Bundesrat **Drucksache 636/13**

30.08.13

G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Förderung der Prävention

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 250. Sitzung am 27. Juni 2013 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 17/14184 – den von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

– Drucksache 17/13080 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 20.09.13
Initiativgesetz des Bundestages

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0720-2946

Gesetz zur Förderung der Prävention

Vom …

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

2. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur" die Wörter „Vermeidung und" eingefügt.

3. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

Primäre Prävention

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

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

Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Umsetzung der in Satz 3 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele sind auch die Ziele und Teilziele maßgeblich, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (eBAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Berücksichtigung der Gesundheitsziele nach Absatz 1 Satz 3 bis 5 und der in Absatz 1 Satz 6 genannten Ziele einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein

einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der Leistungen der Krankenkassen nach Absatz 1 auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den Bericht nach § 20e die erforderlichen Auskünfte.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, als Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20a erbracht. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens, in denen die Versicherten große Teile ihres Lebens verbringen. Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse und im Zusammenwirken mit den in den Ländern zuständigen Stellen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten, indem sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

(4) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse zertifiziert ist. Bei der Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention ist eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgegebene Empfehlung zu berücksichtigen. Für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(5) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2013 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,01 Euro und ab dem Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

(6) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt bei der Ausführung des Auftrags die regionalen Erfordernisse und orientiert sich bei der Verwendung der Mittel insbesondere an der Anzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten im jeweiligen Land. Die Durchführung der nach diesem Absatz zu erbringenden regionalen Leistungen erfolgt im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 3 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von Absatz 5 Satz 3 jährlich anzupassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird, und dokumentiert dies.

(7) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 6, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2013. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 6 Satz 1 nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung nach Satz 1, unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags erbringt, mit Zuwendungen fördern.“

4. § 20a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

      bb) Satz 2 wird aufgehoben.

   b) Die folgenden Absätze 3 bis 5 werden angefügt:

      „(3) Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen. Arbeitnehmer können einem Gruppentarif ihres Arbeitgebers und der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, beitreten. Bestandteil der Verträge nach Satz 1 sind Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen sowie die Dauer des Tarifs. Weitere Bestandteile von Gruppentarifen können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2, koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Mindestbindungsfristen sein. Zur Koordinierung und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentarifen können die Vertragspartner nach Satz 1 Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsleistungen einschließlich der Betriebsärzte schließen. Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren gemeinsam die Tragung der Kosten. Die Aufwendungen für primärpräventive Leistungen eines Gruppentarifs, die über die Leistungen nach Absatz 1 und nach § 20d Absatz 1 und 2 hinausgehen, müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Gruppentarif auf Dauer finanziert werden. Die Einnahmen aus einem Gruppentarif können sich aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen. Die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

      (4) Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.

      (5) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 5 Satz 2 für Leistungen nach § 20a, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 4 Satz 4 abgeschlossen haben.“

5. Nach § 20d wird folgender § 20e eingefügt:

„§ 20e

Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird eine Ständige Präventionskonferenz errichtet. Zur Unterstützung der Arbeiten der Ständigen Präventionskonferenz richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein. Die Aufgabe der Geschäftsstelle besteht insbesondere in der Zusammenstellung und Aufbereitung des für die Tätigkeit der Ständigen Präventionskonferenz erforderlichen Materials, in der Vorbereitung der Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz, in der technischen Vor- und Nachbereitung der Sitzungen der Ständigen Präventionskonferenz sowie der Erledigung der sonst anfallenden Verwaltungsarbeiten.

(2) Die Ständige Präventionskonferenz hat die Aufgabe, über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten sowie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen. Die Ständige Präventionskonferenz erstellt diesen Bericht alle vier Jahre und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung mit den von ihr für notwendig gehaltenen Folgerungen bei.

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

6. § 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „nicht aus“ die Wörter „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ eingefügt.

   b) In Satz 2 wird die Angabe „13“ durch die Angabe „16“ ersetzt.

   c) In Satz 3 wird die Angabe „21“durch die Angabe „25“ ersetzt.

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

   „Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten“.

8. § 25 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Versicherte haben Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auf Angebote zur Verhaltensprävention hinweisen.“

   b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

      „(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

      1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,

2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,

3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

9. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Sie umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 3 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung.

Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

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

10. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 teilnehmen, Anspruch auf eine Geldleistung als Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist. Der Bonus für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet werden.

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

11. § 70 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Zusammenarbeit“.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Leistungserbringer, die andere Leistungserbringer oder Dritte an der Versorgung beteiligen, haben eine am Vertrauen des Versicherten in die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen und am Gebot der Wirtschaftlichkeit orientierte Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Anbietervielfalt zu gewährleisten. Leistungserbringer und ihre Angestellten

oder Beauftragten dürfen keine Entgelte oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteile für sich oder Dritte als Gegenleistung dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie andere Leistungserbringer oder Dritte bei der Verordnung von Leistungen, der Zuweisung an Leistungserbringer, der Abgabe von Mitteln oder der sonstigen Veranlassung von Leistungen für die Untersuchung oder Behandlung von Versicherten nach diesem Buch in unangemessener unsachlicher Weise begünstigen oder bevorzugen. Ebenfalls unzulässig ist es, Leistungserbringern, ihren Angestellten oder Beauftragten solche Vorteile für diese oder Dritte anzubieten, zu versprechen oder zu gewähren. Vorteile sind auch solche nach § 128 Absatz 2 Satz 3."

12. §81a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen organisieren für ihren Bereich einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Einrichtungen nach Absatz 1; Vertreter der Einrichtungen nach § 197a Absatz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft sind in geeigneter Form zu beteiligen. Über die Ergebnisse sind die Aufsichtsbehörden zu in-formieren."

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach dem Wort „Aufsichtsbehörde" ein Komma und werden die Wörter „die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen" eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Mit-glieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei denen im Berichtszeitraum Pflichtverletzungen vermutet oder nachgewiesen wurden, die Art und Schwere des Fehlverhaltens und der dagegen getroffenen Maßnahmen, einschließlich der Maßnahmen nach § 81 Absatz 5, sowie der verhinderte und entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben."

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen treffen bis zum 31. Dezember 2013 nähere Bestimmungen über die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 bei ihren Mitgliedern, die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2, die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2, die Zusammenarbeit nach Absatz 3, die Unterrichtung nach Absatz 4 und die Berichte nach Absatz 5; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Sie führen die Berichte ihrer Mitglieder nach Absatz 5 zusammen, gleichen die Ergebnisse mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab und veröffentlichen ihre eigenen Be-richte im Internet."

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

14. § 197a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Einrichtungen nach Absatz 1; Vertreter der Einrichtungen nach § 81a Absatz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft sind in geeigneter Form zu beteiligen. Über die Ergebnisse sind die Aufsichtsbehörden zu informieren."

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde" die Wörter „und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In dem Bericht sind zusammengefasst auch die Anzahl der Leistungserbringer und Versicherten, bei denen im Berichtszeitraum Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch

vermutet oder nachgewiesen wurden, die Art und Schwere des Fehlverhaltens und der dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft bis zum 31. Dezember 2013 nähere Bestimmungen über die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 bei seinen Mitgliedern, die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2, die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2, die Zusammenarbeit nach Absatz 3, die Unterrichtung nach Absatz 4 und die Berichte nach Absatz 5; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Er führt die Berichte seiner Mitglieder nach Absatz 5 zusammen, gleicht die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab und veröffentlicht seinen eigenen Bericht im Internet.“

15. Nach § 307b wird folgender § 307c eingefügt:

„§ 307c

Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 70 Absatz 3 Satz 2 oder Satz 3, jeweils auch in Verbindung mit Satz 4, einen dort genannten und nicht nur geringfügigen wirtschaftlichen Vorteil annimmt oder gewährt.

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig handelt.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Antragsberechtigt sind der betroffene Versicherte, seine gesetzliche Krankenkasse, die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung und die berufsständische Kammer, bei denen der Täter Mitglied ist, und deren andere Mitglieder. Antragsberechtigt sind auch die in § 8 Absatz 3 Nummer 2 und 4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb bezeichneten Verbände und Kammern.“

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

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

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

3. In § 57 Absatz 1 wird die Angabe „§ 291a Abs. 4 Satz 1“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 4 Satz 1 oder Absatz 5a Satz 1 erster Halbsatz oder Satz 2“ ersetzt.

4. Nach § 57 wird folgender § 58 eingefügt:

„§ 58

Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 15 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 70 Absatz 3 Satz 2 oder Satz 3, jeweils auch in Verbindung mit Satz 4, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen dort genannten und nicht nur geringfügigen wirtschaftlichen Vorteil annimmt oder gewährt.

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig handelt.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Antragsberechtigt sind der betroffene Versicherte, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung und die berufsständische Kammer, bei denen der Täter Mitglied ist, und deren andere Mitglieder. Antragsberechtigt sind auch die in § 8 Absatz 3 Nummer 2 und 4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb bezeichneten Verbände und Kammern.“

Artikel 3

Inkrafttreten

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