßnahmen getroffen werden, um die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale zu erheben und auf dieser Grundlage um Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln zu können. Antragsberechtigt für die Leistungen ist nach Satz 2 der Träger der Lebenswelt nach Absatz 2. Bei der Antragstellung können sich auch mehrere Träger zusammenschließen und durch einen Träger vertreten lassen. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen, um sie für die notwendigen Schritte gewinnen zu können. Neben den Versicherten wird explizit auf die Verantwortlichen verwiesen. Damit sind die Entscheidungsträger einer Lebenswelt wie z. B. Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen oder Vorgesetzte in Betrieben gemeint, da deren Befürwortung und Mitarbeit maßgeblich für den Erfolg lebensweltbezogener Projekte ist.

Absatz 2 enthält die Legaldefinitionen für Lebenswelten und deren Träger. Der Begriff Lebenswelt überträgt den im Englischen gebräuchlichen Begriff „Setting" ins Deutsche. Das dahinter liegende Konzept geht davon aus, dass Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung umso nachhaltiger sind, je besser es gelingt, den einzelnen Menschen in seinem jeweiligen Lebenszusammenhang zu erreichen. Lebenswelten in diesem Sinne sind insbesondere Stadtteile, Kindergärten und Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Freizeiteinrichtungen einschließlich Sportstätten, Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser. Lebenswelten umfassen somit auch soziale Systeme des Arbeitens einschließlich der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

Absatz 3 bestimmt, dass die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen im pflichtgemäßen Ermessen steht, und welche Gesichtspunkte und Anforderungen dabei im Wesentlichen zu berücksichtigen sind. Dabei bewirkt Satz 2 erster Halbsatz die Anbindung der Leistungen an die Präventionsziele nach § 11, an die abgestimmten Konzepte zu ihrer Umsetzung (Präventionsprogramme) des gemeinsamen Entscheidungsgremiums nach § 18 und an die Qualitätsstandards nach § 20. Dabei sind die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.
Satz 2 zweiter Halbsatz verpflichtet die sozialen Präventionsträger zudem, bei Entscheidungen über die Durchführung von Leistungen für eine im Land regional angemessene Verteilung der Leistungen Sorge zu tragen und dabei die regionalen Bedarfe zu berücksichtigen. Für Stadtstaaten kann dies auch insofern einen Vorrang der Region bedeuten, als sich hier in den Städten Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen und Betriebe konzentrieren, die von Bevölkerungsgruppen genutzt werden, deren Wohnsitz sich nicht in der Stadt, sondern im Umland befindet. Dies soll sicherstellen, dass mit lebensweltbezogenen Leistungen auch soziale Brennpunkte ausreichend erreicht werden. Darüber hinaus soll den Unterschieden zwischen den Versicherungszweigen Rechnung getragen werden, indem die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis auf außerbetriebliche und betriebliche Lebenswelten verteilt werden. Damit kann z. B. berücksichtigt werden, dass für die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung betriebsbezogene Aufgaben im Vordergrund stehen und deshalb die aus diesen Zweigen aufgebrachten Mittel vor allem in Leistungen in betrieblichen Lebenswelten fließen sollen.

Absatz 4 benennt Leistungsvoraussetzungen für lebensweltbezogene Leistungen. Diese zielen darauf ab, dass Leistungen nur dann erbracht werden, wenn die für den Prozess zur gesundheitsgerechten Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt notwendige Partizipation insbesondere der Verantwortlichen einer Lebenswelt gegeben ist und die Bereitschaft vorliegt, Vorschläge, die sich als Ergebnis des Prozesses ergeben, auch umzusetzen. Auch eine angemessene Aufteilung der Kosten für die lebensweltbezogenen Leistungen zwischen den sozialen Präventionsträgern und dem Träger der Lebenswelt (z. B. einer Gemeinde als Schulträgerin

oder einem Betriebsinhaber als Verantwortlichem für den Arbeitsplatz) ist vorgesehen. Dieser Eigenanteil kann nicht allgemein beziffert werden, sondern obliegt der Entscheidung der sozialen Präventionsträger nach Maßgabe der Voraussetzungen im Einzelfall. Der Anteil kann nach der Entscheidung der sozialen Präventionsträger auch durch Sach- oder Personalleistungen erbracht werden. Eine zusätzliche finanzielle Beteiligung ist in diesen Fällen nicht erforderlich.
Satz 2 trifft eine Sonderregelung für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten obliegen nach dem Arbeitsschutzrecht zwingend der Verantwortung der Arbeitgeber. Dem entsprechend haben grundsätzlich sie alle Maßnahmen zu finanzieren, die notwendig sind, damit Gefahren für das Auftreten von Berufskrankheiten ermittelt und Maßnahmen zu ihrer Abwehr entwickelt werden können. Jedoch ist eine starre Aufteilung zwischen Maßnahmen, die auf den Arbeitsschutz ausgerichtet sind, und anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen in betrieblichen Lebenswelten weder praktikabel noch sinnvoll. Werden die Arbeitgeber vor diesem Hintergrund durch Leistungen nach Absatz 1 bei ihren arbeitsschutzbezogenen Aufgaben unterstützt, ist der von ihnen nach Satz 1 zu tragende Eigenanteil angemessen um den Aufwand zu erhöhen, der den Arbeitsschutz betrifft.

Absatz 5 konkretisiert die zu erbringenden lebensweltbezogenen Leistungen nach Absatz 1 und legt deren Umfang fest. Das dient der Abgrenzung der Verantwortlichkeit zwischen der Sozialversicherung als Kostenträgerin der Maßnahmen einerseits und dem Träger der Lebenswelt andererseits. 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 des Trägers der Lebenswelt und darf den sozialen Präventionsträgern nur dann zugewiesen werden, wenn sie in das Leistungsspektrum eines sozialen Präventionsträgers fällt. Vor diesem Hintergrund bestimmen die Nummern 1 und 2, dass die sozialen Präventionsträger grundsätzlich nur Kosten für die Erhebung der gesundheitlichen Situation und für die Organisation von Vorschlägen - z. B. in Gesundheitszirkeln - 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 und in die Zuständigkeit eines der an der Gemeinschaftsaufgabe nach Absatz 1 beteiligten Träger fallen. Dadurch wird insbesondere ermöglicht, dass Kurse zur Verhaltensprävention nach § 15 in Lebenswelten auf Kosten der jeweiligen Präventionsträger durchgeführt werden können. Damit wird sichergestellt, dass die sozialen Präventionsträger keine Maßnahmen der primären Prävention in Settings zu finanzieren haben, die über ihren originären Aufgabenbereich hinausgehen.

Absatz 6 erlaubt Abweichungen von dem in Absatz 1 geregelten Grundsatz der gemeinsamen und einheitlichen Erbringung lebensweltbezogener Leistungen. Die nach Absatz 1 für die Leis-

tungserbringung zuständigen sozialen Präventionsträger können mit den zuständigen Stellen in den Ländern vereinbaren, dass soziale Präventionsträger an Stelle ihrer Beteiligung an Leistungen nach Absatz 1 für die Dauer einer Übergangsfrist entsprechende Leistungen in eigener Verantwortung erbringen können, sofern sie den Anforderungen des Absatz 4 entsprechen. Damit soll verhindert werden, dass bestehende Kooperationen zwischen einzelnen Krankenkassen und Akteuren in den Ländern für Leistungen im Sinne von Absatz 1 übergangslos abgebrochen werden müssen. Voraussetzung dafür ist eine einvernehmliche Regelung als Bestandteil der nach § 18 vorgesehenen Rahmenvereinbarung, die zwischen den nach Absatz 1 zuständigen sozialen Präventionsträgern und den Stellen in den Ländern abzuschließen ist. Wird eine solche Regelung getroffen, muss sie nach Satz 2 mindestens festlegen, ab welchem Zeitpunkt selbstständige Leistungen an Stelle der Beteiligung an der gemeinsamen und einheitlichen Leistungserbringung nicht mehr zulässig sind. Die Festlegung der Frist steht im Ermessen der Partner der Rahmenvereinbarung nach § 18; der Charakter einer Übergangsregelung muss aber gewahrt bleiben. Schließlich können die Partner der Rahmenvereinbarung die Zulässigkeit von selbstständigen Leistungen an weitere besondere Voraussetzungen knüpfen. Satz 3 stellt klar, dass es unabhängig von dieser Übergangsregelung möglich ist, in den Rahmenvereinbarungen nach § 18 den Sozialversicherungsträgern das Recht einzuräumen, einzeln oder mit anderen sozialen Präventionsträgern gemeinsam lebensweltbezogene Maßnahmen im Rahmen der Präventionsprogramme durchzuführen. Dies kann die Überführung bewährter Maßnahmen in das zukünftige System zur Folge haben. Dieses Vorgehen ist besonders für die Träger der Unfallversicherung geeignet, die auf diesem Weg in Kooperation mit den anderen Partnern überbetriebliche Ansätze stützen können.

Absatz 7 regelt die Beteiligung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung an lebensweltbezogenen Leistungen. Grundsätzlich ist die Erbringung lebensweltbezogener Leistungen Sache der sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 im Zusammenwirken mit den zuständigen Stellen in den Ländern und Kommunen. Daneben kann die Stiftung lebensweltbezogene Leistungen fördern, indem sie sich an Leistungen nach Absatz 1 beteiligt oder ergänzende Leistungen erbringt. Gegenstand der Ergänzungen können nach Satz 1 Leistungen sein, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausreichen oder sich auf ganze Branchen oder mehrere Betriebe beziehen. Damit weder Doppelförderungen noch sonstige Konflikte mit den in den Ländern für Leistungen nach Absatz 1 zuständigen Stellen entstehen, ist deren Zustimmung durch die nach § 18 zu bildenden gemeinsamen Entscheidungsgremien erforderlich. Im Übrigen gelten für die ergänzenden Leistungen der Stiftung die Vorschriften für die Leistungen nach Absatz 1 entsprechend.

Zur Herstellung der notwendigen Transparenz über die von den sozialen Präventionsträgern erbrachten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verpflichtet Absatz 8 die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Veröffentlichung aller wesentli-

chen diesbezüglichen Informationen. Die Veröffentlichung verfolgt den Zweck, die Erfahrungen mit bereits erbrachten Leistungen weiterzugeben und die Möglichkeit zu eröffnen, unmittelbar aus ihnen zu lernen. Damit soll die Verbreitung erfolgreicher Leistungen in Lebenswelten unterstützt und gleichzeitig verhindert werden, dass sich Fehler bei der Konzeption oder bei der Erbringung der Leistungen wiederholen. Die Veröffentlichung muss allgemein zugänglich erfolgen, sodass jeder, der sich über die Leistungen nach dieser Vorschrift informieren möchte, auch an die bereits zur Verfügung stehenden Informationen gelangen kann. Insofern bietet sich vor allem die Veröffentlichung in Form einer allgemein zugänglichen Datenbank im Internet an. Damit die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung in die Lage versetzt wird, die Aufgabe nach Satz 1 zu erfüllen, regelt Satz 2 die Verpflichtung der sozialen Präventionsträger zur Weitergabe der notwendigen Informationen.

Zu § 18 (Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten)

Die Vorschrift regelt die Organisation der Entscheidungsabläufe und der Mittelverwaltung der Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 Abs. 1. Deren Ausgestaltung soll nach Absatz 1 Satz 1 in gemeinsamen Rahmenvereinbarungen geregelt werden. Vertragspartner sind die für die Leistungserbringung zuständigen sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 und 3, die für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 und 4 zuständigen Verbände sowie die in den Ländern für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Stellen. Durch die Rahmenvereinbarungen kann zum einen den Erfordernissen der Praxis eher Rechnung getragen werden als durch eine einheitliche und starre gesetzliche Regelung; zum anderen kann die unterschiedliche Verwaltungsorganisation in den Ländern mit der unterschiedlichen Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes besser berücksichtigt werden. Dazu wird den für Leistungen nach § 17 Abs. 1 zuständigen sozialen Präventionsträgern aufgegeben, mit den in den Ländern zuständigen Stellen Rahmenvereinbarungen über die Organisation der Aufgaben abzuschließen. Vorbild dafür ist die Regelung in § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich in der Praxis bewährt hat.

Inhalt der Rahmenvereinbarung sind mindestens die in Satz 2 genannten Gegenstände. Dazu gehören nach Nummern 1 bis 3 insbesondere die Bildung eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums, seine Besetzung und die Stimmenverteilung bei Entscheidungen. Das Gremium soll besetzt werden mit Vertreterinnen und Vertretern der sozialen Präventionsträger sowie der in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen. Das gemeinsame Entscheidungsgremium beschließt für die nach § 17 Abs. 1 zuständigen sozialen Präventionsträger und die in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen erstens das Präventionsprogramm im Land nach § 12 Abs. 3 und zweitens die für Leistungen nach § 17 Abs. 1 notwendigen Festlegungen. Weitere Mindestinhalte sind nach den Nummern 4 und 5 Regelungen über die Organisation der Mit-

telaufbringung für die Leistungen und darüber, welche Maßnahmen getroffen werden, damit die Mittel nach § 17 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz, in den Regionen und nach den Aufgaben der Versicherungszweige angemessen verteilt werden und der regionale Präventionsbedarf berücksichtigt wird. Bei der Ausgestaltung dieser Regelungsgegenstände sind die Vertragspartner weitgehend frei; sie können insbesondere nach den Voraussetzungen in den Ländern praktikable Gestaltungen wählen. Allerdings müssen nach Satz 3 die Anforderungen gewahrt bleiben, die sich aus Absatz 5 Satz 2 bis 4 ergeben. Dies bedeutet z. B., dass bei der Entscheidung über einzelne Maßnahmen nicht gegen das Votum des finanzierenden Sozialversicherungsträgers entschieden werden darf. Darüber hinaus muss nach Satz 4 auf die gleichberechtigte Teilhaben von Frauen und Männern hingewirkt werden.

Absatz 2 stellt sicher, dass Entscheidungen über lebensweltbezogene Maßnahmen nicht gegen das Votum des bzw. der jeweiligen Finanziers getroffen werden dürfen, wenn in der Rahmenvereinbarung gemäß § 17 Abs. 6 Satz 3 festgelegt worden ist, dass die Durchführung gemeinsam beschlossener Maßnahmen von einzelnen sozialen Präventionsträgern allein oder gemeinsam übernommen werden kann. In diesen Fällen ist ein Überstimmen durch die anderen Sozialversicherungsträger mit der Folge der Verpflichtung eines sozialen Präventionsträgers zur Durchführung einer Maßnahme gegen seine eigene Willensbildung ausgeschlossen.

Absatz 3 räumt den Partnern der Rahmenvereinbarung im Interesse der flexiblen Anpassung an die Gegebenheiten in den Ländern einerseits und der Verwaltungsvereinfachung andererseits die Befugnis ein, Aufgaben nach Absatz 1 auf im Land bereits bestehende Gremien zu übertragen. Damit soll den Beteiligten die Möglichkeit eröffnet werden, im Rahmen der verfassungsrechtlichen Anforderungen bereits bestehende Gremien wie zum Beispiel Landesgesundheitskonferenzen vertraglich als gemeinsames Entscheidungsgremium im Sinne von Absatz 1 einzusetzen. Um dabei die Besonderheiten der Entscheidungen nach § 17 insbesondere im Hinblick auf die Stimmberechtigung und das einzuhaltende Verfahren berücksichtigen zu können, kann die Rahmenvereinbarung vorsehen, dass über Angelegenheiten nach § 17 nur in einem besonderen, von der sonst bestehenden Verfahrensordnung des Gremiums abweichenden Verfahren und mit besonderen Anforderungen an die Besetzung entschieden werden darf. Ebenfalls berücksichtigt werden müssen die Bestimmungen der Sätze 3 und 4 des Absatz 1.

Absatz 4 ermöglicht, dass sich auch die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 und 3 beim Abschluss von Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 durch ihre zuständigen Verbände vertreten lassen können. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können sich durch die Deutsche Rentenversicherung Bund vertreten lassen.

Absatz 5 enthält eine Rechtsverordnungsermächtigung zu Gunsten der Länder für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung in der festgelegten Frist nicht zustande kommt. In der Rechts-

verordnung regelt das Land die Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung auf Landesebene nach den in Absatz 1 Satz 1 festgelegten Mindestinhalten auf der Grundlage der Vorschriften, die sich für die Leistungen nach § 17 maßgeblich sind. Für die Zusammensetzung gilt nach Satz 2, dass alle Sozialversicherungszweige in dem gemeinsamen Entscheidungsgremium vertreten sein müssen. Im Übrigen soll die Zusammensetzung nach Satz 3 insbesondere am Umfang der für Leistungen nach § 17 Abs. 1 aufgebrachten Mittel ausgerichtet werden. Neben den Vertretern der sozialen Präventionsträger können auch Vertreter der Landesebene Mitglieder des Entscheidungsgremiums sein. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Versichertengelder grundsätzlich in der Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger verbleiben. Auf diese Weise wird dafür gesorgt, dass einerseits die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 17 Abs. 1 nicht blockiert wird, weil sich die Partner der Rahmenvereinbarung nicht verständigen können und andererseits sowohl die Interessen der Sozialversicherungsträger als auch die der Länder gewahrt werden. Satz 3 schreibt vor, dass durch geeignete Verfahrensregelungen bei allen Entscheidungen sichergestellt wird, dass die Interessen der sozialen Präventionsträger gewahrt bleiben, wenn Mehrheitsentscheidungen von der Rechtsverordnung vorgesehen werden.

Zu § 19 (Ausführung von Leistungen)

Absatz 1 regelt für die Leistungen nach § 15 und § 17 grundsätzlich das Sachleistungsprinzip.

Absatz 2 ermöglicht aber auch die Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Leistung oder die Gewährung einer Pauschale für Leistungen der Verhaltensprävention nach § 15. Voraussetzung ist, dass der einzelne Sozialversicherungsträger dies grundsätzlich vorgesehen und Voraussetzungen dafür bestimmt hat. Bei der Leistungserbringung durch Kostenerstattung oder Pauschale ist die Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen, insbesondere die Erfüllung der Qualitätsstandards, sicherzustellen. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen die Zulässigkeit und die Voraussetzungen für individuelle Leistungen der Verhaltensprävention nach § 15 in ihrer Satzung. Weitergehende Ansprüche auf Kostenerstattung oder Pauschale bei selbst beschafften Leistungen sind nach Satz 4 ausgeschlossen. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte sich aus anderen als den vom jeweiligen sozialen Präventionsträger festgelegten Gründen Leistungen selbst beschaffen.

Absatz 3 der Vorschrift benennt die Möglichkeiten, derer sich die Präventionsträger für die Leistungserbringung der Leistungen nach § 15 bedienen können. In dem Katalog der Nummern 1 bis 3 finden sich wesentliche Formen der Leistungserbringung. Die sozialen Präventionsträger können die Leistungen sowohl allein, als auch in Zusammenarbeit mit anderen sozialen Präventionsträgern erbringen. Auch eine Leistungserbringung durch andere soziale Präventions-

träger und sonstige Dritte, z. B. Sportvereine, ist vorgesehen. Dies umfasst auch das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung und die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. mit ihren Mitgliedern. Satz 2 legt zudem fest, dass die sozialen Präventionsträger bei jeder Form der Leistungserbringung für die Ausführung der Leistungen insbesondere in Bezug auf die Qualität verantwortlich bleiben. Für Leistungen in Lebenswelten nach § 17 können nach Satz 3 Pauschalen in der Rahmenvereinbarung vorgesehen werden. Es besteht für die sozialen Präventionsträger bei der Leistungserbringung damit ein weiter Gestaltungsspielraum. Die Auswahl der Leistungsform wird sich regelmäßig danach richten, auf welche Weise die Leistung am wirksamsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann. Satz 4 bestimmt, dass die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng mit den Trägern der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zusammenarbeiten. Damit soll die besonders in diesem Bereich primärpräventiver Maßnahmen notwendige Zusammenarbeit der sozialen Präventionsträger sichergestellt werden.

Zu § 20 (Wirksamkeit und Qualitätssicherung)

Der Einsatz von Mitteln aus Steuern und Beiträgen der Sozialversicherten ist nur gerechtfertigt, soweit es sich grundsätzlich um wirksame und qualitätsgesicherte Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung handelt. Der Wirksamkeitsnachweis ist aber auch im Interesse der Menschen zu fordern, die sich von den Leistungen und der Beteiligung an Präventionsmaßnahmen eine Verbesserung ihrer Gesundheit versprechen. Insofern verfolgt Qualitätssicherung auch immer Ziele des Verbraucherschutzes. Zum Schutz von Verbrauchern und Verbraucherinnen ist es erforderlich, für die Leistungen einen Wirksamkeitsnachweis vorzuschreiben. Um diesen Zielen gerecht zu werden, muss wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen sein, dass die Leistungen den Zweck, zu dem sie erbracht werden, grundsätzlich auch erfüllen können. Absatz 1 Satz 1 knüpft daher die Zulässigkeit von Leistungen der Verhaltensprävention nach § 15 grundsätzlich an den wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit. Die Regelung greift den in § 2 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwendeten Begriff der Wirksamkeit von Leistungen auf. Die Vergabe von Leistungen, deren Wirksamkeit nicht hinreichend nachgewiesen ist, würde dem Gebot einer wirtschaftlichen Verwendung von Finanzmitteln widersprechen.
Abweichend von dem Erfordernis des vorab zu erbringenden Wirksamkeitsnachweises nach Satz 1 lässt Satz 2 die Möglichkeit einer Vereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer zu, den Wirksamkeitsnachweis innerhalb einer angemessenen Frist begleitend zu der Leistung zu erbringen. Die Einräumung dieser Möglichkeit trägt dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit vielfach weder ein Interesse noch eine Notwendigkeit bestand, Leistungen der Verhaltensprävention auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich zu überprüfen.

Für viele heute gängige Leistungen steht ein solcher Nachweis daher noch aus. Die Möglichkeit des begleitenden Nachweises stellt für diese Fälle die bei der Einführung der Wirksamkeitsanforderung notwendige, flexible Lösung zur Verfügung. Relevanz wird die Regelung des Satzes 2 zukünftig aber auch für Präventionsleistungen besitzen, die sich auf neu entwickelte Präventionsmaßnahmen beziehen, für deren Wirksamkeit zunächst nur eine irgendwie, z. B. durch Studien belegte hohe Wahrscheinlichkeit spricht, die aber noch nicht den nach Absatz 3 von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu erarbeitenden Standards für die Erfüllung der Anforderungen nach Satz 1 entsprechen. Stellt sich bei dem begleitenden Nachweisverfahren wider Erwarten die Unwirksamkeit der Leistung heraus, ist sie umgehend einzustellen und für die Zukunft nicht mehr zulässig. Die Angemessenheit der Nachweisfrist hat sich insbesondere nach den Erfordernissen des Einzelfalles für einen verlässlichen wissenschaftlichen Nachweis zu richten. Für den Nachweis der Wirksamkeit werden keine Mittel zur Verfügung gestellt. Einheitliche Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis gibt der Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 vor. Die Kriterien sollen sicherstellen, dass bei dem wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit von Leistungen geschlechtsabhängige Unterschiede berücksichtigt werden. Kann in der vertraglich festgelegten Frist der Nachweis geführt werden, dass die Leistung die notwendige Wirkung entfaltet, gilt sie als wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen nach Satz 1 und muss nicht weiter wissenschaftlich evaluiert werden. Wissenschaftliche Doppelevaluationen können dadurch vermieden werden.
Da ein Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 sowie für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 17 im Vorhinein nicht erbracht werden kann, enthält Satz 3 für sie modifizierte Durchführungs- bzw. Leistungsvoraussetzungen. Danach dürfen solche Maßnahmen und Leistungen nur durchgeführt oder erbracht werden, wenn vorab nachgewiesen wird, dass ihnen ein präzises, nachvollziehbares und erfolgversprechendes Konzept zu Grunde liegt, das auch ein Konzept zum Qualitätsmanagement umfasst. Der Nachweis hat demnach aufzuzeigen, dass die Maßnahmen oder Leistungen in einer Weise konzipiert sind, die den Eintritt des angestrebten Erfolgs nahe legt. 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. Bei der Planung und Konzeption sind insbesondere auch geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Einheitliche Kriterien für die Führung des Nachweises werden durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 erarbeitet. Das nachzuweisende Konzept für ein Qualitätsmanagement muss darüber hinaus gewährleisten, dass eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität der jeweiligen Maßnahme oder Leistung erfolgt. Auch hierzu wird es Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 geben.

Absatz 2 bindet die Erbringer von Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung in das System der Qualitätssicherung ein. Hierbei wird der Begriff der Leistungserbringer

analog zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch verwandt, d.h. gemeint ist hier der konkrete Erbringer einer Leistung. Dies kann neben den sozialen Präventionsträgern selbst z. B. auch ein wirtschaftlich arbeitendes Unternehmen, ein Verein oder eine Volkshochschule sein. Satz 1 verpflichtet die Leistungserbringer zu einem internen Qualitätsmanagement. Dieses muss nach der Regelung auf die stetige Sicherung und Verbesserung der Leistungsqualität ausgerichtet sein und sich an den Qualitätsstandards nach Absatz 3 orientieren. Satz 2 regelt die Verpflichtung der sozialen Präventionsträger, soweit sie die Leistungen durch Dritte erbringen lassen, in geeigneter Weise mit diesen für die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 zu sorgen. Damit ist sichergestellt, dass alle erbrachten Leistungen und Maßnahmen über eine hinreichende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügen. Dabei handelt es sich nicht um eine regelhafte wissenschaftliche Evaluation, sondern lediglich um die begleitende Sicherstellung der in Absatz 3 von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickelnden Anforderungen und Kriterien zu Qualität und Qualitätssicherung.

Eine abgestimmte und möglichst einheitliche Qualitätssicherung ist unabdingbare Voraussetzung für das trägerübergreifende Präventionsmanagement und erleichtert die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger. Absatz 3 Satz 1 überträgt dem Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung deshalb die Aufgabe, im Bereich der primären Prävention und Gesundheitsförderung Empfehlungen zu Qualitätsstandards zu beschließen. Diese Qualitätsstandards sollen sich auf die Voraussetzungen nach Absatz 1 beziehen, d.h. sie sollen Kriterien für den wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, die geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen, und Kriterien für den Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts für Maßnahmen und Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 enthalten. Um Chancengleichheit herzustellen, Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und die Vergleichbarkeit der Nachweise zu erreichen, sollen die Kriterien die aktuellen wissenschaftlichen Standards berücksichtigen. Darüber hinaus sollen die Qualitätsstandards bestimmen, welche Aspekte der Qualitätssicherung bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention nach diesem Gesetz zu beachten sind. Dazu gehören - dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend - Vorgaben für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer (Strukturqualität), Anforderungen an die Qualität und Qualitätsbeurteilung der Leistungserbringung (Prozessqualität) und Kriterien zur Beurteilung des Ergebnisses der Leistungserbringung (Ergebnisqualität). Strukturqualität umfasst hierbei im Wesentlichen die fachliche Qualifikation des Personals sowie die Logistik für die Leistung, während Prozessqualität sich auf die Qualitätsaspekte bei der Erbringung der Leistung, z. B. Fragen der Organisation eines Gesundheitszirkels, bezieht. Mit Ergebnisqualität ist beispielsweise die Beurteilung der Zielerreichung und die Zufriedenheit der Leistungsadressaten gemeint.
Daneben sollen auch die Anforderungen an ein Konzept des Qualitätsmanagements nach Absatz 2 klar beschrieben werden. Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann auch, soweit sie dies im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung für erforderlich hält, im Rahmen

der Empfehlungen weitere Punkte einheitlich regeln. Die Empfehlungen gelten unmittelbar für alle sozialen Präventionsträger. Durch die Mitarbeit der Sozialversicherungsträger in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ist sichergestellt, dass bisherige Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherungskonzepte nicht nivelliert werden.
Wie die Vorbereitung des Beschlusses zu den Empfehlungen vom Stiftungsrat erfolgt, bleibt der Stiftung überlassen. Sie kann die Vorschläge für die Empfehlungen zu den Qualitätsstandards sowohl selbst in ihren Gremien erarbeiten, als sie auch ganz oder teilweise bei Dritten in Auftrag geben. Satz 2 stellt klar, dass bei der Erarbeitung dieser Qualitätsstandards den Besonderheiten der verschiedenen Leistungen und Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung Rechnung zu tragen ist. Bei den Qualitätsstandards für die gesundheitliche Aufklärung soll auf den Sachverstand und die bisherigen Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zurückgegriffen werden. Zur Sicherstellung eines zeitgemäßen Beschlusses wird in Satz 3 auf § 11 Abs. 6 Satz 2 und 3 verwiesen. Entsprechend dieser Bestimmungen legt nach Ablauf der maßgeblichen Frist gemäß Absatz 5 der Vorstand der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung einen Vorschlag vor, dem von Mitgliedern des Stiftungsrates widersprochen werden kann. Über Widersprüche gegen Vorschläge zu den Qualitätsstandards entscheidet eine Schiedsstelle im Wege des Schiedsverfahrens .

Absatz 4 regelt die externe Qualitätskontrolle von Maßnahmen und Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz. Nach Satz 1 wird die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet, Kriterien und Methoden zur Überprüfung der Qualität und Qualitätssicherung zu entwickeln. Damit soll gewährleistet werden, dass die durchgeführten Qualitätskontrollen einer vergleichenden Bewertung unterzogen werden können. Bezüglich der Auswahl der Maßnahmen, deren Qualität und Qualitätssicherung überprüft werden sollen, sieht Satz 2 vor, dass diese in der Regel von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und den Entscheidungsgremien auf Landesebene gemeinsam ausgewählt werden sollen. Es bleibt aber sowohl der Stiftung als auch dem Entscheidungsgremium auf Landesebene unbenommen, solche Qualitätskontrollen im Einzelfall auch eigenständig durchzuführen. Unter stichprobenartiger Qualitätskontrolle kann die externe Prüfung von bis zu 5 % der Maßnahmen und Leistungen verstanden werden.

Absatz 5 Satz 1 legt den Zeitpunkt des erstmaligen Beschlusses der Qualitätsstandards fest und bestimmt, dass sie kontinuierlich weiter zu entwickeln sind. Sie sind regelmäßig zu überprüfen und in Zeitabständen von maximal fünf Jahren neu zu beschließen. Satz 2 enthält eine Übergangsregelung für die Zeit vor dem Inkrafttreten der ersten von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschlossenen Qualitätsstandards. In dieser Zeit sollen für Leistungen der Verhaltensprävention sowie für Settingleistungen die Qualitätskriterien gelten, die bisher nach § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der primären Prävention beschlossen worden sind.

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Qualitätsstandards im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger nach Absatz 6 dient der Transparenz und gewährleistet, dass die Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung bundesweit zur Kenntnis genommen werden können.

Zu Abschnitt 6 (Modellvorhaben)

Zu § 21 (Grundsätze)

Die Regelung ermöglicht zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Leistungen der gesundheitlichen Prävention die Durchführung von Modellvorhaben.

Die sozialen Präventionsträger und ihre Verbände werden nach Absatz 1 Satz 1 befugt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung durchzuführen oder deren Durchführung mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Dies umfasst auch Modellprojekte, die der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen dienen. Die Modellprojekte unterliegen den Entscheidungs- und Organisationsstrukturen, denen auch die entsprechenden Maßnahmen unterfallen. Dies bedeutet z. B. für Modellprojekte im Bereich der Settingleistungen, dass sie der Zustimmung des Entscheidungsgremiums auf Landesebene bedürfen. Modellvorhaben können in allen Bereichen der gesundheitlichen Prävention - also in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie der Gesundheitsförderung - durchgeführt werden. Nach erfolgreichem Abschluss der Modellprojekte sollen die erprobten Maßnahmen und Instrumente in das Leistungsspektrum mindestens eines Sozialversicherungszweiges übernommen werden können. Sie dürfen aber auch auf mehrere Sozialversicherungszweige ausgerichtet sein. Satz 2 räumt die Möglichkeit ein, die Modellvorhaben auch zusammen mit sonstigen Dritten insbesondere mit den zuständigen Stellen in den Ländern und den Trägern der Sozialhilfe durchzuführen. 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 alternativen Gesundheitszentren in Betracht. Satz 3 stellt klar, dass Modelle der primären Prävention vorrangig zur Erreichung der von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschlossenen Präventionsziele und ihrer Teilziele durchgeführt werden sollen. Damit wird deutlich, dass während der Geltungsdauer von Präventionszielen nach § 11 der Einsatz finanzieller Mittel, auch was die Weiterentwicklung der Ver-

sorgung betrifft, auf die Zielbereiche konzentriert werden soll. Satz 4 bestimmt für die Modellvorhaben die Regelhöchstdauer von fünf Jahren. Darin enthalten sein soll die Vor- und Nachbereitung der Projekte.

Absatz 2 erläutert den Zweck von Modellvorhaben. Sie können sich sowohl auf neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung einschließlich der Qualitätssicherung, als auch auf neue Leistungen beziehen, welche die Qualität und die Effizienz der Versorgung verbessern sollen. Modellvorhaben können auch zur Erprobung von Präventionsmaßnahmen und -leistungen in Lebenswelten (Settings) dienen. Er bestimmt, dass die Modellvorhaben anerkannten Qualitätskriterien gerecht werden müssen. Im Hinblick auf die Aussagekraft und Übertragbarkeit von Modellvorhaben muss sichergestellt sein, dass sie anerkannten Standards für eine modellhafte Erprobung und ihre wissenschaftliche Evaluation genügen.

Absatz 3 regelt die Anforderungen, die an die Auswertung der Modellvorhaben gestellt werden, damit die Erreichung aussagekräftiger Ergebnisse gewährleistet ist. Im Hinblick auf die Auswertung der Modellvorhaben wird der bereits in Absatz 2 für die gesamte Durchführung der Modellvorhaben formulierte Anspruch auf Berücksichtigung der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards bekräftigt. Darüber hinaus knüpft die Regelung die Auswertung der Ergebnisse mit dem Verweis auf § Absatz 1 an die ursprüngliche Zielsetzung der Modellvorhaben. Die Auswertung eines Modellvorhabens hat dem entsprechend zwingend Aussagen darüber zu treffen, inwieweit die erprobten Instrumente oder Leistungen zu Verbesserungen der Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen der gesundheitlichen Prävention beitragen können. Absatz 3 Satz 2 bestimmt, dass unabhängige Sachverständige über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einen Bericht zu erstellen und zu veröffentlichen haben. Unabhängig bedeutet, dass die Sachverständigen weder selbst, noch ihr Arbeitgeber oder eine ihnen nahestehende Person in irgendeiner Weise von der Einführung der erprobten Leistungserbringung oder der erprobten Leistung profitieren dürfen. Die Sachverständigen dürfen grundsätzlich kein Eigeninteresse mit dem Ergebnis des Modellvorhabens verbinden. Mit unabhängig nicht gemeint ist dagegen, dass die wissenschaftliche Begleitung und die Erstellung des Abschlussberichtes durch unterschiedliche Sachverständige erfolgen muss. Es wird davon ausgegangen, dass bereits bei der Antragstellung festgelegt wird, wer die Auswertung durchführt. Die Pflicht zur Veröffentlichung dient der Transparenz und ermöglicht die notwendige Verbreitung und Verwertung der Ergebnisse von Modellprojekten auch in Bezug auf die wissenschaftliche Forschung im Bereich der gesundheitlichen Prävention.

Absatz 4 stellt sicher, dass die in § 63 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Ausschlussgründe und Regelungen auch für die hier geregelten Modellprojekte gelten. Ausgeschlossen ist danach biomedizinische Forschung sowie Forschung zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Darüber hinaus sind die

Verträge über Modellprojekte den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Für Modellprojekte der gesetzlichen Krankenversicherung gilt nach Satz 2 zusätzlich, dass Forschung zu Leistungen, die bereits vom gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wurden, nicht betrieben werden darf (§ 63 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und dass die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellprojekte sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung zu regeln haben (§ 63 Abs. 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu § 22 (Mitwirkung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung)

Satz 1 der Vorschrift stellt mit Hinweis auf § 21 Abs. 1 Satz 1 klar, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf die Durchführung von bundesweit bedeutsamen Modellprojekten die gleichen Kompetenzen besitzt, wie die anderen sozialen Präventionsträger. Satz 2 überträgt der Stiftung darüber hinaus die Aufgabe, die notwendigen Maßnahmen zur gegenseitigen Information der Präventionsträger über Modellvorhaben, die von ihnen oder mit ihrer Beteiligung durchgeführt werden, zu treffen. Ihr kommt also die Verantwortung zu, für Transparenz und Koordination der Modellvorhaben zu sorgen. Bei der Festlegung der notwendigen Maßnahmen besitzt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung einen Gestaltungsspielraum. Im Ergebnis muss aber mindestens gewährleistet sein, dass der erforderliche Informationsfluss zwischen den sozialen Präventionsträgern sichergestellt ist. Satz 3 enthält für eigene Modellprojekte der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, soweit diese - wie es etwa bei Settingprojekten häufig der Fall sein wird - Zuständigkeiten der Landesebene berühren, ein zusätzliches Beteiligungserfordernis. Bei solchen Modellvorhaben muss die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung das Einvernehmen des oder der zuständigen gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 einholen. Dadurch sollen vor allem Parallelförderungen auf Bundes- und Landesebene vermieden werden.

Zu Abschnitt 7 (Umfang und Verteilung der Mittel)

Zu § 23 (Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Die Vorschrift regelt die Aufbringung und Verteilung der jährlichen Mittel für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15, für lebensweltbezogene Leistungen nach § 17 und als Einlage für die Stiftung. Die Regelung knüpft an § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der

bisher geltenden Fassung an und entwickelt ihn weiter. Die Regelung bestimmt für jeden Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, welchen Betrag er für die genannten Leistungen jährlich aufzubringen hat. Ausgangspunkt ist das Jahr 2008. Ab diesem Zeitpunkt ist die in Absatz 5 geregelte Übergangsphase des kontinuierlichen Aufwachsens der Werte abgeschlossen, und ab dann sind die Aufwendungen für Leistungen zur Verhaltensprävention, für lebensweltbezogene Aufgaben und für begleitende Maßnahmen der Stiftung einheitlich im Verhältnis von 40 % zu 40 % und 20 % aufzuteilen. Dafür ist von allen Trägern im Jahr 2008 eine Gesamtsumme von 250 Millionen Euro aufzubringen. Davon sind in Anlehnung an den bisher geltenden Wert in § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 180 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. In Relation dazu und gemessen an den Aufwendungen für gesundheitlich bedingte Versicherungsfälle sind weitere 40 Millionen Euro von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, 20 Millionen Euro von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von den Trägern der sozialen Pflegeversicherung aufzubringen.

Absatz 1 Satz 1 teilt diese Gesamtwerte auf die Leistungsbereiche und die Versicherungszweige auf und verpflichtet die Träger, die sich daraus ergebenden Mittel aufzubringen. Anders als nach geltendem Recht steht dies nicht im Ermessen der Träger. Um sicherzustellen, dass die notwendigen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung auch unter dem Druck knapper Mittel zur Verfügung stehen, wird den Trägern zwingend aufgegeben, die Mittel auszuschöpfen. Das bringt die Formulierung zum Ausdruck, nach der die in den Nummern 1 bis 3 genannten Werte aufzubringen „sind".

Im Einzelnen sind das nach Nummer 1 die Leistungen zur Verhaltensprävention, auf die insgesamt 100 Millionen Euro entfallen, nach Nummer 2 die lebensweltbezogenen Leistungen mit ebenfalls 100 Millionen Euro und nach Nummer 3 die Zuwendungen für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung mit 50 Millionen Euro. Als Besonderheit verweist Nummer 1 für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung auf die nach den Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch zu erbringenden Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Anders als die Träger der anderen Versicherungszweige haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 14 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch den Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Dem trägt die Vorschrift Rechnung und verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren künftig gesetzlich bestimmte Mindestbeträge aufzubringen. Vergleichbar den anderen in Nummer 1 aufgezählten Leistungen soll auch dadurch sichergestellt werden, dass ein zur Erhaltung der Gesundheit bedeutsamer präventiver Ansatz ausreichend beachtet wird.

Satz 2 regelt, dass Aufwendungen für Modellprojekte nicht zusätzlich zu finanzieren sind, sondern auf die nach Satz 1 festgelegten Beträge angerechnet werden, wenn sie sich auf Leistungen nach den Nummern 1 und 2 beziehen. Satz 3 des Absatzes 1 bewirkt, dass die in Satz 1 aufgeführten Werte ab dem Jahr 2009 der wirtschaftlichen Entwicklung angepasst werden.

Absatz 2 regelt die Aufteilung der sich aus Absatz 1 ergebenden Werte auf die Träger in den Zweigen. Für sie soll grundsätzlich die Zahl ihrer Versicherten maßgeblich sein. Dem entsprechend bestimmt die Vorschrift für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und der sozialen Pflegeversicherung, dass sich ihr Anteil an den in Absatz 1 festgelegten Werten aus dem Verhältnis zwischen der Zahl ihrer eigenen Versicherten zu der Zahl aller Versicherten im betreffenden Zweig ergibt. Für die gesetzliche Unfallversicherung ist ein anderer Ansatz festgelegt. Hier bereitet zum einen die Zuordnung der Zahl der Versicherten statistische Schwierigkeiten. Zum anderen bildet weniger die Zahl der Versicherten als vielmehr der Gesamtaufwand für Versicherungsleistungen das von einem Unfallversicherungsträger zu tragenden Risiko und den daraus herzuleitenden Bedarf für präventive Leistungen ab. Maßstab für die Verteilung der nach Absatz 1 maßgeblichen Summen auf die einzelnen Unfallversicherungsträger ist deshalb das Verhältnis der eigenen Ausgaben des Trägers zu den Gesamtaufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ihre Mittel nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 für branchenorientierte und betriebsübergreifende Maßnahmen zu verwenden haben. Dies bedeutet, dass die gesetzliche Unfallversicherung zukünftig jährlich mindestens die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 aufgeführten Mittel im Rahmen ihres Auftrags nach § 14 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren für branchenbezogene und betriebsübergreifende Maßnahmen aufzuwenden hat. Nach § 19 Abs. 3 Satz 4 hat sie hierbei eng mit der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung zusammenzuarbeiten
Satz 2 regelt, dass innerhalb der sozialen Pflegeversicherung die Mittel für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 so umgelegt werden, dass sie dem jeweiligen Anteil an über 74jährigen Versicherten entspricht. Dies ist keine Beschreibung der Leistungsberechtigung, sondern beinhaltet die Berechnung des Ausgleichs zwischen den Pflegekassen, um zu gewährleisten, dass für alle Leistungsberechtigten annähernd gleich viele Mittel zur Verfügung stehen.
Satz 3 regelt die Verteilung der Mittel nach Absatz 1 für lebensweltbezogene Aufgaben. Diese Aufgaben haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach § 17 Abs. 1 in den Ländern jedenfalls im Grundsatz gemeinsam und einheitlich zu erfüllen. Notwendig ist deshalb ein Verteilungsmaß-

stab, der die Aufteilung der von den Trägern nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 aufzubringenden Mittel nach Ländern regelt. Dafür soll grundsätzlich die Zahl der Versicherten in den Ländern maßgeblich sein. Deshalb haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und der sozialen Pflegeversicherung ihren Anteil an den Mitteln nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 in den Ländern entsprechend der Zahl ihrer Versicherten dort aufzubringen. Abweichend davon folgt die Aufteilung bei der gesetzlichen Unfallversicherung mangels statistischer Daten der Zahl der Einwohner in den Ländern.

Absatz 4 eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, für Leistungen zur Verhaltensprävention und für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr als den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Betrag zu verwenden. Voraussetzung dafür ist zum einen, dass sie den Betrag nach Nummer 1 tatsächlich ausschöpfen. Zudem ist eine satzungsrechtliche Grundlage erforderlich. Aus der Regelung ergibt sich zugleich, dass die Leistungen für die Träger der anderen Zweige und für Krankenkassen, die eine entsprechende satzungsrechtliche Grundlage nicht schaffen, auf den sich aus Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 ergebenden Betrag begrenzt sind. Durch den Verweis auf § 65a Abs. 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist sichergestellt, dass sich aus der möglichen Überschreitung des vorgesehenen Betrages keine Beitragserhöhungen ergeben dürfen.

Absatz 5 regelt die Übergangsphase bis zur vollständigen Geltung der in Absatz 1 festgelegten Beträge. Sie sieht für die Dauer ab Inkrafttreten der finanzwirksamen Regelungen des Gesetzes am 10. Oktober 2005 bis zum Abschluss der Übergangsphase am 31. Dezember 2007 eine allmähliche Steigerung der Summen vor, die für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 aufzubringen sind. Dazu ersetzt die Nr. 1 die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Werte durch entsprechend reduzierte Beträge. Danach sollen noch im Jahr 2005 ein Viertel der für 2006 vorgesehenen Mittel (12,5 % der in Absatz 1 festgelegten Werte) vorgesehen werden. Dieser Betrag soll es insbesondere der Länderebene ermöglichen, bereits 2005 nach Festlegung der notwendigen Strukturen erste lebensweltbezogene Maßnahmen zu bewilligen. Die Mittel für 2005 sind ausdrücklich von der Regelung zur Verwendung nicht abgerufener Mittel nach § 24 ausgenommen und verbleiben bei Nichtverwendung auf der jeweiligen Handlungsebene. Eine Ausnahme bilden hierbei die Mittel für die Stiftung. Dieser werden nur 11,5 % der in Absatz 1 festgelegten Werte zufließen. Der Rest (500.000 Euro) geht ihr nach § 3 des Präventionsstiftungsgesetzes als Stiftungsvermögen zu.
Nach Nummer 2 muss im Jahr 2006 für Lebensweltleistungen und die Arbeit der Stiftung jeweils die Hälfte der in Absatz 1 festgelegten Werte aufgebracht werden.
Im Jahr 2007 muss nach der Nummer 3 für lebensweltbezogenen Leistungen ein um 25 % reduzierter Betrag getragen werden.

Damit die von den Krankenkassen nach bisher geltendem Recht zu erbringenden Leistungen zur primären Prävention während der Übergangsphase trotz dieser Regelung auf dem bisherigen Niveau verbleiben, werden die Ansätze für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2006 und 2007 entsprechend angehoben. Dazu schreibt Nummer 4 vor, um welche Steigerungsfaktoren die in Absatz 1 Nummer 1 festgelegten Werte während der Übergangszeit anzuheben sind. Nummer 5 bestimmt, dass für alle von den Sätzen 1 und 2 nicht betroffenen Werte auch in der Übergangszeit die Regelung des Absatz 1 gilt.

Absatz 6 Satz 1 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Erlass einer Rechtsverordnung, in der Näheres geregelt werden kann. In der Verordnung werden die konkreten Kriterien (z. B. statistische Basis, Rechenformeln, Zahlungswege) für die Verteilung der Mittel festgelegt. Satz 2 weist dem Bundesversicherungsamt die Aufgabe zu, die zur Ermittlung der Werte nach Absatz 1 notwendigen Werte vorab bekannt zu geben, damit die Träger die auf sie entfallenden Anteile selbst bestimmen können und bürokratischer Aufwand bei deren Festsetzung vermieden werden kann.

Zu § 24 (Verwendung nicht abgerufener Mittel)

Die Vorschrift bestimmt die Modalitäten der Verwendung von Mitteln, die von Krankenkassen, Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte oder Pflegekassen entgegen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht verwendet werden. Diese Mittel sollen nicht für andere Aufgaben der Träger verwandt werden, sondern weiter für Leistungen der primären Prävention zur Verfügung stehen. Dazu trifft Absatz 1 zunächst eine Regelung für die Mittel, die bei den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und den Pflegekassen für Leistungen der Verhaltensprävention nach § 15 und von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach dem neugefassten § 1a Nr. 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sind. Werden sie nicht vollständig abgerufen, hat der betreffende Träger den Restbetrag im folgenden Jahr zusätzlich bedarfsgerecht für lebensweltbezogene Leistungen nach § 17 zur Verfügung zu stellen.

Absatz 2 regelt die Folgen, die eintreten, wenn die zur Verwendung von lebensweltbezogenen Leistungen nach § 17 bestimmten Mittel nicht ausgeschöpft werden. Diese Mittel sind im Folgejahr von dem betreffenden Träger zusätzlich bedarfsgerecht für Leistungen nach § 17 zu verwenden. Werden sie auch im Folgejahr nicht ausgeschöpft, sind sie für Leistungen nach § 17 auf Länderebene zur Verfügung zu stellen. Die Entscheidung über die Verteilung in ande-

ren Ländern obliegt der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Sie hat sich bei dieser Entscheidung insbesondere von den Verhältniszahlen leiten zu lassen, die nach § 23 Abs. 3 für die Verteilung von Mitteln in den Ländern maßgebend sind.

Absatz 3 stellt sicher, dass innerhalb der Übergangsfrist die nach § 23 Abs. 5 aufzubringenden Beträge die Grundlage für die Berechnung der nicht abgerufenen Mittel bilden.

Zu Abschnitt 8 (Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention)

Zu § 25 (Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der gemeinsamen Entscheidungsgremien in den Ländern)

Die Funktionalität der nach diesem Gesetz neu geschaffenen Strukturen, die Qualität und die Effizienz sämtlicher Maßnahmen und Leistungen zur gesundheitlichen Prävention werden einer kontinuierlichen Systembeobachtung und Erfolgskontrolle unterzogen, die der Weiterentwicklung des Gesamtsystems dienen. Durch dieses sogenannte Monitoring ist die Fortentwicklung der gesundheitlichen Prävention im Sinne eines „lernenden Systems" im Gesetz selbst bereits angelegt. Die Versorgung mit Leistungen der gesundheitlichen Prävention ist dezentral organisiert, sodass eine Überprüfung der mit dem Gesetz getroffenen Regelungen nur über die Erfahrungsberichte aus der Präventionspraxis zu erreichen ist. Im Interesse der Sammlung und Zusammenführung aller notwendigen Informationen verpflichtet Satz 1 der Vorschrift deshalb die sozialen Präventionsträger nach § 7 und die Entscheidungsgremien auf Landesebene, über ihre wesentlichen Erkenntnisse zur Umsetzung des Gesetzes und über dessen Wirkungen zu berichten. 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 der berichterstattenden Stellen. Die Berichte sollen demnach über die bloße Darstellung der Situation hinaus auch wertende Stellungnahmen mit Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Präventionsregelungen enthalten. Die Berichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Abstand von vier Jahren vorzulegen und werden zur Erstellung des Gutachtens nach § 26 an den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung weitergeleitet. Ihnen kommt bei der Beobachtung der gesundheitlichen Prävention besondere Bedeutung zu, weil sich der überwiegende Teil des Präventionsgeschehens unterhalb der Bundesebene vollzieht. Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 legen ihre Berichte über ihre Spitzenverbände vor. Damit wird sichergestellt, dass pro Sozialversicherungszweig jeweils ein Bericht erstellt wird. Bei den notwendigen Erhebungen zur Erstellung der Berichte gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene

Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren. Hierbei ist nicht vorgesehen, dass die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten durch Träger der Sozialversicherung über das bisher in anderen Regelungsbereichen vorgesehene Maß hinausgehen.

Zu § 26 (Präventionsbericht)

Absatz 1 Satz 1 verpflichtet die Bundesregierung dazu, dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorzulegen. Dieser Bericht wird auf der Grundlage der Berichte nach § 25, der Gesundheitsberichte des RKI nach § 9 und eines Berichts der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt. Er soll nicht nur eine umfassende Darstellung der präventionsbezogenen gesundheitlichen Lage aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage enthalten, sondern sich auch eingehend mit den Instrumenten nach diesem Gesetz, ihrem Einsatz in der Praxis, ihrer Praktikabilität und ihren Wirkungen befassen. Die nach Satz 2 vorgeschriebenen Inhalte des Präventionsberichtes der Bundesregierung machen deutlich, dass ein Schwerpunkt auf der Bestandsaufnahme und der Bewertung der zusammengetragenen Informationen liegen soll. Hierbei soll auch die Zielerreichung berücksichtigt werden. Der Bericht hat die zur Verfügung stehenden Informationen zum Sachstand der gesundheitlichen Prävention zu sichten, zu analysieren und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in Vorschläge für eine Weiterentwicklung der präventionsbezogenen gesetzlichen Regelungen umzusetzen.

Absatz 2 Satz 1 sieht vor, dass die Bundesregierung den Bericht auf der Grundlage eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung (§ 9 Präventionsstiftungsgesetz) erstellt. Dieses Gutachten ist nach Satz 2 dem Bericht beizufügen. Das Modell der Vergabe eines Gutachtens an ein Gremium mit unabhängigen Experten wurde gewählt, da eine neutrale Bewertung insbesondere der gesetzlichen Maßnahmen und ihrer Wirkungen von besonderer Bedeutung ist. Für ein Gutachten von unabhängigen Sachverständigen ist aufgrund der vielfältigen unterschiedlichen Interessenlagen im Rahmen der gesundheitlichen Prävention eine höhere Akzeptanz zu erwarten. Diese ist gerade im Hinblick auf die notwendige Kooperationsbereitschaft aller Akteure bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention unverzichtbar. Satz 3 stellt klar, dass die sozialen Präventionsträger dem wissenschaftlichen Beirat auch für zusätzliche Informationen und Nachfragen zur Verfügung stehen. Satz 4 regelt die Beteiligungserfordernisse bei der Erstellung des Berichts. Einbezogen werden muss insbesondere auch das Forum Prävention als maßgeblicher Zusammenschluss vieler auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention tätiger Akteure. Aber auch andere relevante Verbände mit Präventionsbezug sollen beteiligt werden. Die Beteiligung erfolgt im Rahmen der Erarbeitung des Präventionsberichtes durch den wissenschaftlichen Beirat. Weitere Beteiligungen im Rahmen des späteren parlamentarischen Verfahrens zur Erörterung des Präventionsberichtes bleiben hier-

von unberührt. In ihrem Bericht soll sich die Bundesregierung mit dem Gutachten auseinandersetzen und die sich für sie ergebenen Konsequenzen insbesondere für die Fortentwicklung des Präventionsrechts benennen.

Zu Artikel 2 (Gesetz über die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung)

Zu § 1 (Name, Rechtsform und Sitz der Stiftung)

Die Vorschrift sieht vor, dass der Bund die Stiftung als bundesunmittelbare rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in Berlin errichtet. Damit entsteht die Stiftung mit Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Die Zuständigkeit des Bundes für die Errichtung einer solchen Stiftung ist gegeben: Nach Artikel 87 Abs. 3 Satz 1 Grundgesetz kann der Bund für Angelegenheiten, für die ihm die Gesetzgebung zusteht, neue bundesunmittelbare Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts durch Bundesgesetz errichten. Die Bestimmung ist auf die Errichtung von Stiftungen anwendbar. Der Bund hat nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Sozialversicherung. Gegenstand des Sozialversicherungsrechts ist es auch, den Eintritt des Versicherungsfalls zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Dies ist unter anderem Aufgabe der gesundheitlichen Prävention, die für die Sozialversicherungszweige im Präventionsgesetz geregelt ist. Da Zielsetzung dieses Gesetzes die Zusammenarbeit von gesetzlicher Krankenversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, gesetzlicher Unfallversicherung und sozialer Pflegeversicherung bei der gesundheitlichen Prävention ist, ergibt sich die Notwendigkeit für Abstimmung, Koordination sowie für gemeinsame Maßnahmen. Die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Stiftung ist am besten geeignet, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

Die Tatsache, dass es sich bei der Stiftung um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt, bedeutet zugleich, dass sie berechtigt ist, eigene Rechtsgeschäfte zu tätigen, ohne dass es dafür einer ausdrücklichen Regelung bedarf.

Zu § 2 (Zweck der Stiftung)

Zweck der Stiftung ist nach Absatz 1 Satz 1 die Förderung der gesundheitlichen Prävention. Diese Zweckbestimmung bezieht sich auf das in den allgemeinen Regelungen des Präventionsgesetzes, insbesondere § 2 zum Ausdruck gebrachte Verständnis von gesundheitlicher

Prävention.
Absatz 2 nennt als wesentliche Bestandteile des Stiftungszwecks dabei auch die Erarbeitung und Umsetzung von Präventionszielen sowie die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention z. B. im Rahmen von Modellprojekten nach § 22 des Präventionsgesetzes. Damit werden die im Präventionsgesetz der Stiftung zugeschriebenen Hauptaufgaben im Stiftungszweck abgebildet. Dabei soll die Stiftung mit ihrer Arbeit insbesondere einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Der Stiftungszweck greift insoweit die in § 3 Abs. 1 Präventionsgesetz für Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention formulierte Zielsetzung auf und legt sie auch der Stiftungsarbeit zugrunde. Dies betont die Bedeutung, die der Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen im Rahmen der gesundheitlichen Prävention beigemessen wird.

Nach den Nummern 1 bis 6 des zweiten Absatzes erfüllt die Stiftung ihren Zweck insbesondere durch die Wahrnehmung von Aufgaben, die in den §§ 11, 14 Abs. 2, 17 Abs. 7, 20 und 22 Präventionsgesetz beschrieben werden. Sie hat dabei zum einen die Präventionsziele und Teilziele sowie Vorschläge zu deren Umsetzung sowie Qualitätsanforderungen bundesweit einheitlich zu entwickeln. Zum anderen trägt sie mit Aufklärungskampagnen zur Umsetzung der Präventionsziele bei. Außerdem führt sie Modellprojekte mit bundesweiter Bedeutung und ergänzende Settingmaßnahmen durch. Einer eigenen Regelung zur Qualitätssicherung der von der Stiftung zu leistenden Aufgaben bedarf es an dieser Stelle angesichts der grundlegenden Bestimmungen zur Qualitätssicherung im Präventionsgesetz nicht.
Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Stiftung ein Präventionsprogramm im Sinne des § 12 Präventionsgesetzes aufzustellen.

Aufgaben, die zwar zum Stiftungszweck gehören, aber bereits von anderen Einrichtungen durchgeführt werden und sich wesentlich aus Haushaltsmitteln von Bund, Ländern, Kreisen oder Gemeinden finanzieren, dürfen nach Absatz 3 nicht durchgeführt werden. Damit soll eine doppelte Finanzierung derartiger Aufgaben vermieden werden. Dieser Ausschluss gilt nicht für Aufgaben, die der Stiftung durch Regelungen in diesem oder anderen Gesetzen ausdrücklich übertragen wurden. Mit der Regelung werden die Aufgaben der Stiftung insbesondere von den Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abgegrenzt.

Zu § 3 (Stiftungsvermögen)

§ 3 Absatz 1 sieht vor, dass der Stiftung zur Sicherung ihres Betriebes ein Stiftungsvermögen in Höhe von 500.000 Euro zur Verfügung gestellt wird, und regelt, wie sich dieser Betrag auf die verschiedenen Sozialversicherungszweige aufteilt. Das Stiftungsvermögen wird auf 1 % der jährlichen Zuwendungen (50 Millionen Euro) festgelegt und entsprechend auf die vier beteiligten

Sozialversicherungszweige umgerechnet. Danach beteiligen sich die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit 360.000 Euro, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Altersicherung der Landwirte mit 80.000 Euro, die Träger gesetzlichen Unfallversicherung mit 40.000 Euro und die Träger der sozialen Pflegeversicherung mit 20.000 Euro an diesem einmalig aufzubauenden Vermögen. Satz 3 und 4 bestimmt, wie die Sozialversicherungszweige diese Mittel aufzubringen haben: Gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung und soziale Pflegeversicherung nach dem Verhältnis ihrer Versicherten; die gesetzliche Unfallversicherung nach dem Verhältnis ihrer Gesamtaufwendungen.

Nach Absatz 2 kann die Stiftung Mittel für ihre in § 2 genannten Zwecke von dritter Seite entgegennehmen. Damit wird die Stiftung für private Zustifter geöffnet. Insbesondere der privaten Krankenversicherung, die aus Rechtsgründen nicht gesetzlich zur Beteiligung an der Stiftung verpflichtet werden kann, soll hierdurch die Möglichkeit eröffnet werden, sich einzubringen.

Zu § 4 (Satzung)

Zur Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen und zur Regelung der Verfahrensabläufe gibt sich die Stiftung nach ihrer Errichtung eine Satzung (Absatz 1 Satz 1). Nach Satz 2 hat die Satzung insbesondere das Nähere zu den in § 5 aufgezählten einzelnen Organen der Stiftung zu regeln, sowohl was deren Aufgaben, wie die Verfahrensabläufe innerhalb der jeweiligen Organe, als auch das Zusammenwirken der Organe innerhalb der Stiftung betrifft.

Der Erlass bzw. die Änderung der Satzung erfolgt durch den Stiftungsrat. Dabei bedürfen sowohl die Satzung selbst wie auch nachfolgende Änderungen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Diese Genehmigung kann nur versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt.

Zu § 5 (Organe der Stiftung)

Bei der Vorschrift handelt es sich um die grundsätzliche Norm, die die Stiftungsorgane festlegt. Eine Ausweitung der Stiftungsgremien ist damit ausgeschlossen. Die Funktion der Gremien und des Vorstands wird in den nachfolgenden Paragraphen näher erläutert. Satz 2 bestimmt, dass bei der Besetzung aller Gremien auf eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern, wie sie das Bundesgremienbesetzungsgesetz vorsieht, zu achten ist.

Zu § 6 (Stiftungsrat)

Die Vorschrift regelt die Zusammensetzung und Aufgabenstellung des Stiftungsrates.
Von der Bundesregierung und dem Bundesrat werden jeweils drei Mitglieder, von den kommunalen Spitzenverbänden wird ein Mitglied für den Stiftungsrat vorgeschlagen. Im Übrigen verteilen sich die Vorschlagsrechte auf die jeweiligen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (16), der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte (4), der gesetzlichen Unfallversicherung (2) und der sozialen Pflegeversicherung (1). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Stiftung als Stiftung der Sozialversicherungsträger ausgestaltet ist.
Die Zahl der vorzuschlagenden Mitglieder orientiert sich im Wesentlichen an der Höhe der Zuwendungen, die die einzelnen Träger zur Stiftung leisten. Um die Handlungsfähigkeit des Stiftungsrates nicht zu gefährden, sollte dabei aber die Gesamtzahl von 30 Mitgliedern nicht überschritten werden.
Die Berufung der Mitglieder und ihrer Stellvertreter in den Stiftungsrat erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die Mitglieder werden jeweils für fünf Jahre berufen. Eine erneute Berufung ist zulässig.

Absatz 2 enthält eine Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die zustimmungspflichtig ist. Danach kann die in Absatz 1 geregelte Zusammensetzung des Stiftungsrates geändert werden, wenn die Zuwendungen, die die einzelnen Sozialversicherungsträger leisten, sich erheblich und dauerhaft verändern. In diesem Fall ist den Veränderungen durch eine entsprechende Anpassung der Anzahl der Mitglieder Rechnung zu tragen, für die die einzelnen Sozialversicherungszweige ein Vorschlagsrecht haben.
Eine Vergrößerung des Stiftungsrates ist möglich, wenn Zustiftungen von dritter Seite so geleistet werden, dass die Stiftung darauf einen Anspruch erhält, so dass der Zustifter quasi als weiterer Stifter anzusehen ist. In diesem Fall kann ihm unter Wahrung der Interessen der Sozialversicherung das Vorschlagsrecht für weitere Mitglieder des Stiftungsrates zuerkannt werden. Damit wird sichergestellt, dass die die Stimmenmehrheit der Sozialversicherung im Stiftungsrat gewahrt bleibt. Voraussetzung ist, dass die Höhe der Zustiftung mindestens den Betrag erreicht, den der Stifter leistet, der das Vorschlagsrecht für ein Mitglied des Stiftungsrates hat. Zur Zeit wären dies ca. 10 Millionen Euro im Jahr. Über die Annahme einer Zustiftung entscheidet die Stiftung nach § 3 Absatz 2 selbst.

Ist die Mitgliedschaft im Stiftungsrat an ein öffentliches Amt gebunden, so scheidet das Mitglied, das dieses Amt innehat, oder seine Stellvertretung nach Absatz 3 mit dem Ausscheiden aus dem Amt auch aus dem Stiftungsrat aus. Findet das Ausscheiden aus dem Stiftungsrat, gleich aus welchen Gründen, vor Ablauf der regulären Amtszeit statt, ist ein Nachfolger oder eine Nachfolgerin zu berufen.

Dem Stiftungsrat obliegen nach Absatz 4 die Aufgaben eines leitenden Organs der Stiftung. Als Beispiele für die vom Stiftungsrat zu treffenden Entscheidungen sind insbesondere der Erlass der Satzung, der Beschluss über den Haushaltsplan, bedeutsame Personalentscheidungen sowie allgemein die Überwachung der Tätigkeit der Stiftung zu nennen. Die Bestellung des ehrenamtlichen Vorstandes ist als Aufgabe des Stiftungsrates in § 8 Abs. 1 festgelegt, die Berufung der Beiratsmitglieder durch den Stiftungsrat regelt § 9 Abs. 1 Satz 2.

Absatz 5 bestimmt, dass der Stiftungsrat für jegliche Entscheidungen eine Zwei-Drittel-Mehrheit benötigt. Damit wird sichergestellt, dass die Interessen aller im Stiftungsrat vertretenen Sozialversicherungszweige angemessen berücksichtigt werden.

Zu § 7 (Kuratorium)

Die Vorschrift regelt Zusammensetzung, Berufung, Aufgaben und Arbeitsweise des Kuratoriums.
Das Kuratorium wird vom Stiftungsrat berufen und hat sechzehn Mitglieder (Absatz 1). Davon werden sieben vom Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Diese im Kuratorium starke Stellung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, in dem u.a. maßgebliche Interessenverbände und Patientenorganisationen vertreten sind, dient einer angemessenen Bürger- und Patientenbeteiligung im Rahmen der Stiftung. Weiterhin werden je ein Mitglied vom RKI, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie je zwei von der Bundesregierung und dem Bundesrat vorgeschlagen.
Das Forum soll nach Satz 3 bei der Ausübung seines Vorschlagsrechts die Patientenbeteiligung sicherstellen.
Mitglieder oder Amtsträger aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger, zu dem auch die Verbände der Träger zählen, können nach Satz 4 nicht für die Mitgliedschaft im Kuratorium vorgeschlagen werden.
Bei der gesamten Besetzung des Kuratoriums ist nach Satz 5 darauf zu achten, Repräsentanten aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Kultur, Bildung, Familie, Jugend, Sport und Freizeit zu wählen, sofern diese nicht durch Vorschläge der übrigen Vorschlagsberechtigten abgedeckt sind. Damit soll insgesamt sichergestellt werden, dass im Kuratorium eine möglichst breite gesellschaftliche Repräsentanz gewährleistet ist.
Außerdem sollen nach Satz 6 nur Personen vorgeschlagen werden können, die wegen ihrer fachlichen Kompetenz zur Mitarbeit im Kuratorium geeignet sind. Damit soll ausgeschlossen werden, dass Personen allein aufgrund der Funktion, die sie ausüben für das Kuratorium vor-

geschlagen werden. Der so auf einer breiten Basis ruhende und die Gesellschaft in ihrer Vielfältigkeit abdeckende Sach- und Fachverstand des Kuratoriums gewährleistet, dass es seiner Aufgabe, dem Stiftungsrat als Berater zur Verfügung zu stehen, nachkommen kann.

Nach Absatz 2 hat das Kuratorium eine beratende Aufgabe im Rahmen der ihm gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten. Bei allen Aktivitäten der Stiftung wirkt das Kuratorium in Form eines Beirates mit. Es unterstützt die Stiftung bei den Entscheidungen über die Präventionsziele und Teilzeile, der Vorbereitung des Präventionsprogramms und der Empfehlungen zur Qualitätssicherung.

Zu § 8 (Vorstand)

Absatz 1 sieht vor, dass der aus drei Personen bestehende Vorstand als ausführendes Organ der Stiftung vom Stiftungsrat berufen wird. Auch für den Vorstand findet das Bundesgremienbesetzungsgesetz Anwendung.

Die Aufgaben des Vorstandes sind in Absatz 2 geregelt. Er führt die laufenden Geschäfte der Stiftung und bestellt hierfür eine hauptamtliche Geschäftsführung.

Zu § 9 (Wissenschaftlicher Beirat)

Für die Berufung des wissenschaftlichen Beirates ist der Stiftungsrat zuständig, der mit Zwei-Drittel-Mehrheit über die Mitgliedschaft im Beirat entscheidet (Absatz 1). Im Hinblick auf die dem wissenschaftlichen Beirat übertragene Aufgabe, ein Gutachten zu erstellen (§ 26 Abs. 2 Präventionsgesetz), erfolgt die Bestellung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Der wissenschaftliche Beirat, der aus bis zu sieben Mitgliedern bestehen kann, hat nach Absatz 2 die Aufgabe, die nach § 26 Abs. 2 Präventionsgesetz vorgesehenen Gutachten zu erstellen. Für die Erstellung dieser Gutachten werden ihm die notwendigen Informationen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Verfügung gestellt. Die Gutachten, die die Grundlage für den Bericht der Bundesregierung bilden und dem Bericht der Bundesregierung beizufügen sind, dienen dem Gesetzesmonitoring, d.h. auf ihrer Grundlage können notwendige gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden. Daneben hat er eine beratende Funktion und die Aufgabe, die Stiftung insbesondere dort zu unterstützen, wo wissenschaftlicher Sachverstand erforderlich ist. Dies gilt besonders bei der Entwicklung der Präventionsziele und den Empfehlungen zur Qualitätssicherung.

Zu § 10 (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen)

In Absatz 1 Satz 1 wird die Rechtsaufsicht über die Stiftung dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als zuständiger oberster Bundesbehörde für den Bereich der Gesundheit übertragen. Dabei sollen die Vorschriften des Sozialversicherungsrechts zur Aufsicht analoge Anwendung finden .

Die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Stiftung erfolgt durch das Bundesversicherungsamt (Absatz 2). Die Kosten der Prüfung sind von der Stiftung zu tragen.

Nach Absatz 3 Satz 1 regelt, dass für die Arbeitsverhältnisse in der Stiftung die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Bundes geltenden Tarifverträge und sonstigen Bestimmungen Anwendung finden. Nach Satz 2 üben die Mitglieder des Stiftungsrates, des Kuratoriums, des Vorstands und des Wissenschaftlichen Beirats ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Auslagen wird eine Regelung getroffen, die sich wegen der uneinheitlichen Bestimmungen im Bereich der Sozialversicherungszweige nach den Grundsätzen richtet, die für die unmittelbare Bundesverwaltung gelten. Für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates wird in Satz 3 festgelegt, dass sie eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Erstellung des Gutachtens nach § 26 Abs. 2 Präventionsgesetz beanspruchen können.

Zu Artikel 3 (Gesetz über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Zu § 1 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Absatz 1 sieht die Errichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als selbstständige Bundesoberbehörde vor. Im Vergleich zu ihrem durch Errichtungserlass vom 20. Juli 1967 eingeräumten bisherigen Status als nichtrechtsfähige Bundesanstalt wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dieser Rechtsform größere Selbstständigkeit und höhere Verantwortung übertragen. Durch diese Maßnahme unterstreicht der Bund im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für gesundheitliche Prävention seine Mitwirkung auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung. Satz 2 bestimmt Köln zum Sitz der Bundeszentrale.

Zu § 2 (Aufgaben der Bundeszentrale)

Mit dem Präventionsgesetz wird die gesundheitliche Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verankert. Hieran anknüpfend wird in § 2 der Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der gemeinsamen Aufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung festgelegt. Durch den Verweis auf § 2 des Präventionsgesetzes in Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, was unter gesundheitlicher Prävention zu verstehen ist und dass hierzu neben der primären, sekundären und tertiären Prävention auch die Gesundheitsförderung gehört, so dass diese als Betätigungsfeld der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an dieser Stelle nicht ausdrücklich genannt werden muss. Der Katalog in Satz 2 nennt abschließend die einzelnen Aufgabenbereiche, die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung durch das Gesetz zugewiesen werden bzw. durch andere Gesetze bereits zugewiesen sind. Dabei wird in den Nummern 1 bis 3 auf die §§ 3 bis 5 des Gesetzes verwiesen, in denen die genannten Aufgaben jeweils präzisiert werden. Die Nummern 4 und 5 greifen die Aufgaben auf, die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch das Transfusionsgesetz (§ 3 Abs. 4) und durch das Transplantationsgesetz (§ 2 Abs. 1) im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung bereits ausdrücklich zugewiesen sind.

In Abgrenzung zu dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung greift Absatz 2 den gesetzlichen Auftrag auf, der der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 1) im Rahmen der gleichfalls als öffentliche Aufgabe verstandenen Sexualaufklärung zum Zweck der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten ebenfalls bereits zugewiesen ist. Mit der Erstellung von Konzepten zur Sexualaufklärung durch die Bundeszentrale soll ausgeschlossen werden, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Beratungs- und Aufklärungsstrategien Anwendung finden.

Zu § 3 (Aufklärung zur gesundheitlichen Prävention)

§ 3 präzisiert den allgemeinen Aufklärungsauftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der durch die spezielleren Regelungen der §§ 4 und 5 und die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Aufgaben nach dem Transfusions- und Transplantationsgesetz ergänzt wird. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird hiermit ein weitgehender Auftrag erteilt, der nicht näher spezifiziert ist, um mögliche zukünftige Bedarfe abzudecken. Die Spezifizierung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen des § 9. Unter Berücksichtigung der aus Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes folgenden konkurrie-

renden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen wird in der Vorschrift allerdings verdeutlicht, dass sich dieser generelle Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als einer Einrichtung des Bundes auf die gesundheitliche Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten beschränkt. Satz 2 regelt, dass auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen ihres allgemeinen Aufklärungsauftrags die durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 11 des Präventionsgesetzes beschlossenen Empfehlungen zu den vorrangigen Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung und zu den Teilzielen zur Konkretisierung der Präventionsziele einbezieht.

Zu § 4 (Aufklärung zur Suchtprävention)

§ 4 präzisiert den Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der Aufklärung zur Suchtprävention, die auch zukünftig einen Schwerpunkt ihrer Arbeit darstellen soll. In Ausführung des Aktionsplans Drogen und Sucht und seiner Fortschreibung soll die Aufklärung zur Suchtprävention durch massenkommunikative und personalkommunikative Maßnahmen fortgesetzt werden. Wirksame Suchtprävention ist nur mit bundesweiten Maßnahmen zu erreichen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll daher insbesondere nationale Aufklärungskampagnen durchführen, die sich sowohl auf legale - Tabak, Alkohol und Medikamente - als auch auf illegale Suchtmittel beziehen.

Die Nummern 1 bis 4 beschreiben die Ziele der Aufklärungsmaßnahmen zur Suchtprävention. Dabei stellt Nummer 1 darauf ab, dass als Voraussetzung für gesundheitsgerechtes Verhalten oder einer möglichen Verhaltensänderung weg von gesundheitsriskantem Verhalten ein hoher Wissensstand über Wirkung und Gefahren des Suchtmittelkonsums, über den verantwortlichen Umgang mit legalen Suchtmitteln und über die Vermeidung des Konsums von illegalen Suchtmitteln unverzichtbar ist und legt damit die Basis zur Erreichung der weiteren Ziele suchtpräventiver Aufklärung, wie sie in den Nummern 2 bis 4 beschrieben werden. Die Vermeidung oder wenigstens das Hinauszögern des Einstiegs in den Konsum legaler oder illegaler Suchtmittel (Nummer 2), die Früherkennung riskanter Konsummuster und dadurch mögliche Frühintervention (Nummer 3) und schließlich die Verringerung des bereits eingetretenen schädlichen Konsums oder der bereits eingetretenen Abhängigkeit (Nummer 4) stellen die zentrale Zielsetzung der gesundheitlichen Aufklärung zur Suchtprävention dar.

Zu § 5 (Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten)

§ 5 präzisiert den Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten und greift damit den Gedanken des § 3 des Infektionsschutzgesetzes auf, der die Aufklärung der Bevölkerung über Gefahren und Möglichkeiten der Verhütung übertragbarer Krankheiten als öffentliche Aufgabe ausweist. Bundesweite Maßnahmen können Länderinitiativen sinnvoll ergänzen. In Absatz 1 werden sexuell übertragbare Krankheiten ausdrücklich genannt, um deren Bedeutung am Krankheitsgeschehen der Bevölkerung und die daraus resultierende Notwendigkeit von Aufklärungsmaßnahmen deutlich zu machen. Vielen Infektionskrankheiten liegen Risiken zugrunde, die wirksam beeinflusst werden können. Daher stellt Nummer 1 im Rahmen der Zielsetzung der Maßnahmen auf einen hohen Wissensstand der Bevölkerung über Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten ab und legt damit die Basis zur Erreichung der weiteren Ziele infektionspräventiver Aufklärung. Nummer 2 umschreibt die Förderung der Schutzmotivation und des Schutzverhaltens des Einzelnen für sich selbst und zum Schutze Dritter in Risikosituationen. Nummer 3 folgt der Tatsache, dass für viele Infektionskrankheiten wirksame Impfungen zur Verfügung stehen.

Absatz 2 hebt das AIDS-Präventionskonzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als einen besonderen Arbeitsschwerpunkt hervor, der fortgesetzt werden soll. Die 1987 gestartete Kampagne "Gib AIDS keine Chance" ist die bisher größte und umfassendste Kampagne der Bundeszentrale. Mit ihren vier aufeinander abgestimmten Teilbereichen (Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und spezieller Gruppen in der Allgemeinbevölkerung; Aufklärung im Rahmen der personalen Kommunikation und Multiplikatorenarbeit; Förderung der AIDS-Aufklärung durch den freien Träger „Deutsche AIDS-Hilfe"; Evaluation der Kampagne) ist sie in vieler Hinsicht modellhaft für eine erfolgreiche, bundesweite Präventionsstrategie. Zentrale Pfeiler der AIDS-Bekämpfung sind nach wie vor Aufklärungsmaßnahmen, die insbesondere einen hohen Wissensstand über Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten sichern (Nummer 1), die Schutzmotivation und das Schutzverhalten des und der Einzelnen für sich selbst und zum Schutze Dritter in Risikosituationen fördern (Nummer 2) sowie durch Wissensvermittlung über Infektionsrisiken und Nichtrisiken der gesellschaftlichen Diskriminierung HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen entgegenwirken (Nummer 3). Zu diesem Zweck werden innerhalb einer Gesamtkonzeption aufeinander abgestimmte Maßnahmen der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation weiterentwickelt und fortgesetzt.

Zu § 6 (Umfang der Tätigkeit, Zielsetzung, Qualitätssicherung)

Während die §§ 2 bis 5 die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach fachlichen Gebieten umschreiben, regelt § 6 die Vorgaben für den Umfang der Tätigkeit sowie

für deren Zielsetzung und Qualitätssicherung. Nach Absatz 1 Satz 1 und 2 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung themenbezogene Konzepte zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung erarbeiten, die sie in bundesweiten Aufklärungskampagnen umsetzt. Gleiches gilt für die Konzepte im Rahmen der Sexualaufklärung. Zu diesem Zweck werden in der Regel innerhalb einer Gesamtkonzeption aufeinander abgestimmte Maßnahmen der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation entwickelt und eingesetzt. Hierzu gehört unter anderem sowohl die Entwicklung und Verbreitung von Aufklärungsmedien als auch die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die im Rahmen der personalkommunikativen Maßnahmen tätig werden.

Absatz 1 Satz 3 hat deklaratorische Funktion. Er bindet die Bundeszentrale an die in § 13 Satz 3 Präventionsgesetz abstrakt formulierten Ziele der Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung. Diese wurden bei der Ausgestaltung des Gesetzes in den §§ 4 und 5 bereits themenspezifisch konkretisiert.

Satz 4 berücksichtigt Verpflichtungen, die der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen von europarechtlichen Bestimmungen oder internationalen Verträgen obliegen. Hier nimmt die Bundeszentrale für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) die Obliegenheiten wahr, die ihren Zuständigkeitsbereich betreffen und die das BMGS nicht selbst ausführt. Nach der EU-Verordnung zur Schaffung einer Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sind alle EU-Mitgliedstaaten über das sog. REITOX-Netz an der Sammlung und dem Austausch von Informationen beteiligt. Die Beteiligung erfolgt über nationale Knotenpunkte (in Deutschland: Institut für Therapieforschung [IFT], Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen unter Federführung IFT). Im Rahmen der Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen werden von den Vertragsparteien jährlich bzw. alle zwei Jahre umfangreiche Fragebögen über die nationale Entwicklung des Angebots von und der Nachfrage nach illegalen Drogen beantwortet. Auch hier übernimmt die Bundeszentrale einen wichtigen Part.

Absatz 2 verpflichtet die Bundeszentrale zu einer wissenschaftlich abgesicherten Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen und lehnt sich damit an § 20 des Präventionsgesetzes an. Qualitätssicherung ist als stetiger Prozess zu verstehen. Die Maßnahmen müssen in einer Weise konzipiert sein, die den Eintritt des angestrebten Erfolgs nahe legt. Dafür sind insbesondere eine gründliche Planung, die Wahl der richtigen Zugangswege sowie geeignete Instrumente und Methoden im Hinblick auf die verfolgten Ziele notwendig (Planungsqualität). Externe Leistungserbringer, zum Beispiel von der Bundeszentrale beauftragte Agenturen, müssen den Qualitätsanforderungen entsprechen (Strukturqualität). Um die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen während ihrer Erbringung zu gewährleisten oder gegebenenfalls zu verbessern, muss begleitend überprüft werden, ob die Maßnahmen oder ihre Teilschritte über die erforderliche Qualität

verfügen und einen Erfolg der gesamten Aufklärungskampagne gewährleisten (Prozessqualität). Schließlich muss überprüft werden, ob die vorab definierten Ziele erreicht wurden (Ergebnisqualität). Bei der Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen bezieht die Bundeszentrale die Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu den Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes ein.

Zu § 7 (Forschung)

§ 7 benennt die Bereiche, in denen die Bundeszentrale wissenschaftliche Forschung betreiben kann. Es wird klargestellt, dass von der Bundeszentrale durchgeführte Forschungsvorhaben der Erfüllung ihrer Aufgaben dienen müssen. Satz 1 Nr. 1 legt dabei fest, dass bei einzelnen Elementen von Aufklärungskampagnen, z. B. Broschüren oder Ausstellungen, im Rahmen von Forschungsprojekten geprüft werden kann, wie sich der Einsatz dieser Elemente auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten von Menschen auswirken kann. Dies bezieht sich sowohl auf die allgemeine Bevölkerung als auch auf Multiplikatoren. Nummer 2 beschreibt Forschungsprojekte zur Qualitätssicherung von Aufklärungskampagnen, z. B. bezüglich der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierzu können Konzepte und Instrumente wissenschaftlich entwickelt und überprüft werden. Nummer 3 ermöglicht eine flexible und zeitnahe wissenschaftliche Erfassung neuer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf der Grundlage ihres Wissens und im Hinblick auf ihren Aufklärungsauftrag untersuchen kann. Nummer 4 bezieht sich auf die wissenschaftliche Überprüfung neuer Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, um das Spektrum der in Nummer 1 genannten Elemente fortzuentwickeln und so für ihre Arbeit eine aktuelle wissenschaftliche Basis zu schaffen.
Satz 2 verdeutlicht, dass die Forschungsergebnisse in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes nach § 9 Präventionsgesetz und in den Präventionsbericht nach § 26 Präventionsgesetz einfließen.

Zu § 8 (Wissenschaftlicher Beirat)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird seit 1988 durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet. Dieses Gremium hat wichtige Impulse gegeben und insbesondere zur Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung der Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beigetragen. Bei der Auswahl und Berufung der Mitglieder beachten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Vorgaben des Bundesgremienbesetzungsgesetzes.

Zu § 9 (Aufgabendurchführung)

§ 9 regelt die Aufgabenzuweisung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen der in § 2 niedergelegten Tätigkeitsgebiete. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Aufgaben, mit deren Durchführung sie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung oder vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragt wird.

Zu § 10 (Zusammenarbeit)

§ 10 verpflichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Rahmen ihrer Zuständigkeit mit nationalen und internationalen Stellen zusammenzuarbeiten. Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 unterstützt damit die Vorgaben von § 13 Satz 1 und 2 des Präventionsgesetzes und dient zugleich einem intensiven Erfahrungsaustausch auf nationaler Ebene. Die Zusammenarbeit umfasst auch die notwendige inhaltliche Abstimmung mit anderen Fachbehörden des Bundes, zum Beispiel dem RKI. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll darüber hinaus mit ausländischen und internationalen Stellen zusammenarbeiten (Absatz 1 Nr. 2). Soweit dies zur gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland beiträgt, soll sie grenzüberschreitend tätig werden und die Erfahrungen aus den nationalen Kampagnen, insbesondere der nationalen AIDS-Kampagne, in bilateralen und internationalen Kooperationen zur Verfügung stellen.

Absatz 2 räumt der Bundeszentrale die Möglichkeit ein, bei Bedarf nationale Koordinierungsausschüsse einzuberufen, um die Zusammenarbeit nach Absatz 1 Nr. 1 zu fördern. Hiermit wird Flexibilität geschaffen, um aktuellen und sich ändernden Bedarfslagen ausreichend Rechnung tragen zu können. Die Gremien sollen zeitlich befristet sein. Auf die gesetzliche Verankerung ständiger Gremien wie zum Beispiel des sog. Bund-Länder-Koordinierungsausschusses wurde bewusst verzichtet.

Zu § 11 (Aufträge Dritter)

§ 11 eröffnet der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Möglichkeit, in engen Grenzen erwerbswirtschaftlich tätig zu werden. Dabei entspricht Absatz 1 der Regelung des § 20 Abs. 2 des Präventionsgesetzes, nach der die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Erfüllung von Aufgaben, die der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung nach § 14 Abs. 3 des Präventionsgesetzes obliegen, tätig werden kann, wenn die Stiftung dies anregt. Dies gilt auch für die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für die Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen im Sinne des § 20 des

Präventionsgesetzes. Voraussetzung ist, dass die Beauftragung der Bundeszentrale wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben und zur Durchführung der Aufgaben zweckmäßig ist. Zur Ausführung des Auftrags, der Erstattung der Aufwendungen und den Voraussetzungen der Kündigung werden § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 1 bis 3 sowie § 92 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt.

Absatz 2 sieht vor, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegen Entgelt im Auftrag Dritter Qualitätssicherungskonzepte für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung entwickeln und umsetzen kann, sofern dadurch ihre eigenen Personal- und Sachmittel nicht belastet werden. Die Bundeszentrale hat in den letzten Jahren ihre Maßnahmen einer Qualitätssicherung unterworfen und Instrumente für die Qualitätssicherung entwickelt. Durch die Möglichkeit der erwerbswirtschaftlichen Betätigung soll sie die Chance erhalten, ihre Expertise auf diesem Gebiet weiter auszubauen und Dritten zur Verfügung stellen zu können.

Zu § 12 (Aufsicht im besonderen Fall)

Diese Vorschrift entspricht inhaltsgleichen Bestimmungen anderer Gesetze - zum Beispiel dem Gesetz über die Neuordnung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 24. Juni 1994 - und regelt, dass von Aufgabenbereichen, die dem Geschäftsbereich eines anderen Bundesministeriums als dem des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zugeordnet sind, die Fachaufsicht dem entsprechenden Ministerium obliegt.

Zu § 13 (Beschäftigte)

Die Vorschrift legt fest, dass für die Beschäftigten der Bundeszentrale die Tarifverträge des Bundes und sonstige Bestimmungen Anwendung finden.

Zu Artikel 4 (Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Präventionsgesetz.

Zu Nummer 2 (§ 20)

Das Präventionsgesetz umfasst Sozialleistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung (Artikel 1). Es wird daher in den Zweiten Titel des Zweiten Abschnitts „Einzelne Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger" des Ersten Buches Sozialgesetzbuch eingestellt.

Zu Nummern 3 bis 7

Es handelt sich um Änderungen zur Anpassung an den Sprachgebrauch des Präventionsgesetzes sowie um Folgeänderungen, die sich aus den dortigen Regelungen ergeben.

Zu Nummer 8 (§ 68)

Für das Präventionsgesetz (Artikel 1), das Regelungen zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention in mehreren Sozialversicherungszweigen trifft, sollen die allgemeinen Vorschriften des Ersten, Vierten und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gelten. Die Einbeziehung weiterer Teile des Sozialrechts sowie die Einordnung des Präventionsgesetzes in das Sozialgesetzbuch werden in der Zukunft angestrebt. Das Präventionsgesetz wird daher in den Katalog der Besonderen Teile des Sozialgesetzbuches aufgenommen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um Folgeänderungen der neuen Terminologie im Präventionsgesetz und im Siebten Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 4

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen an die Begrifflichkeiten des Präventionsgesetzes und um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um die notwendige Anpassung der Überschrift an die neuen Regelungen des Dritten Abschnitts des Dritten Kapitels.

Zu Nummer 6 (§§ 20a bis 20d)

Zu § 20 Verhaltensprävention

Die Neuformulierung knüpft an die Weiterentwicklung der primären Prävention in § 15 und § 17 Präventionsgesetz an und trifft die notwendigen Regelungen zur Einführung der Verhaltensprävention in das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechend weist zunächst Absatz 1 den Krankenkassen den Auftrag für verhaltenspräventive Leistungen so zu, wie er in § 15 Abs. 1 des Präventionsgesetzes umschrieben ist.

Absatz 2 schließt an die Formulierung in Absatz 1 an, wonach verhaltenspräventive Leistungen erbracht werden „sollen". Dadurch ist die Entscheidung über die Erbringung der Leistungen in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen gestellt. Vor diesem Hintergrund macht Satz 1 zunächst klar, dass sich das Ermessen nicht nur auf die Grundentscheidung über die Erbringung von Leistungen, sondern auch auf deren Ausgestaltung nach Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung erstreckt. Weiter macht er deutlich, dass dabei stets die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten sind. Satz 2 verbindet die nach Satz 1 zu treffenden Ermessensentscheidungen mit den Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Leistungserbringung. Dazu greift die Regelung aus Gründen der Vollständigkeit eingangs den Grundsatz des § 10 Satz 1 Nr. 1 des Präventionsgesetzes auf und verpflichtet die Kassen, bei der Entscheidung über die Gewährung und Ausgestaltung von Leistungen zur primären Prävention die Empfehlungen der Stiftung zu vorrangigen Präventionszielen und ihren Teilzielen zu berücksichtigen. Zusätzlich stellt die Vorschrift die Verbindung zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung her, die von der Stiftung nach § 20 Abs. 3 des Präventionsgesetzes zu beschließen sind. Auch diese Empfehlungen haben die Kassen bei der Ausgestaltung von Leistungen zur Verhaltensprävention zu berücksichtigen. Weitere unmittelbar geltende Anforderungen an die Leistungserbringung ergeben sich darüber hinaus insbesondere aus § 10 Satz 1 Nr. 2 und § 15 Abs. 3 des Präventionsgesetzes, wonach die Krankenkassen für die Einheitlichkeit und Koordinierung der Leistungen verantwortlich sind. Die Leistungen zur Verhaltensprävention sind dabei auch mit dem § 3 des Präventionsgesetzes verbunden. Damit ist sichergestellt, dass die Aufgabe, mit den nach dieser Vorschrift zu erbringenden Leistungen zur Verhaltensprävention insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleich-

heit von Gesundheitschancen beizutragen, nicht nur erhalten bleibt, sondern auch um den Abbau geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ergänzt wird.

Absatz 3 trifft eine Vorrangregelung im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und der sozialen Pflegeversicherung als den weiteren Versicherungszweigen andererseits, denen gleichfalls Aufträge für verhaltenspräventive Leistungen zugewiesen sind. Die Leistungen bezwecken im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen allgemein den Erhalt der Gesundheit. Demgegenüber zielen sie bei der Rentenversicherung bzw. Pflegeversicherung vornehmlich darauf ab, Erwerbsminderungen bzw. Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund greift die Regelung auf ein im Rehabilitationsrecht bewährtes Prinzip zurück und weist die Zuständigkeit für Leistungen zur Verhaltensprävention vorrangig den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu. Die Krankenkassen sollen Leistungen in allen übrigen Fällen erbringen. Dies steht in Zusammenhang mit dem Auftrag nach § 10 Satz 1 Nr. 2 und § 15 Abs. 3 des Präventionsgesetzes, der die Träger zu einer koordinierten und einheitlichen Leistungserbringung verpflichtet und ihnen aufgibt, zu diesem Zweck gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung zu treffen. Im Rahmen dieser Koordinierung sollen die sozialen Präventionsträger, die Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung), abstimmen, wer welche Leistungen anbietet. Vor diesem Hintergrund stellt die Regelung sicher, dass die notwendigen Abstimmungen unter den verschiedenen Zweigen zu einer klaren Aufgabenteilung führen. Zu unerwünschten Verschiebungen zwischen den Zweigen kann es gleichwohl nicht kommen, weil die Träger aller Zweige für Leistungen der Verhaltensprävention nach § 23 des Präventionsgesetzes festgelegte Beträge aufzubringen haben.

Zu § 20a Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Regelungen des Präventionsgesetzes.

Zu § 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Vorschrift passt die Regelung über die betriebliche Gesundheitsförderung in dem bisherigen § 20 Abs. 2 Satz 1 dem Auftrag für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 des Präventionsgesetzes an und fügt sie in das weiterentwickelte Leistungsrecht der primären Prävention ein. Änderungen der Zuständigkeit für die betriebliche Gesundheitsförderung sind damit nicht verbunden. Es bleibt dabei, dass jede Krankenkasse für sich entscheiden kann, ob und wie sie Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung er-

bringt. Jedoch fasst Absatz 1 den Auftrag in Anlehnung an die Umschreibung der allgemeinen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 des Präventionsgesetzes konkreter und entwickelt ihn weiter. Vergleichbar dem dort geregelten Auftrag ist es Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu müssen insbesondere Maßnahmen getroffen werden, um die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale zu erheben und um Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln zu können. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen, um sie für die notwendigen Schritte gewinnen zu können.

Absatz 2 bindet die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an die Präventionsziele und ihre Teilziele sowie die Qualitätsstandards und verweist zur weiteren Ausgestaltung, zu ihren Voraussetzungen und Inhalten auf die entsprechenden Regelungen in § 17 Absatz 4 und 5 des Präventionsgesetzes. Dadurch wird der Leistungsinhalt im Verhältnis zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Arbeitsschutz weiterentwickelt. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten obliegen nach dem Arbeitsschutzrecht zwingend der Verantwortung der Arbeitgeber. Die im geltenden Recht angelegte strikte Trennung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz ist dennoch nicht immer praktikabel. Deshalb ermöglicht die Neuregelung durch den Verweis, dass Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach Entscheidung der Krankenkasse auch der Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten dienen dürfen. Der Verantwortung der Arbeitgeber für die dadurch abgedeckten Leistungen wird Rechnung getragen, indem der von ihnen zu tragende Eigenanteil in solchen Fällen nach § 17 Abs. 4 Satz 2 des Präventionsgesetzes angemessen zu erhöhen ist.

Absatz 3 Satz 1 verpflichtet die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Trägern der Unfallversicherung. Satz 2 betrifft die Zusammenarbeit der Krankenkassen miteinander. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung betreffen regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen und erfordern deshalb eine Kooperation unter den beteiligten Kassen. Vor diesem Hintergrund ermöglicht Satz 2 verschiedene Formen der Zusammenarbeit und bringt jedoch zum Ausdruck, dass Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Grundsatz nur in Zusammenarbeit zwischen mehreren Kassen erbracht werden sollen. Dies schließt allerdings nicht aus, dass in Einzelfällen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von einer Krankenkasse in alleiniger Verantwortung erbracht werden. Satz 3 verweist zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit bei Aufträgen und in Arbeitsgemeinschaften auf die entsprechenden Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Die Vorschrift entwickelt die bisher in § 20 Absatz 2 Satz 2 und 3 geregelte Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weiter und bedient sich dafür der Terminologie des Arbeitsschutzrechts. Viele Erkrankungen werden neben anderen Umständen wesentlich auch durch Arbeitsbedingungen hervorgerufen. Daher liegt in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitswelt ein wesentliches präventives Potenzial. Dem trägt das Arbeitsschutzrecht Rechnung und verpflichtet die Arbeitgeber, auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren hinzuwirken. Dabei sind sie nach dem Unfallversicherungsrecht von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen und zu überwachen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe sind die Unfallversicherungsträger auf Erkenntnisse über das Krankheitsgeschehen angewiesen, die bei den Krankenkassen anfallen und nur von diesen ausgewertet werden können. Vor diesem Hintergrund greift Absatz 1 in den Sätzen 2 und 3 die bisherige Regelung auf und verpflichtet die Krankenkassen zur Weitergabe von Erkenntnissen über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. In Weiterentwicklung der bestehenden Rechtslage verpflichtet Satz 1 die Krankenkassen darüber hinaus allgemein, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu unterstützen. Dadurch wird die Verpflichtung nach Satz 2 verstärkt und den Kassen aufgegeben, die dazu notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Absatz 2 verpflichtet die Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu einer engen Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und stellt dafür in Satz 2 einen organisatorischen Rahmen auf. Satz 3 verweist zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit bei Aufträgen und in Arbeitsgemeinschaften auf die entsprechenden Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Absatz 3 führt eine Berichtspflicht mit dem Ziel ein, die Folgen der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren abschätzen zu können. Dazu sollen die Krankenkassen einerseits über ihre Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen und andererseits über ihre Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung berichten.

Zu § 20d (Förderung der Selbsthilfe)

Die Neufassung der Förderregelung in einer eigenen Vorschrift trägt dem gestiegenen Stellenwert der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen Rechnung. Die Förderung der Selbsthilfe wird weiter gestärkt und die Rechtsgrundlage im Interesse einer effizienten und antragstellerfreundlichen Durchführung der Förderung weiterentwickelt.

Durch die in Absatz 1 Satz 1 vorgenommene Umstellung von der bisherigen Soll-Regelung auf die unbedingte Förderverpflichtung im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3 wird zum einen endgültig sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird. Andererseits macht die Verknüpfung der Förderverpflichtung mit den Festlegungen zur Höhe der Fördermittel deutlich, dass für einzelne Antragstellerinnen und Antragsteller auch zukünftig kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht. Schon weil die Fördermittel der Höhe nach begrenzt sind, besteht bei ihrer Vergabe weiterhin ein Entscheidungsspielraum sowohl zur Auswahl, als auch zur Gestaltung der Förderungen. Mit der ausdrücklichen Nennung der Verbände der Krankenkassen in Satz 1 wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen gilt. Da die Strukturen der organisierten Selbsthilfe auf diesen beiden Ebenen für die Unterstützung der Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene und zur Interessenvertretung der Selbsthilfe von wesentlicher Bedeutung sind, müssen auch sie bedarfsgerecht gefördert werden. Zu dem förderfähigen Selbsthilfeengagement gehört auf diesen Ebenen auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung.
Soweit die in Satz 1 enthaltene Beschreibung der Zielsetzung von Selbsthilfegruppen und -organisationen gegenüber der Formulierung des bisherigen § 20 Abs. 4 durch den Begriff der „gesundheitlichen Prävention“ geändert ist, handelt es sich lediglich um eine redaktionelle Anpassung an die Terminologie des Präventionsgesetzes; eine inhaltliche Änderung des Adressatenkreises der Förderung ist damit nicht verbunden. Gefördert werden sollen nach Satz 1, erster Halbsatz auch zukünftig nur Selbsthilfegruppen und -organisationen, deren besondere Merkmale und Tätigkeitsfelder in den gemeinsamen und einheitlichen Fördergrundsätzen der Spitzenverbände nach Absatz 2 beschrieben werden. Eine Förderung von Zusammenschlüssen mit ausschließlich gesundheitsförderlicher oder primärpräventiver Zielsetzung bleibt danach ausgeschlossen.
Die in Absatz 1 Satz 3 aufgenommenen Anforderungen an Selbsthilfekontaktstellen schließen die Förderung von Einrichtungen, die sich auf wenige Selbsthilfe- und Krankheitsbereiche spezialisiert haben, aus. Die Unterstützung durch übergreifend arbeitende Selbsthilfekontaktstellen ist für die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in den Regionen von besonderer

Relevanz. Ein Missbrauch der Bezeichnung als Selbsthilfekontaktstelle durch Einrichtungen mit vorrangig anderen Tätigkeitsschwerpunkten wird auf diese Weise verhindert.

Nach Absatz 2 Satz 1 sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zukünftig neben den Inhalten der Förderung auch die Verteilung der Fördermittel auf die unterschiedlichen Förderebenen und Förderbereiche regeln. Bei der Regelung der Verteilung werden das Antragsaufkommen und der Förderbedarf der letzten Jahre sowie die Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die nach Satz 2 zu beteiligen sind, maßgeblich zu berücksichtigen sein. Die Verteilungsregelungen sollte zudem so flexibel gestaltet werden, dass sich ändernden Förderbedarfen der verschiedenen Ebenen und Bereiche Rechnung getragen werden kann. Bei der Mittelverteilung auf der regionalen Ebene der Förderung soll zusätzlich die besondere Situation von Regionen und Städten mit hohem Förderbedarf wie z. B. Mittelpunktstädten, die einen großen Einzugsbereich für Selbsthilfeengagierte aus dem Umland besitzen, beachtet werden. Damit die Verteilung im Jahr 2006 bereits nach den neuen Regelungen erfolgen kann, ist es erforderlich, dass die entsprechenden Vereinbarungen der Spitzenverbände bis zum 1. Oktober 2005 vorliegen.
Mit der Regelung in Absatz 2 Satz 3 werden die projektbezogene Förderung und die Förderung durch pauschale Zuschüsse gesetzlich gleichgestellt. Sie können auch nebeneinander Anwendung finden. Die Regelung soll zu einer stärkeren Nutzung der für die Antragsteller vielfach bedarfsgerechteren und weniger organisationsaufwändigen pauschalen Förderung führen.

Nach Absatz 3 Satz 2 soll bei der Förderung auf der Landesebene und der regionalen/örtlichen Ebene für die Aufbringung der Mittel die Statistik KM 6 über den Wohnort der Versicherten zu Grunde gelegt werden. Diese Regelung gewährleistet, dass sich alle Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet auf diesen Ebenen nach der jeweiligen Zahl ihrer Versicherten an der Förderung der Selbsthilfe beteiligen können.
Absatz 3 Satz 3 regelt die Verpflichtung der Krankenkassen und ihrer Verbände, mindestens 50 % der Fördermittel in eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung einzubringen. Diese Gemeinschaftsförderung kann sowohl über sog. virtuelle, als auch über reale Gemeinschaftsfonds organisiert werden. Das Modell des virtuellen Fonds belässt die Fördergelder bis zu den gemeinsamen Förderentscheidungen in der Verwaltung der einzelnen Krankenkassen/Verbände. Die Mittel müssen anders als bei einem realen Fonds nicht auf ein gemeinsames Konto überwiesen werden, Bei den Fördergemeinschaften ist auch eine Einbeziehung weiterer Förderer wie z. B. eine Beteiligung der öffentlichen Hand möglich. Insoweit sollen alle in der Förderpraxis auf freiwilliger Basis bereits existierende Modelle gemeinschaftlicher Förderung weiter zulässig sein und ausgebaut werden. Das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe für die

Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen auf der regionalen/örtlichen Ebene empfohlene sog. „Ein-Ansprechpartner-Modell" soll weiter verbreitet werden, damit von den Antragstellern hier möglichst nur noch ein Förderantrag gestellt werden muss. Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die in Absatz 3 Satz 5 enthaltene Pflicht, nicht verausgabte Fördermittel der kasseneigenen Förderung im Folgejahr in die Gemeinschaftsförderung zu geben, gewährleisten eine verlässliche Bereitstellung des jährlich vorgesehenen Fördervolumens und stellen eine effiziente, zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicher.
Die Gemeinschaftsfonds (virtuell oder real) werden auf den einzelnen Ebenen der Selbsthilfeförderung gebildet, die sich auf die jeweilige Unterstützung von Bundes- oder Landesorganisationen sowie von örtlichen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen beziehen.
Durch die jeweils gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds nach Absatz 3 Satz 4 wird die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht. Das Antragsverfahren wird durch die Bündelung der Förderanträge bei den Gemeinschaftsfonds für die Antragsteller zudem erheblich erleichtert. Bei der Vergabe der Fördermittel sind die nach Absatz 2 Satz 1 beschlossenen gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beachten. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidungen mit den jeweils maßgeblichen Vertretung der Selbsthilfe dient zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel. Die Erarbeitung von Verfahrensempfehlungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe zur Einbeziehung der Selbsthilfevertretungen könnte zu einer reibungslosen Umsetzung dieser Beteiligungsverpflichtung beitragen.

Bis zu 50 % der Fördermittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen und Verbänden zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten und zur Bildung von zielgruppenspezifischen Förderschwerpunkten. Durch die hiermit eröffnete Möglichkeit von Kooperationen wird die inhaltliche Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Selbsthilfe gestärkt. Zudem ist gewährleistet, dass neben der finanziellen Förderung auch die sächliche und infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe fortgesetzt wird.
Absatz 3 Satz 5 verpflichtet die einzelnen Krankenkassen, falls sie den Förderbetrag pro Versicherten insgesamt nicht ausschöpfen, den Differenzbetrag im Folgejahr in die Gemeinschaftsfonds zu geben. Dadurch wird sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel in jedem Fall die Selbsthilfe erreichen.

Diese Fortentwicklung der Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen soll zu einer weiteren Stärkung der Selbsthilfe beitragen. Die Selbsthilfeförderung insgesamt bleibt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die auch die öffentliche Hand maßgebliche Verantwortung trägt.

Zu den Nummern 7 bis 20

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen an die Begrifflichkeiten des Präventionsgesetzes ohne Änderungen des Leistungsumfangs und um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Artikel 7 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 9

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Präventionsgesetz. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 8a, 12a und 12b im Wesentlichen mit den Bestimmungen der §§ 15 und 17 des Präventionsgesetzes. Diese wiederum sind verbunden mit der Neufassung der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben). Die Leistungen zur primären Prävention nach den §§ 12 a und b werden durch die finanziellen Regelungen des § 23 Präventionsgesetz begrenzt. Aufgabenschwerpunkt der Leistungserbringung der gesetzlichen Rentenversicherung zur primären Prävention ist der Arbeitskontext.

Zu Nummer 10 (§ 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 zu unterschiedlich gehandhabt. Die Förderung soll sich auf die Bereiche der Selbsthilfe beziehen, die der Rehabilitation von kranken oder behinderten Menschen dienen.

Zu Nummer 11 (§ 220)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen zum Präventionsgesetz.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt klar, dass sich die Gesamthöhe der bisherigen jährlichen Ausgaben nach Satz 1 durch Regelungen der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nicht verändert. Das bedeutet, dass die Leistungen der gesundheitlichen Prävention keine zusätzlichen Kosten verursachen dürfen.

Zu Nummer 12 (§ 287 b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Präventionsgesetz.

Zu Artikel 8 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 4

Redaktionelle Anpassungen infolge der Einfügung der neuen §§ 1a und 1b.

Zu Nummer 5

Zu § 1a (Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz)

Die neue Vorschrift § 1a führt den Begriff „Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“ in das Siebte Buch Sozialgesetzbuch ein. Damit wird der bisherige Begriff „Prävention“ ersetzt. Es soll eine sprachliche Abgrenzung zu dem in § 1b eingeführten Begriff „Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention“ erfolgen. Eine Erweiterung oder Reduzierung des Aufgabenumfangs ist mit der geänderten Terminologie nicht verbunden.

Zu § 1b (Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention)

Die Vorschrift bezweckt die begriffliche Anpassung an das Präventionsgesetz und dient der Klarstellung, dass die in der Vorschrift genannten Leistungen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auch Teil der gesundheitlichen Prävention in dessen Sinn sein können. Der Präventionsbegriff des Präventionsgesetzes ermöglicht diese Auslegung. Dabei bezieht sich die Vorschrift auf die in § 22 Nr. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und umfasst auch die nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch zu veranlassenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Die Unfallversicherung ist selbst kein Träger von Leistungen zur Verhaltensprävention nach dem Präventionsgesetz. Sie hat im Rahmen ihres Auftrages nach § 14 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch mit allen geeigneten Mitteln für der Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen.

Zu Nummer 6

Redaktionelle Anpassung infolge der Einfügung der neuen §§ 1a und 1b.

Zu den Nummern 7 und 8

Die Änderung des Begriffes „Unfallverhütungsvorschriften“ in „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“ dient der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Die Änderung korrespondiert mit der Ersetzung des Wortes „Prävention“ in „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“ (vgl. Nummer 5).

Zu Nummer 9 (§ 20a)

Die Vorschrift korrespondiert leistungsrechtlich mit § 17 des Präventionsgesetzes. Diese wiederum ist verbunden mit der Neufassung der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben). Sie verankert die Beteiligung der Unfallversicherung an lebensweltbezogenen Maßnahmen nach § 17 des Präventionsgesetzes.

Zu Nummer 10 (§ 22)

Die Änderung des Begriffes „Unfallverhütungsvorschrift“ in „Vorschriften über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“ dient der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Die Änderung korrespondiert mit der Ersetzung des Wortes „Prävention“ in „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“ (vgl. Nummer 5).

Zu Nummer 11 (§ 115)

Zu den Buchstaben a bis d

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen. Die Zuständigkeit der Zentralstelle für Arbeitsschutz beim Bundesministerium des Innern wird nicht berührt; sie bezieht sich dementsprechend auch auf die neu eingefügten §§ 1a und 1b.

Zu den Nummern 12- 17

Redaktionelle Anpassungen infolge der Nummern 1 bis 4.

Zu Artikel 9 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2 (§ 3)

Um eine Abgrenzung zum Begriff der gesundheitlichen Prävention zu erzielen, wird der Präventionsbegriff des § 3 SGB IX zukünftig als Prävention von Behinderungen bezeichnet. Hierbei umfasst die Prävention von Behinderungen auch Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention. Eine Änderung des Leistungsumfangs ist hiermit nicht beabsichtigt. Da mittels Leistungen der gesundheitlichen Prävention auch der Eintritt einer Behinderung vermieden werden kann, können diese je nach Lage des Einzelfalls auch Leistungen zur Prävention von Behinderungen sein. Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der neuen Terminologie.

Zu den Nummern 3 und 4 und 6 und 7

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der neuen Terminologie.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Terminologie.

Zu Buchstabe b

Die Änderung dient zur besseren Abgrenzung gegenüber dem Begriff der Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz (§ 2 Nr. 4).

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Präventionsgesetz. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 45d bis 45f im Wesentlichen mit den Bestimmungen der §§ 15 und 17 des Präventionsgesetzes und decken sich weitgehend mit der Neufassung der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben). Die Leistungen zur primären Prävention nach den §§ 45e und 45f werden durch die finanziellen Regelungen des § 23 Präventionsgesetz begrenzt.

Zu Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 und 2

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des Präventionsbegriffs in § 3 Neuntes Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 3 (§ 47)

Es handelt sich um eine Anpassung an die neue, mit dem Präventionsgesetz eingeführte, Terminologie. Zur Verdeutlichung, dass keine Leistungsausweitung beabsichtigt ist, wurde auf die in Betracht kommenden Paragrafen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen.

Zu Artikel 12 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen an die mit dem Präventionsgesetz veränderten Begrifflichkeiten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Zu Nummer 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 bis 6 und 8

Redaktionelle Folgeänderungen zur Aufnahme von Vorschriften zur gesundheitlichen Prävention.

Zu Nummer 7 (§§ 9a und 9b)

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

Zu Nummer 9 (§ 80)

Wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Artikel 6 Nr. 11) 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 14 (Änderung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Änderung von Artikel 7 Nr. 11 durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 9. Dezember 2004.

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Gesetzes. Mit Ausnahme der Regelungen des Artikels 1 §§ 15, 17, 19 bis 22, 23 Abs. 1 bis 5, des Artikels 6 Nr. 6, des Artikels 7 Nr. 7, des Artikels 8 Nr. 9, des Artikels 10 Nr. 5 sowie des Artikels 13 Nr. 7, soll das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Die ausgenommenen Artikel treten am 1. Oktober 2005 in Kraft; die Regelungen des Artikels 1 § 24 und des Artikels 14 treten erst am 1. Januar 2006 in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen

I. Ausgangslage

Das Gesetz zielt auf die Stärkung der gesundheitlichen Prävention durch eine verbesserte Zielorientierung, die Vereinheitlichung von Leistungsansätzen und Koordinierung sowie eine begleitende und koordinierte gesundheitliche Aufklärung. Das erfordert in erster Linie den Aufbau entsprechender Strukturen. Erhebliche Leistungsausweitungen sind nicht vorgesehen.

Wesentliche strukturelle Grundlagen sind die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die Koordinierungsaufträge der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und der gemeinsamen Entscheidungsgremien von Sozialversicherung und Ländern sowie die Informationsaufträge für den Bund und die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Dadurch entstehen jährliche Mehraufwendungen beim Bund für die Gesundheitsberichterstattung in Höhe von durchschnittlich 1,7 Millionen Euro und bei den Ländern in einer Höhe, die nicht abgeschätzt werden kann. Im Bereich der Sozialversicherung wächst der Mehraufwand für die strukturellen Maßnahmen und die Einbeziehung der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2008 auf einen Wert in Höhe von bis zu 23 Millionen Euro an, der durch Einsparungen in anderen Bereichen aufzubringen ist. Diesem Mehraufwand stehen nicht bezifferbare Einsparungen durch Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten auf Grund verbesserter Leistungen zur gesundheitlichen Prävention gegenüber. Dadurch werden die sozialen Sicherungssysteme langfristig stabilisiert werden.

Im Einzelnen:

1. Nach § 9 soll das RKI für den Bund regelmäßig Gesundheitsberichte über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sowie über bedeutsame Krankheiten mit Präventionsbezug erstellen und dazu epidemiologische Erhebungen durchführen. Dafür ist mit jährlichen Mehrkosten von 0,6 Millionen Euro in 2006 bzw. von 1,2 Millionen Euro ab 2007 - einschließlich eines auf bis zu 10 Personalstellen aufwachsenden Bedarfs - und in Abständen von sieben Jahren zusätzlich von 3,9 Millionen Euro zu rechnen. Die Gegenfinanzierung des Personal- und Mittelmehrbedarfs wird im Rahmen der Verhandlungen zum Bundeshaushalt 2006 durch Umschichtung im Einzelplan sichergestellt.

2. Durch § 11 wird die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet, in periodischen Abständen Ziele und Teilziele der primären Prävention aufzustellen und Vorschläge zu deren Umsetzung zu entwickeln. Dafür ist wissenschaftliche Expertise erforderlich. Der Aufwand für sie wird aus der Einlage der Sozialversicherungsträger in die Stiftung nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 finanziert. Fallen bei den Trägern weitere Kosten an, gehen sie in die nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 gebildeten Budgets ein.

3. Nach § 12 sollen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien von Sozialversicherungsträgern und Ländern periodisch Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele nach § 11 entwickeln. Dadurch fällt Koordinierungsaufwand für Vertreter von Sozialversicherungsträgern und Ländern an. Dessen Höhe ist nicht abschätzbar. Im Bereich der Sozialversicherung ist er auf Ebene der Stiftung aus der

Einlage nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zu bestreiten und auf Landesebene den Budgets nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zuzurechnen.

4. Die §§ 13 und 14 gestalten die Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung aus. Sie knüpfen an den bestehenden Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an und binden zusätzlich die Sozialversicherung in die Verantwortung für die gesundheitliche Aufklärung der Versicherten ein. Mit der gesetzlichen Errichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erfolgt - mit Ausnahme der Prävention - keine Zuweisung neuer Aufgaben. Die Bundeszentrale kann ihren bisherigen und zusätzlichen Aufgabenumfang mit den bisherigen Personal- und Sachmitteln erledigen. Für die Sozialversicherung sind die notwendigen Mittel aus der Stiftungseinlage nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zu bestreiten und vom Stiftungsrat festzulegen.

5. Nach § 15 und den entsprechenden Regelungen im Sozialgesetzbuch sollen die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte und der sozialen Pflegeversicherung durch Leistungen zur Verhaltensprävention bei der Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen unterstützt werden. Die Mittel dafür sind in § 23 gesetzlich festgelegt und begrenzt. Die Regelung ist für die gesetzliche Krankenversicherung aufkommensneutral, da für Leistungen nach § 15, § 17 und als Einlage für die Stiftung nicht mehr als die bisher nach § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Mittel zu erbringen sind. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte entstehen Mehraufwendungen, deren Höhe von Träger zu Träger unterschiedlich sein und nicht abgeschätzt werden kann. Sie können sich auf bis zu 16 Millionen Euro jährlich belaufen, die durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszugleichen sind. Bei der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen in Höhe von 4 Millionen Euro, denen keine konkreten Einsparungen gegenüberstehen.

6. Nach § 17 und den entsprechenden Regelungen im Sozialgesetzbuch sollen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen. Die Regelung ist für die gesetzliche Krankenversicherung aufkommensneutral, da für Leistungen nach § 15, § 17 und als Einlage für die Stiftung nicht mehr als die bisher nach § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Mittel zu erbringen sind. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen, die bis zum Jahr 2008 gestuft anwachsen und sich in diesem Jahr auf 16 Millionen Euro, 8 Millionen Euro bzw. 4 Millionen Euro belaufen. Bei der

gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden die Mehraufwendungen durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeglichen.

7. Nach § 21 können die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sowie die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention durchführen, fördern oder sich daran beteiligen. Die Aufwendungen dafür werden auf die Mittel für Leistungen nach § 15 und § 17 angerechnet und lösen deshalb Mehraufwendungen nicht aus.

8. Nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 sollen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die ihnen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung zwingend zugewiesenen Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren künftig mindestens 8 Millionen Euro aufwenden. Dadurch entstehen Mehraufwendungen für Träger, die der gesetzlichen Pflichtaufgabe bislang nur in einem sehr geringen Umfang nachgekommen sind. Der Mehraufwand wird auf 1 Million Euro geschätzt.

9. Nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und der entsprechenden Regelung des Präventionsstiftungsgesetzes haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung künftig Einlagen für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu erbringen. Die Regelung ist für die gesetzliche Krankenversicherung aufkommensneutral, da für Leistungen nach § 15, § 17 und als Einlage für die Stiftung nicht mehr als die bisher nach § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Mittel zu erbringen sind. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen, die bis zum Jahr 2007 gestuft anwachsen und sich in diesem Jahr auf 8 Millionen Euro bzw. 4 Millionen Euro und 2 Millionen Euro belaufen. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden die Mehraufwendungen durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeglichen.

10. Nach §§ 25 und 26 haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der wissenschaftliche Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, die beteiligten Stellen in den Ländern und das Bundesministerium

für Gesundheit und soziale Sicherung sich an einer periodischen Berichterstattung zur Überprüfung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention zu beteiligen. Die dadurch entstehenden Kosten können nicht abgeschätzt werden. Im Bereich der Sozialversicherung sind sie durch die in § 23 festgesetzten Mittel abgedeckt und lösen deshalb Mehraufwendungen nicht aus. Hinsichtlich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird auf die Ausführungen unter Punkt C I.4. verwiesen.

11. Nach § 20c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben die Krankenkassen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu unterstützen und sie dabei insbesondere über Erkenntnisse zu unterrichten, die sie über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Der dadurch entstehende und durch das Budget nach § 23 nicht abgedeckte Mehraufwand kann nicht abgeschätzt werden.

12. Durch § 20d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird die Selbsthilfeförderung auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Das Fördervolumen bleibt unverändert. Mehrausgaben für die Krankenkassen entstehen nicht.