

## **Beschlussempfehlung und Bericht**

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung  
– Drucksache 18/4282 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung  
und der Prävention  
(Präventionsgesetz – PräVG)**

- b) **zu dem Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann  
(Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der  
Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 18/4322 –**

**Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung  
sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

- c) **zu dem Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-  
Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 18/4327 –**

**Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein  
modernes Gesundheitsförderungsgesetz**

## **A. Problem**

### **Zu Buchstabe a**

Eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention sind erforderlich, da die demografische Entwicklung von einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung geprägt ist und mit einem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt einhergehen. Ziel des von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurfs ist es daher, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden.

Im Einzelnen sollen die Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure sowie die Koordination der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Rahmen einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie verbessert werden. Darüber hinaus sollen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch eine Neustrukturierung der Finanzierung von Präventionsleistungen der Krankenkassen und Pflegekassen gestärkt werden. Auch die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und deren Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz sollen verbessert werden. Außerdem sollen die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen präventionsorientiert fortentwickelt und das Impfwesen gefördert werden.

### **Zu Buchstabe b**

Nach Auffassung der Fraktion DIE LINKE. müssten Gesundheitsförderung und Prävention darauf zielen, die Zahl der guten Lebensjahre für alle Menschen zu erhöhen. Dazu müssten bestehende sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes verringert werden. Entsprechend der Erklärung von Jakarta wird Gesundheitsförderung als Prozess gesehen, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung der Bedingungen zu verbessern. Die Menschen müssen an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten aktiv beteiligt werden. Gesundheitsförderung und Prävention sollen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt und ausgestaltet werden. Eine gesundheitsförderliche Politik müsste vorrangig die Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut beseitigen. Alle Gesetzesvorhaben sollten auf ihre Auswirkungen auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen geprüft werden.

### **Zu Buchstabe c**

Die Antragsteller setzen bei der Ausrichtung der Gesundheitsförderungspolitik auf Chancengleichheit, Alltagsweltbezug, Partizipation, Langfristigkeit und die Einbeziehung aller wesentlichen Akteure. Es seien langfristige Maßnahmen nötig, die zur Verbesserung der Alltagswelten beitragen. In den Alltagswelten sollen mehr als bisher sozial Benachteiligte, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Beeinträchtigungen beteiligt werden. Auch Frauen und Männer müssen demnach entsprechend ihren unterschiedlichen Lebenspha-

sen angesprochen werden. Weiter soll darauf hingewirkt werden, dass Gesundheitsbelastungen wie Stress, Lärm und Unfallgefahren in den Alltagswelten gesenkt und gesundheitsfördernde Ressourcen wie soziale Netzwerke, Bildung, Ernährung und Bewegung gestärkt werden. Zudem sollen die Steuerung, Kooperation und Umsetzung von Gesundheitsförderung im Bund und in den Ländern und vor allem in den Kommunen verbessert werden. Dabei soll sichergestellt werden, dass an bereits etablierte und bewährte kommunale Koordinierungsstrukturen für Gesundheitsförderung angeknüpft wird. Das Finanzvolumen für die gesetzliche Krankenversicherung soll über die von der Bundesregierung geplante Erhöhung hinausgehen und bis 2020 um weitere 40 Prozent von 7 auf 10 Euro pro Versicherten und Jahr anwachsen.

## **B. Lösung**

### **Zu Buchstabe a**

**Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4282 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

### **Zu Buchstabe b**

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4322 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

### **Zu Buchstabe c**

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4327 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

## **C. Alternativen**

### **Zu Buchstabe a**

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4282.

### **Zu Buchstabe b**

Annahme des Antrags auf Drucksache 18/4322.

### **Zu Buchstabe c**

Annahme des Antrags auf Drucksache 18/4327.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

### **Zu Buchstabe a**

#### 1) Bund

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

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

## 2) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

## 3) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

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

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

Die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Untersuchung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. Ebenso hängen die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 26 Absatz 1 SGB V von der Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den G-BA ab, insbesondere von der Anzahl zusätzlicher Untersuchungen. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U- oder J-Untersuchung entstehen den Krankenkassen jeweils jährliche Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die Vermeidung oder frühzeitige Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

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

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

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

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

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

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

#### 4) Gesetzliche Rentenversicherung

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

#### 5) Gesetzliche Unfallversicherung

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

#### 6) Soziale Pflegeversicherung

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

### **Zu den Buchstaben b und c**

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

#### **Zu Buchstabe a**

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

**Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

**E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft****Zu Buchstabe a**

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

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

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

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

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

**Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

**E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung****Zu Buchstabe a**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

### **F. Weitere Kosten**

#### **Zu Buchstabe a**

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

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

#### **Zu den Buchstaben b und c**

Die weiteren Kosten wurden nicht erörtert.

### **Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 18/4322 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 18/4327 abzulehnen.

Berlin, den 17. Juni 2015

### **Der Ausschuss für Gesundheit**

**Dr. Edgar Franke**  
Vorsitzender

**Rudolf Henke**  
Berichterstatter

**Helga Kühn-Mengel**  
Berichterstatterin

**Birgit Wöllert**  
Berichterstatterin

**Kordula Schulz-Asche**  
Berichterstatterin

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention  
(Präventionsgesetz – PräVG)

– Drucksache 18/4282 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention</b>	<b>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention</b>
<b>(Präventionsgesetz – PräVG)</b>	<b>(Präventionsgesetz – PräVG)</b>
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
<b>Artikel 1</b>	<b>Artikel 1</b>
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“	
2. Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt:	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„§ 2b	
Geschlechtsspezifische Besonderheiten	
(1) Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“	
3. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ eingefügt.	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 20 wird wie folgt gefasst:	4. § 20 wird wie folgt gefasst:
„§ 20	„§ 20
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
<p>(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.</p>	<p>(1) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.</p>	<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, <b>psychotherapeutischen, psychologischen</b>, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.</p>
<p>(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband</p>	<p>(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:	Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Tabakkonsum reduzieren,	3. u n v e r ä n d e r t
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,	4. u n v e r ä n d e r t
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,	5. u n v e r ä n d e r t
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln <i>und</i>	6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden.	7. gesund älter werden <b>und</b>
	<b>8. Alkoholkonsum reduzieren.</b>
Bei der Berücksichtigung <i>der</i> in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten <i>Ziele</i> werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung <i>der</i> in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.	Bei der Berücksichtigung <b>des</b> in Satz 1 Nummer 1 genannten <b>Ziels</b> werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung <i>der</i> in Satz 1 Nummer <b>2, 3 und 8</b> genannten <b>Ziele</b> werden auch die <b>Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind.</b> Bei der Berücksichtigung <i>der</i> in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.
(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als	(4) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,	
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und	
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.	
<p>(5) Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.</p>	<p>(5) Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge <b>oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich</b> abgegebene Empfehlung. <b>Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.</b> Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.</p>
<p>(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“</p>	<p>(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. <b>Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung.</b> Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“
5. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:	5. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:
„§ 20a	„§ 20a
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
<p>(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.</p>	<p>(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der <b>Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.</b> Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.</p>
<p>(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.</p>	(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.</p>	<p>(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung <b>der Art und der Qualität</b> krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.</p>
<p>(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. <i>Oktober</i> 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch</p>	<p>(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. <b>November</b> 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“	die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“
6. Der bisherige § 20a wird § 20b und <i>in Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Betrieb“ die Wörter „sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ eingefügt.</i>	6. Der bisherige § 20a wird § 20b und <b>wie folgt geändert:</b>
	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
	„(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. § 20 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“
	b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherungsträger“ die Wörter „sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ eingefügt.
7. Der bisherige § 20b wird § 20c und <i>Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:</i>	7. Der bisherige § 20b wird § 20c und <b>wie folgt geändert:</b>
	a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“	u n v e r ä n d e r t
	b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. Nach dem neuen § 20c werden die folgenden §§ 20d bis 20g eingefügt:	8. Nach dem neuen § 20c werden die folgenden §§ 20d bis 20g eingefügt:
„§ 20d	„§ 20d
Nationale Präventionsstrategie	Nationale Präventionsstrategie
(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.	(1) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere	(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere
1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,	1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher, <b>trägerübergreifender</b> Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,	(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche, <b>trägerübergreifende</b> Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit <i>und</i> die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.</p>	<p>Innern und den Ländern vereinbart. <b>Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt weitere Bundesministerien, soweit die Rahmenempfehlungen ihre Zuständigkeit berühren.</b> An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, <b>die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden</b> sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.</p>
<p>(4) Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.</p>	<p>(4) Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. <b>Der Bericht enthält auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung des in § 20 Absatz 6 Satz 1 bestimmten Ausgabenrichtwerts für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20 bis 20c und der in § 20 Absatz 6 Satz 2 bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b.</b> Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 20e	§ 20e
Nationale Präventionskonferenz	Nationale Präventionskonferenz
<p>(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die <i>Kommunalen</i> Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit <i>und</i> die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die <i>Geschäfte</i> der Nationalen Präventionskonferenz <i>führt die</i> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.</p>	<p>(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur <b>Gesundheitsförderung und</b> Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die <b>kommunalen</b> Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer <b>sowie das Präventionsforum</b> jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die <b>Geschäftsstelle, die die Mitglieder</b> der Nationa-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>len Präventionskonferenz <b>bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nach Satz 1 unterstützt, wird bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt.</b></p>
<p>(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.</p>	<p>(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.</p>
§ 20f	§ 20f
Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie
<p>(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung <i>und</i> den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung <i>sowie</i> mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.</p>	<p>(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung <b>und</b> mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.</p>
<p>(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über</p>	<p>(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen, <b>trägerübergreifenden</b> Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über</p>
1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,	2. un verändert
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,	3. un verändert
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,	4. un verändert
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und	5. un verändert
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.	6. un verändert
An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die <i>Kommunalen</i> Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.	An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit, <b>die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden</b> und die <b>kommunalen</b> Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.
§ 20g	§ 20g
Modellvorhaben	Modellvorhaben
(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.	(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur <b>Gesundheitsförderung und</b> Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen. <b>Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.“	(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
9. Der bisherige § 20c wird § 20h.	9. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
10. Der bisherige § 20d wird § 20i und wie folgt geändert:	10. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 5 wird aufgehoben.	
bb) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „nach den Sätzen 5 bis 7“ und die Wörter „termin- oder“ gestrichen.	
b) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.	
c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Dabei sollen vereinfachte Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden.“	
11. § 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	11. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.	
	<b>12. § 24d wird wie folgt geändert:</b>
12. In § 24d Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.	a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe <b>im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung</b> besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.
	b) <b>Folgender Satz wird angefügt:</b>
	„Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
13. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:	13. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„Vierter Abschnitt	
Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten“.	
14. § 25 wird wie folgt geändert:	14. § 25 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
<p>„(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“</p>	<p>„(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen <b>oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios</b> sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“</p>
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass	
1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,	
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,	
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.	
Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.“	
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „Untersuchungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „die Untersuchungen“ ersetzt.	aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“	„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel <b>13</b> Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im	„Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf das Inkrafttreten nach Artikel <b>13</b> Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.“	Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.“
15. § 26 wird wie folgt geändert:	15. § 26 wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„§ 26	
Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“.	
b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) <i>Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</i>	c) Absatz 2 wird <b>wie folgt gefasst:</b>
<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3.“</p>	<p>„(2) § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss <b>bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen nach Absatz 1 sowie über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Absatz 3. Ferner bestimmt er die Altersgrenzen und die Häufigkeit dieser Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss</b> regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 13 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3. <b>Er regelt insbesondere das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.</b>“</p>
16. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:	16. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:
<p>„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die <i>regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.</i></p>	<p>„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die</p>
	<p><b>1. regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen,</b></p>
	<p><b>2. Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen oder</b></p>
	<p><b>3. regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“	(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
	<b>16a. § 91 wird wie folgt geändert:</b>
	<b>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</b>
	<b>aa) In Satz 2 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt und wird das Semikolon und werden die Wörter „für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen“ gestrichen.</b>
	<b>bb) Nach Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:</b>
	<b>„Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht.“</b>
	<b>cc) Die bisherigen Sätze 16 und 17 werden aufgehoben.</b>
	<b>b) Absatz 7 Satz 4 und 5 wird wie folgt gefasst:</b>
	<b>„Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags können sie die Geschäftsführung beauftragen.“</b>
17. In § 130a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 20d Absatz 1“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 1“ ersetzt.	17. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
18. § 132e wird wie folgt geändert:	18. § 132e wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „geeigneten Ärzten“ die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ eingefügt und wird die Angabe „§ 20d Abs. 1 und	aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	<b>bb) entfällt</b>
„Satz 2 gilt auch für Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.“	<b>bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „sowie Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,“ eingefügt.</b>
	<b>cc) In Satz 3 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.</b>
cc) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.	<b>cc) entfällt</b>
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 20d Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
19. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:	19. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:
„§ 132f	„§ 132f
Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte	Versorgung durch Betriebsärzte
Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“	Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1, <b>über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und über die Heilmittelversorgung</b> schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“
20. In § 140f Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 91“ die Wörter „und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1“ eingefügt.	20. u n v e r ä n d e r t
21. In § 300 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.	21. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Artikel 2</b>	<b>Artikel 2</b>
<b>Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 20 Absatz 5 wird folgender Satz vorangestellt:	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.“	
2. Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	2. Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, <i>die mindestens einem Viertel</i> aus dem Betrag <i>entspricht</i> , den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.“	„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung <b>in Höhe von mindestens 0,45 Euro</b> aus dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.“
3. § 20b wird wie folgt geändert:	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.“	
b) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:	
„(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.</p>	
<p>(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.“</p>	
	<p>4. In § 20h Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2016“ und die Angabe „0,55 Euro“ durch die Angabe „1,05 Euro“ ersetzt.</p>
	<p>5. Dem § 20i Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:</p>
	<p>„Der Anspruch nach Satz 1 schließt die Bereitstellung des erforderlichen Impfausweisvordruckes ein.“</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artikel 3</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Artikel 3</b></p>
<p><b>Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>Dem § 31 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	
„Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.“	
<b>Artikel 4</b>	<b>Artikel 4</b>
<b>Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
In § 14 Absatz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I, S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Arbeitsschutzgesetzes“ die Wörter „und der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches“ eingefügt.	
<b>Artikel 5</b>	<b>Artikel 5</b>
<b>Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. August 2013 (BGBl. I S. 3464) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 16 Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „eingehen“ ein Komma und werden die Wörter „die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken“ eingefügt.	
2. In § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „in der Einrichtung unterstützt wird“ durch die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	<b>0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 17 folgende Angabe eingefügt:</b>
	<b>„§ 17a Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“.</b>
1. § 5 wird wie folgt gefasst:	1. un v e r ä n d e r t
„§ 5	
Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	
(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.	
(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.</p>	
<p>(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.</p>	
<p>(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.</p>	
<p>(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.</p>	
<p>(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“</p>	
	<p><b>1a. In § 10 wird die Angabe „ab 2011“ durch die Angabe „ab 2016“ ersetzt.</b></p>
	<p><b>1b. Nach § 17 wird folgender § 17a eingefügt:</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>„§ 17a</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs</b></p>
	<p><b>(1) Um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sicherzustellen, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungsverfahren) nach § 17 in Verbindung mit § 53a Satz 1 Nummer 2 entsprechend den Maßgaben des Absatzes 2 zu ändern. Er hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Bundesarbeitsgemein-</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>schaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die geänderten Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von neun Monaten ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] zur Genehmigung vorzulegen.</p>
	<p>(2) Mit dem Begutachtungsverfahren ist festzustellen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Bei der Abstufung der Pflegegrade sind Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte zu berücksichtigen. Das Begutachtungsverfahren muss die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu einem der folgenden fünf Pflegegrade ermöglichen:</p>
	<p>1. geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit,</p>
	<p>2. erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit,</p>
	<p>3. schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit,</p>
	<p>4. schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder</p>
	<p>5. schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.</p>
	<p>Im Begutachtungsverfahren sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständig-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	keit in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, um eine umfassende Beratung und Pflege- und Hilfeplanung zu ermöglichen.
	<p>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unverzüglich in einem Zeitplan Zielvorgaben für die Änderung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren fest. Der Zeitplan kann vom Bundesministerium für Gesundheit nur im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geändert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft insbesondere über den Bearbeitungsstand der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu erteilen.</p>
	<p>(4) Die Richtlinien nach Absatz 1 werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Das Bundesministerium für Gesundheit darf die Genehmigung erst nach Inkrafttreten eines Gesetzes, das einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführt, erteilen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. § 17 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Die Nichtbeanstandung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.</p>
	<p>(5) Wird eine Zielvorgabe des Zeitplanes nach Absatz 3 Satz 1 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Änderung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren gefährdet oder werden Beanstandungen des Bun-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	desministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien zum Begutachtungsverfahren selbst erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sich bei der Erarbeitung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sind im Bundesanzeiger und die tragenden Gründe im Internet bekanntzumachen. Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.
	<b>(6) Die Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlich.“</b>
2. § 18 wird wie folgt geändert:	2. un v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.“	
b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Feststellungen“ die Wörter „zur Prävention und“ eingefügt und wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt.	
3. In § 18a Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt und werden nach dem Wort „Maßnahme“ die Wörter „zur Prävention oder“ eingefügt.	3. un v e r ä n d e r t
4. In § 45 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „mindern“ die Wörter „und ihrer Entstehung vorzubeugen“ eingefügt.	4. un v e r ä n d e r t
	5. In § 45d Absatz 2 Satz 6 wird die Angabe „§ 20c“ durch die Angabe „§ 20h“ ersetzt.

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
5. Nach § 113a Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	6. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen.“	
<b>Artikel 7</b>	<b>Artikel 7</b>
<b>Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
Dem § 5 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“	
<b>Artikel 8</b>	<b>Artikel 8</b>
<b>Änderung des Infektionsschutzgesetzes</b>	<b>Änderung des Infektionsschutzgesetzes</b>
In § 34 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird <i>nach Absatz 10 folgender Absatz 10a</i> eingefügt:	<b>Das Infektionsschutzgesetz</b> vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch <b>Artikel 2 Absatz 36 und Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013</b> (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird <b>wie folgt geändert:</b>
	<b>1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 23 folgende Angabe zu § 23a eingefügt:</b>
	„§ 23a <b>Personenbezogene Daten von Beschäftigten</b> “.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
	„Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung soll ein Textfeld enthalten, in dem der impfende Arzt einen Terminvorschlag für die nächste Auffrischungsimpfung eintragen kann.“
	3. Nach § 23 wird folgender § 23a eingefügt:
	„§ 23a
	Personenbezogene Daten von Beschäftigten
	Wenn und soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können, erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten im Sinne des § 3 Absatz 11 des Bundesdatenschutzgesetzes über dessen Impfstatus und Serostatus erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.“
	4. § 28 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
	„(2) Wird festgestellt, dass eine Person in einer Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt, dessen verdächtig oder ansteckungsverdächtig ist, kann die zuständige Behörde Personen, die weder einen Impfschutz, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, noch eine Immunität gegen Masern durch ärztliche Bescheinigung nachweisen können, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung nicht mehr zu befürchten ist.“
	b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und die Angabe „Absatz 1“ wird durch die Wörter „den Absätzen 1 und 2“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5. Nach § 34 Absatz 10 wird folgender Absatz 10a eingefügt:
	„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“
	6. § 73 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Nummer 11 wird folgende Nummer 11a eingefügt:
	„11a. einer vollziehbaren Anordnung nach § 28 Absatz 2, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 32 Satz 1, zuwiderhandelt,“.
	bb) Nach Nummer 17 wird folgende Nummer 17a eingefügt:
	„17a. entgegen § 34 Absatz 10a Satz 1 einen Nachweis nicht oder nicht rechtzeitig erbringt,“.
	b) In Absatz 2 wird nach der Angabe „9b“ ein Komma und die Angabe „11a, 17a“ eingefügt.
	7. In § 74 werden die Wörter „§ 73 Abs. 1 Nr. 1 bis 7, 11 bis 20“ durch die Wörter „§ 73 Absatz 1 Nummer 1 bis 7, 11, 12 bis 17, 18 bis 20“ ersetzt.
	<b>Artikel 8a</b>
	<b>Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes</b>
	<b>In § 37 Absatz 2 Nummer 2 und Absatz 3 Nummer 3 sowie in § 39 Absatz 1 Nummer 3 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. April 1976 (BGBl. I</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	S. 965), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 7 des Gesetzes vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10) geändert worden ist, werden jeweils nach dem Wort „Maßnahmen“ die Wörter „einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung des Impfstatus“ eingefügt.
<p>„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Das Landesrecht bestimmt das Nähere, welchen Inhalt der Nachweis haben muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Werden nach Satz 1 und 2 auch Informationen zum Impfstatus erhoben, kann das Gesundheitsamt anordnen, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“</p>	(10) entfällt
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	u n v e r ä n d e r t
Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 1 wird wie folgt geändert:	
a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“	
b) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „Selbsthilfe, zur“ die Wörter „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ eingefügt.	
c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „2a“ durch die Angabe „2b“ ersetzt.	
2. Nach § 8 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:	
„(2c) Für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten der Dritte und der Zehnte Abschnitt des Dritten Kapitels des Fünften	

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass § 20 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit dort die Aufwendung von mindestens 2 Euro für jeden der Versicherten für Leistungen nach § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, § 20b Absatz 4 und § 65a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden sind.“	
<b>Artikel 10</b>	<b>Artikel 10</b>
<b>Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
§ 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe“ durch die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach den §§ 20b und 20c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leistungen zur Förderung der Selbsthilfe“, und die Wörter „§§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3“ durch die Wörter „§§ 20h und 20i Absatz 1 und 3“ ersetzt.	
2. In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „§ 20d Abs. 2“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 2“ ersetzt.	
	<b>Artikel 11</b>
	<b>Änderung der Bundesbeihilfeverordnung</b>
	<b>In § 41 Absatz 1 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 2 Absatz 28 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist, wird die Angabe „20d“ durch die Angabe „20i“ ersetzt.</b>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<b>Artikel 11</b>	<b>Artikel 12</b>
<b>Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
In § 4 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung vom 22. Mai 2014 (BGBl. I S. 586) wird die Angabe „20d“ durch die Angabe „20i“ ersetzt.	
<b>Artikel 12</b>	<b>Artikel 13</b>
<b>Inkrafttreten</b>	<b>Inkrafttreten</b>
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Die Artikel 2 und 7 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.	(2) Die Artikel 2 und 7 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

## **Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Helga Kühn-Mengel, Birgit Wöllert und Kordula Schulz-Asche**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Überweisung**

##### **Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/4282** in seiner 95. Sitzung am 20. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Sportausschuss, den Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ausschuss für Tourismus überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

##### **Zu Buchstabe b**

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/4322** in seiner 95. Sitzung am 20. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

##### **Zu Buchstabe c**

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/4327** in seiner 95. Sitzung am 20. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

#### **II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen**

##### **Zu Buchstabe a**

Eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention sind erforderlich, da die demografische Entwicklung von einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung geprägt ist und mit einem Wandel des Krankheitspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt einhergehen. Ziel des von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurfs ist es daher, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden.

Im Einzelnen sollen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch eine Neustrukturierung der Finanzierung von Präventionsleistungen der Krankenkassen und Pflegekassen gestärkt werden. Die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sollen deutlich erhöht werden. Dazu soll der Ausgabenrichtwert von 3,17 Euro im Jahr 2015 auf 7 Euro pro Jahr und Versicherten ab dem Jahr 2016 angehoben werden, so dass die Krankenkassen künftig jährlich rund 490 Millionen Euro in Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Des Weiteren sollen die Pflegekassen einen spezifischen Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten und ab 2016 rund 21 Millionen Euro jährlich für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung unter anderem in Pflegeheimen oder Einrichtungen der Tagespflege aufwenden.

Darüber hinaus sollen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung des Bundes, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner in einer Nationalen Präventionskonferenz

gemeinsame Ziele definieren und sich auf ein gemeinsames Vorgehen im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie verständigen. Die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sollen bei entsprechender finanzieller Beteiligung die Möglichkeit erhalten, als gleichwertige Mitglieder in der Nationalen Präventionskonferenz Verantwortung zu übernehmen. Auch die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und deren Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz sollen verbessert werden. Außerdem sollen die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen präventionsorientiert fortentwickelt und das Impfwesen gefördert werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung abgegeben. Darin hat er „im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen“ geltend gemacht (Drucksache 18/4282, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 930. Sitzung am 6. Februar 2015 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen (Bundesratsdrucksache 640/14 (Beschluss)). Ein Schwerpunkt der Stellungnahme betrifft die vorgesehene Neugestaltung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Der Bundesrat fordert insbesondere eine flexible, am Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz orientierte Anpassung der Ausgaben sowie die Verpflichtung der Krankenkassen, die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel für Präventionsleistungen in Lebenswelten im Folgejahr zusätzlich für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen auszugeben. Darüber hinaus spricht sich der Bundesrat für eine Modifizierung der Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus, die diese im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wahrnehmen soll. Danach soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und bei Aktivitäten zur Qualitäts- und Ergebnissicherung unterstützen, nicht aber direkte Interventionen in den Lebenswelten durchführen sowie einen Teil der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu leistenden Vergütung für bundesweite Kampagnen zur Prävention einsetzen. Zudem soll die Höhe der pauschalen Vergütung statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen mindestens 25 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen für Präventionsleistungen in Lebenswelten höchstens 20 Prozent betragen. Weitere Forderungen des Bundesrates betreffen die Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende als verantwortliche Träger in die nationale Präventionsstrategie, die Erweiterung des Leistungszeitraums für Hebammenleistungen, die Anhebung des Ausgabenrichtwerts für die im Gesetzentwurf erstmals vorgesehene Präventionsleistung der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen und ihre Ausweitung auf den ambulanten Bereich sowie die Verpflichtung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung, primärpräventive Leistungen anzubieten (Drucksache 18/4282, Anlage 3).

In ihrer Gegenäußerung vom 11. März 2015 weist die **Bundesregierung** die Forderungen des Bundesrates überwiegend zurück. Nach Ansicht der Bundesregierung lässt die vom Bundesrat geforderte flexible Anpassungsklausel für die Präventionsausgaben der Krankenkassen die Belastbarkeit der Beitragszahler außer Acht und entspreche nicht dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot, da weder für die Krankenkassen noch für die Beitragszahler hinreichend erkennbar sei, nach welchen Maßstäben sich die Ausgaben der Krankenkassen richten sollen. Ferner stelle die konkrete Art und Weise der Ausgabenanpassung eine wesentliche Entscheidung dar, so dass der Parlamentsvorbehalt zu berücksichtigen sei. Des Weiteren lehnt die Bundesregierung den Vorschlag des Bundesrates ab, auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Erbringung primärpräventiver Leistungen zu verpflichten. Die vorgeschlagene Regelung wäre mit der Systematik des Versicherungsvertragsgesetzes nicht vereinbar, da die Unternehmen der privaten Krankenversicherung keine Behandlungsleistungen anböten, sondern auf der Grundlage eines schuldrechtlichen Vertrages lediglich Aufwendungen im Einzelfall erstatteten. Darüber hinaus würde ein Zwang für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Erbringung primärpräventiver Leistungen einen Eingriff in die Berufsausübungs- und Vertragsfreiheit bedeuten und bedürfte daher einer vertieften verfassungsrechtlichen Prüfung. Ferner weist die Bundesregierung die Forderung des Bundesrates zurück, die Präventionsleistung der Pflegekassen auf den ambulanten Bereich auszuweiten. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beschränkung auf stationäre Pflegeeinrichtungen wird als sachgerecht erachtet, da Pflegebedürftige, die zu Hause lebten, und ihre Angehörigen bereits Präventionsangebote der Krankenkassen in Anspruch nehmen könnten. Die Bundesregierung lehnt zudem die vom Bundesrat angeregte Erhöhung der Ausgaben der Pflegekassen für die Präventionsleistung in stationären Pflegeeinrichtungen ab und verweist darauf, dass die damit verbundenen Mehrausgaben den Spielraum für die Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung beim Übergang auf den

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verringern würden. Zu weiteren Vorschlägen des Bundesrates enthält die Gegenäußerung Prüfzusagen der Bundesregierung (Drucksache 18/4282, Anlage 4).

Im Rahmen seines Auftrages zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** am 28. Januar 2015 eine Gutachtliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) abgegeben und festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben sei. Der Beirat hält die darin enthaltene Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung für ausführlich und plausibel. Eine Prüfbitte sei daher nicht erforderlich.

#### **Zu Buchstabe b**

Nach Auffassung der Fraktion DIE LINKE, müssten Gesundheitsförderung und Prävention darauf zielen, die Zahl der guten Lebensjahre für alle Menschen zu erhöhen. Dazu müssten bestehende sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes verringert werden. Entsprechend der Erklärung von Jakarta wird Gesundheitsförderung als Prozess gesehen, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung der Bedingungen zu verbessern. Die Menschen müssen an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten aktiv beteiligt werden. Gesundheitsförderung und Prävention sollen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt und ausgestaltet werden. Eine gesundheitsförderliche Politik müsste vorrangig die Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut beseitigen. Alle Gesetzesvorhaben sollten auf ihre Auswirkungen auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen geprüft werden. Die Maßnahmen sollen an einer integrierten und koordinierten Gesamtstrategie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit ausgerichtet werden. Zur Finanzierung heißt es, Bund und Länder müssen sich ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an einem Fonds zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention beteiligen. Aus dem Bundeshaushalt sollten in den nächsten vier Jahren jeweils 1 Milliarde Euro in den Fonds eingezahlt werden. Von den Gesamtmitteln des Fonds könnten 75 Prozent von der kommunalen Ebene abgerufen werden. Den Kommunen dürften keine zusätzlichen Kosten auferlegt werden. Die Fraktion will prüfen lassen, ob über eine zweckgebundene Abgabe diejenigen Industriezweige an der Finanzierung beteiligt werden sollen, die beträchtliche Gesundheitsrisiken hervorrufen.

#### **Zu Buchstabe c**

Die Antragsteller setzen bei der Ausrichtung der Gesundheitsförderungspolitik auf Chancengleichheit, Alltagsweltbezug, Partizipation, Langfristigkeit und die Einbeziehung aller wesentlichen Akteure. Es seien langfristige Maßnahmen nötig, die zur Verbesserung der Alltagswelten beitragen. In den Alltagswelten sollen mehr als bisher sozial Benachteiligte, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Beeinträchtigungen beteiligt werden. Auch Frauen und Männer müssen demnach entsprechend ihrer unterschiedlichen Lebensphasen angesprochen werden. Weiter soll darauf hingewirkt werden, dass Gesundheitsbelastungen wie Stress, Lärm und Unfallgefahren in den Alltagswelten gesenkt und gesundheitsfördernde Ressourcen wie soziale Netzwerke, Bildung und Ernährung gestärkt werden. Das Finanzvolumen soll für die gesetzliche Krankenversicherung über die von der Bundesregierung geplante Erhöhung hinaus bis 2020 von 7 auf 10 Euro pro Versicherten und Jahr anwachsen. Diese Erhöhung soll ausschließlich zu Gunsten der Gesundheitsförderung in den Alltagswelten erfolgen und in dauerhafte Strukturen fließen. Die Gesundheitsförderung soll zudem auf eine breite Finanzierungsbasis unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen sowie von Bund, Ländern und Kommunen gestellt werden. Weiter fordert die Fraktion, die betriebliche Gesundheitsförderung besonders in kleinen und mittleren Betrieben zu verbessern und somit die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung für ältere und weibliche Beschäftigte auszuweiten.

### **III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse**

#### **Zu Buchstabe a**

Der **Sportausschuss** hat in seiner 30. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE, beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen. Zudem legt er nach § 96 GO-BT einen eigenen Bericht zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 vor.

Der **Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 37. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 46. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 39. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Tourismusausschuss** hat in seiner 34. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

#### **Zu Buchstabe c**

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 46. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4327 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 39. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/4327 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 37. Sitzung am 17. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/4327 abzulehnen.

#### **IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss**

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 34. Sitzung am 18. März 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/4282, zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/4322 sowie zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/4327 vorbehaltlich der Überweisung aller drei Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 35. Sitzung am 25. März 2015 hat der Ausschuss die Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/4282, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/4322 sowie den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/4327 aufgenommen. Die Anhörung fand in der 39. Sitzung am 22. April 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., BKK Dachverband e. V., BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V., Bundesagentur für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens e. V. (BVÖGD), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPFG), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Public

Health e. V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV), Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V. (DIHK), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (DOSB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gem. e. V. (DNGfK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), Gesunde Städte-Netzwerk, GKV-Spitzenverband, IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST). Außerdem waren als Einzelsachverständige Hans-Ulrich Benra, Prof. Dr. Beate Blättner, Ulf Fink, Prof. Dr. Raimund Geene, Anne Janz, Ulrich Krüger und Dr. Erhard Siegel eingeladen.

Der Ausschuss hat in seiner 40. Sitzung am 6. Mai 2015 einen Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.1 (Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)) beraten und die Durchführung einer weiteren öffentlichen Anhörung beschlossen. Diese fand im Rahmen der 43. Sitzung am 20. Mai 2015 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und „wir pflegen“ – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V.

Auf die entsprechenden Wortprotokolle der öffentlichen Anhörungen und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282, den Antrag auf Drucksache 18/4322 sowie den Antrag auf Drucksache 18/4327 in seiner 46. Sitzung am 17. Juni 2015 fortgesetzt und zu allen genannten Vorlagen abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/4322 abzulehnen.

Des Weiteren empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 18/4327 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4282 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Die Gesundheitsziele, die die Krankenkassen bei der Erarbeitung ihrer Kriterien und Handlungsfelder zu Prävention und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen haben, werden um das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ ergänzt. Bei der Entscheidung der Krankenkasse über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention sind stets ärztliche Empfehlungen für derartige Leistungen zu berücksichtigen. Ferner wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) insbesondere auch mit der

Entwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt. Die Höhe der Vergütung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband für die Ausführung des Auftrags wird auf 45 Eurocent jährlich je in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beziffert. Zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe werden die Mittel für die Selbsthilfeförderung ab 2016 auf 1,05 Euro je Versicherten angehoben. Zur Gewährleistung eines möglichst niedrigschwelligen Zugangs zu Schutzimpfungsleistungen wird die Bereitstellung des Impfausweisvordruckes als Teil des Anspruchs auf Schutzimpfungsleistungen geregelt. Um Personen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen vor Masern zu schützen und Infektionsketten zu unterbrechen, können die zuständigen Behörden bei Auftreten von Masern Personen, die für die Krankheit empfänglich sind, den Zutritt zu diesen Einrichtungen untersagen. Soweit es zum Schutz von Patientinnen und Patienten vor Infektionen erforderlich ist, kann ein Arbeitgeber im medizinischen Bereich vom Beschäftigten Auskunft über das Bestehen eines Impfschutzes verlangen, um dies bei der Begründung eines Arbeitsverhältnisses zu berücksichtigen, beziehungsweise Personal so beschäftigen, dass vermeidbaren Infektionsrisiken vorgebeugt wird.

Darüber hinaus hat der Ausschuss für Gesundheit zwei Änderungsanträge zum Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung beschlossen. Danach wird die Vorlage des nächsten Pflegeberichtes der Bundesregierung auf das Jahr 2016 verschoben und es wird dem GKV-Spitzenverband im Vorgriff auf die Regelungen in einem noch einzubringenden Zweiten Pflegestärkungsgesetzes der gesetzliche Auftrag erteilt, mit der Erarbeitung von Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien zu beginnen, um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sicherzustellen.

In seiner 46. Sitzung am 17. Juni 2015 hat der Ausschuss eine Änderung zum Änderungsantrag Nr. 9 auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.2 beschlossen. Die Begründung wurde für die Dauer von Hebammenleistungen präzisiert, die in dem Vertrag nach §134a SGB V bisher bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt vorgesehen waren und für die nach der Regelung im Gesetzentwurf ein Zeitraum von zwölf Wochen festgelegt wird. Die Vorschrift erfasst nur die Leistungen im Rahmen der Wochenbettbetreuung, während Leistungen zur Rückbildungsgymnastik sowie Beratungen der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings, die nach den Regelungen weiterhin auch darüber hinaus erbracht werden können, von dieser Regelung nicht betroffen sind.

Über die einzelnen Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.1 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 wurde einstimmig angenommen.

Die Änderungsanträge Nr. 1 bis 8 und 10 bis 22 auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.2 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nr. 9 auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.2 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Außerdem lagen dem Ausschuss für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/4282 weitere Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.3 vor:

### **Änderungsantrag 1**

*Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:*

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

*‘Das umfasst die Befähigung der Versicherten, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern.’“*

*Begründung*

*Seit der Erklärung von Jakarta 1997 wird Gesundheitsförderung weltweit als Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch die Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern.*

*Die im Gesetzentwurf vorgesehene Fassung des § 1 Satz 2 SGB V „Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ verschiebt hingegen die Aufgabe eines Präventionsgesetzes von der lebenslagenbezogenen Gesundheitsförderung hin zur individuellen Verantwortung*

*für die Gesundheit. Der einzelne Mensch ist jedoch nur sehr bedingt in der Lage, gesundheitliche Risiken, die sich aus der Lebenslage ergeben, zu kompensieren. Deshalb soll das Präventionsgesetz sich auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen konzentrieren. Der einzelne Mensch soll befähigt werden; aber die Entscheidung, wie ein Mensch leben will, sollte ihm oder ihr überlassen bleiben.*

### **Änderungsantrag 2**

*In Artikel 1 Nummer 4 wird § 20 Absatz 1 wie folgt gefasst:*

*„(1) Die Krankenkasse sieht Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Gesundheitsförderung vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Dabei sind die Besonderheiten der Geschlechter, der Altersstufen und der Lebenslagen angemessen zu berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.“*

#### *Begründung*

*In der bisherigen Formulierung fehlt die Klarstellung, dass es sich bei geschlechtsbezogener Gesundheitsförderung nicht um biologische Gegebenheiten handelt, sondern um das sozial konstruierte Geschlecht und damit um Ungleichheiten in den Gesundheitschancen, die sozial bedingt sind.*

*Zwischen Männern und Frauen gibt es zweifellos Unterschiede in der Lebenserwartung, im Krankheitsspektrum, in der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, im Verlauf zahlreicher Erkrankungen, im Gesundheitsverhalten, in der Inanspruchnahme von Leistungen und vielem mehr, die auch zu Unterschieden der Gesundheitschancen führen. Bei Frauen und Männern dominiert aber gleichermaßen eindeutig die sozial bedingte Ungleichheit der Chancen auf ein langes und gesundes Leben. Beispielsweise leben Frauen im Durchschnitt etwa fünf Jahre länger als Männer. Welche genaue Rolle dabei biologische Faktoren, unterschiedliche Lebensverläufe, soziale Verhältnisse und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten spielen, ist bis heute nicht in Gänze geklärt. Das Ziel, geschlechtsbezogene Ungleichheit zu vermindern, kann wissenschaftlich kaum begründet werden. Sehr wohl begründet ist dagegen die Forderung, bei Prävention und Gesundheitsförderung die Besonderheiten von Frauen und Männern zu berücksichtigen.*

### **Änderungsantrag 3**

*In Artikel 1 Nummer 5 wird § 20a wie folgt neu gefasst:*

#### *„§ 20a*

#### *Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten*

*(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens (Stadtteil, Dorf, Kiez), des Lernens, des Studierens sowie der Freizeitgestaltung. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie die gesundheitliche Situation in der jeweiligen Lebenswelt einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten, unterstützen deren Umsetzung und sichern die Qualität der Leistungen. Die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen sind an allen Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.*

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

#### *Begründung*

*Die Festlegung der Priorität auf die Förderung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten ist ein wichtiger Schritt und erhöht die Schwelle gegen reine Verhaltensprävention im Setting.*

Die Legaldefinition in § 20a Absatz 1 in der Fassung des Gesetzentwurfs für Lebensweltinterventionen lässt immer noch zu viele Schlupflöcher offen, um unter der Überschrift „Lebensweltintervention“ wenig wirksame Interventionen reiner Verhaltensbeeinflussung in Lebenswelten zu legitimieren zu .Der Änderungsvorschlag stellt dies klar.

Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA mit der Entwicklung kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung entfällt wegen ordnungspolitischer Bedenken. Eine Zuweisung von Beitragsmitteln von 35 Millionen Euro im Jahr an eine untergeordnete Bundesbehörde ist verfassungsrechtlich zu beanstanden. Die Organisation kassenübergreifender Leistungen in Lebenswelten ist beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen anzusiedeln.

#### **Änderungsantrag 4**

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt neu gefasst:

„7. Der bisherige § 20 b wird § 20 c und nach Absatz 1 Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um 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 und deren Umsetzung zu unterstützen. Die Kassen fördern dabei insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Versicherten und die Verantwortlichen im Betrieb einschließlich des Arbeitsschutzes sind an den Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen.“

#### **Begründung**

Verantwortlich für die Arbeitssicherung und den Arbeitsschutz im Betrieb sind zuallererst die Unternehmen als Arbeitgeber. Den Krankenkassen kommt eine ergänzende – nicht ersetzende – Funktion zu. Die Beteiligung des Arbeitsschutzes an der betrieblichen Gesundheitsförderung ist grundsätzlich richtig. Diese sollte jedoch nicht auf die Betriebsärzte eingeschränkt sein.

Gegenüber dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wird in Artikel 1 Nummer 7 § 20 c Absatz 1 Satz 2 durch die Sätze 2 bis 4 ersetzt.

Die Änderungsanträge 1 bis 4 auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Darüber hinaus lag dem Ausschuss für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/4282 ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.4 vor:

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 wird § 20 Absatz 6 wie folgt geändert:

1. Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 3 Euro für Leistungen nach §§ 20a und mindestens 2 Euro für Leistungen nach §§ 20b auf.“

#### **Begründung:**

Wirksame Gesundheitsförderung setzt einen nachhaltigen Paradigmenwechsel voraus: Statt einer nur auf Krankheiten ausgerichteten Gesundheitspolitik müssen die Gesundheit der Menschen und ihre (Gesundheits-)Kompetenzen stärker in den Fokus rücken.

Um gesundheitliche Ungleichheit abzubauen, ist ein größerer Anteil der für Prävention vorgesehenen Mittel für eine echte, partizipativ gestaltete und auf nachhaltige Strukturveränderungen zielende Gesundheitsförderung in den Lebenswelten aufzuwenden. Unsere Umwelt ist unserer Gesundheit Schmiel. Notwendig sind langfristige Maßnahmen, die zur Verbesserung der Alltagswelten wie Kita, Schule, Unternehmen, Senioreneinrichtung oder Stadtteil beitragen, die gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern erarbeitet und realisiert werden. Die vorgeschlagenen Regelungen des § 20a gehen zumindest in diese Richtung.

*Mit diesem Änderungsantrag wird eine Mittelverschiebung zu Gunsten der Gesundheitsförderung in den Alltagswelten vorgenommen und ihr ein höherer Stellenwert eingeräumt. Durch eine höhere Finanzierung der Gesundheitsförderung in den Alltagswelten werden die z.T. Marketing-gesteuerten individuellen Angebote, die Krankenkassen unterstützen (z.B. Ernährungsberatung, Rückenschule), begrenzt. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass individuelle Verhaltensprävention mittel- und langfristig nicht erfolgreich ist und viele relevante Zielgruppen gar nicht erst erreicht.*

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)0107.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, der SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4282 lagen dem Ausschuss für Gesundheit mehrere Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss um eine Stellungnahme gemäß § 109 GO-BT gebeten hat.

1. Der Petent forderte, dass im Laufe der parlamentarischen Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) eine Regelung zur Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln im Strafvollzug getroffen werden solle. Dem Anliegen des Petenten wurde nicht entsprochen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

2. Die Petentin forderte, dass nur noch geimpfte Kinder in öffentlich finanzierte Betreuungseinrichtungen und Schulen aufgenommen werden. Die vorgeschriebenen Impfungen sollen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) nach § 20 Absatz 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen festgelegt werden. Dem Anliegen der Petentin wurde nicht entsprochen. Um eine höhere Beteiligung an den von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen bereits bei Kindern, die in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, zu erreichen, wird im Präventionsgesetz der Nachweis einer vorherigen ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz vorgesehen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

3. Der Petent forderte, von der Einführung einer Impfpflicht abzusehen. Der Petition wurde stattgegeben. Es wird die Überprüfung und Beratung in Bezug auf den Impfstatus als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene und der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche konkretisiert. Eine generelle Impfpflicht wird nicht eingeführt. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, die bisherigen Beratungen zu dem Gesetzentwurf seien sehr konstruktiv gewesen. Bemerkenswert und ausdrücklich motivierend seien an vielen Stellen die Beiträge der Opposition gewesen. Das Gesetz werde es jedem Bundesbürger erleichtern, von Präventionsmaßnahmen zu profitieren. Der Leitgedanke „Vorsorge ist besser als heilen“ werde stärker umgesetzt. Bei den Ausgaben sei eine erhebliche Steigerung vorgesehen, von der insbesondere die Lebenswelten profitieren würden. Man sehe eine Steigerung der Ausgaben vor und den Krankenkassen stehe es natürlich frei, die Ausgaben für die Lebenswelten noch darüber hinaus zu erhöhen. Es handle sich also nicht um Maximal-, sondern um Minimalbeträge. Es sei richtig, dass Personen, die die Präventionsangebote der Kassen nutzten, besonders gesundheitsbewusst seien. Daher wende man sich nun mit dem Lebenswelten-Ansatz insbesondere den Personengruppen zu, die Prävention besonders notwendig hätten, bisher aber keinen Zugang fänden. Dies sei der Charme des Lebenswelten-Ansatzes. Natürlich müsse regelmäßig überprüft werden, ob die Mittel ausreichten. Auch die Auflistung der Gesundheitsziele unter [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) sei nicht erschöpfend. Daher müsse das Thema auch in künftigen Wahlperioden aufgerufen und gegebenenfalls finanziell weiterentwickelt werden. Das Gesetz enthalte richtigerweise sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen, da man in beiden Bereichen intervenieren müsse. Man sei überzeugt davon, dass der nun insgesamt vierte Entwurf für ein Präventionsgesetz in dieser Legislaturperiode von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werde.

Man wolle deutlich machen, auch wenn dies nicht in einem Änderungsantrag geregelt worden sei, dass es für die Formulierung und Evaluation von Impfempfehlungen und Impfprogrammen wichtig sei, aktuelle belastbare Daten zum Immun- und Impfstatus der Bevölkerung zu haben. Einen hohen Stellenwert habe daher das Modellprojekt „KV-Impfsurveillance“ beim Robert Koch-Institut, in dem die Verwertbarkeit von anonymisierten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Schutzimpfungen erprobt werde. Seit Januar 2015 bis Ende

2017 laufe eine zweite Förderphase des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojektes. Die bisherigen Ergebnisse zeigten, dass durch die Aufbereitung und Analyse der Daten, die die Leistungen gegenüber aller gesetzlichen Krankenversicherten widerspiegeln, Impfquoten, die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Erkrankungszahlen repräsentativ für alle Bundesländer bis auf Kreisebene und für verschiedene Altersgruppen realistisch eingeschätzt werden könnten. Daher werde angestrebt, die KV-Impfsurveillance bei einem erfolgreichen Abschluss des Forschungsprojektes dauerhaft als Amtsaufgabe des Robert Koch-Institutes fortzuführen.

Die **Fraktion der SPD** führte aus, der Lebensweltenansatz sei ein zentraler Punkt des Gesetzes. Damit sei auch der Bereich der ambulanten Pflege einbezogen. Bei der Feststellung der Pflegestufe durch den MDK sowie im Pflegeprozess könne durch den Arzt eine Präventionsempfehlung abgegeben werden. Diese ergänze das Gesundheitsziel „gesund älter werden“ von gesundheitsziele.de. Wichtig sei die Implementierung von Qualität, Evaluation und wissenschaftlicher Begleitung der eingeleiteten Maßnahmen in Settings. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werde die Qualitätsentwicklung und die Qualitätssicherung unterstützen. Es würden auch andere Ministerien, wie z. B. das Bauministerium mit seinem Programm „Soziale Stadt“ einbezogen. Zu betonen sei die Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention auf strukturelle Verbesserungen, z.B. bei der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in den Kommunen. Es werde deutlich, dass Initiativen, die auf Nachhaltigkeit basierten, unter präventionspolitischen Gesichtspunkten besonders relevant seien. Die Stärkung der Kariesprophylaxe bei kleinen Kindern und die Maßnahmen zur Förderung des Impfens würden unterstützt. Hervorzuheben sei, dass die Nationale Präventionsstrategie auch den wichtigen Bereich der Prävention von Diabetes erfassen werde. Ein wichtiges Anliegen der Fraktion sei die deutliche Stärkung der Selbsthilfe gewesen. Positiv sei auch, dass die für die Präventionsmaßnahmen bereitgestellten Mittel erhöht würden und künftig übertragbar seien. Allerdings hätte man sich eine Steuerfinanzierung der neuen Aufgaben der BZgA gewünscht. Bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes sei die Zusammenarbeit der verschiedenen Ebenen – Bund, Länder, Kommunen, Quartier – entscheidend, was aber aufgrund des differenzierten Sozialversicherungssystems nicht einfach werde. Es gebe eine Verpflichtung zur freiwilligen Zusammenarbeit. Dieser müssten die Akteure nachkommen. Die Anträge der Oppositionsfraktion werde man ablehnen. Zum einen sei die Behauptung der Fraktion DIE LINKE., dass das Gesetz sich nur auf die individuelle Verhaltensprävention konzentriere, falsch. Zum anderen sei die vorgeschlagene Fondslösung zur Finanzierung der Maßnahmen verfassungsrechtlich nicht realisierbar. Zudem seien viele der von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aufgestellten Forderungen bereits im Präventionsgesetz enthalten. Der gesetzlichen Einbeziehung der PKV in die Finanzierung, an der auch die Fraktion der SPD interessiert gewesen sei, würden verfassungsrechtliche Bedenken entgegengehalten. Diese Frage müsse zu einem späteren Zeitpunkt einmal grundsätzlich geklärt werden.

Die **Fraktion DIE LINKE.** stellte fest, dass Prävention im Gesetzentwurf als Verhaltensprävention gesehen werde, nicht als Gesundheitsförderung im Sinne des Lebenswelt- oder Settingansatzes. Dieser bedeute, dass die Menschen ihre Lebenswelt selbst gesundheitsförderlich gestalten und nicht, dass von außen bestimmt werde, wie sie sich zu verhalten hätten. Der Gesetzentwurf verwende zwar die Begriffe, bleibe aber letztlich bei Verhaltensänderung stehen. Kampagnen oder Aufklärungsmaßnahmen griffen zu kurz, auch wenn diese in den Lebenswelten stattfänden. Man werde deshalb das Gesetz ablehnen, obwohl einzelnen Aspekten, wie der Einführung einer Impfberatung, zugestimmt werden könne. Die Erweiterung der Bonusregelungen ziele auf das Verhalten der Versicherten und werde abgelehnt. Hinzu komme, dass gerade die sozial benachteiligten Gruppen von einer solchen Regelung nicht profitierten. Prävention und Gesundheitsförderung werde ausschließlich von den Krankenkassen, d. h. von den Versicherten finanziert und nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Zu hinterfragen sei, ob die Krankenkassen überhaupt Zugang zu den Lebenswelten der Menschen hätten. Das Ziel müsse sein, gesundheitliche Ungleichheiten aufgrund sozialer Ungleichheiten zu beseitigen. Menschen in prekären Lebenslagen hätten eine kürzere Lebenserwartung. Diesem Umstand hätte in einem Präventionsgesetz unbedingt Rechnung getragen werden müssen. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN konzentriere sich ebenfalls auf die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen durch die Krankenkassen und letztlich auf Verhaltensprävention in den Settings. Deswegen werde man ihn ebenfalls ablehnen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, der Gesetzentwurf der Bundesregierung enthalte in der Prosa viele gute Maßnahmen, dennoch könne man nicht zustimmen, da es in der Umsetzung eine weitgehende

Übereinstimmung mit dem bereits von Schwarz-Gelb in der letzten Legislaturperiode vorgelegten Gesetzentwurf gebe. Dieser Gesetzentwurf sei damals von den Ländern abgelehnt worden. Da z. B. die Maßnahmen für die Lebenswelten unzureichend seien, sei zu befürchten, dass das Gesetz wirkungslos bleibe. Ein wesentlicher Grund dafür sei, dass man nicht begriffen habe, dass es im Gesundheitsbereich sozial bedingte Unterschiede in der Teilhabe gebe. Dies betreffe sowohl den Zugang als auch die Versorgung mit Gesundheitsförderung. Da die Koalition vor diesem Punkt die Augen verschließe, sei man skeptisch, ob tatsächliche Veränderungen erreicht werden könnten. Individuelle Verhaltensprävention sei nicht wirksam. Wichtig sei, dass auch über die Umwelt, die Lebensbedingungen und die Ursachen gesprochen werde. Positiv sei, dass die Mittel erheblich erhöht würden. Leider seien die zusätzlichen Mittel auf Bundesprogramme und gesundheitsbewusstes Verhalten von Einzelpersonen unabhängig von der Risikoausprägung konzentriert und es gebe wenig partizipatorische Möglichkeiten und kaum Vernetzungsansätze. Ein großes Problem sei die vorgesehene Finanzierung der Maßnahmen in den Lebenswelten. Nach Überzeugung der Fraktion sei dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich alle beteiligen sollten. Wenn man schon nicht über Bundesmittel, sondern über die Krankenkassen finanziere, sollten zumindest alle wesentlichen Akteure an der Finanzierung beteiligt werden. Dies betreffe insbesondere auch die Arbeitslosenversicherung, da es eine deutliche Wechselwirkung zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Erkrankung gebe. Auch die Unfallversicherung solle an der Finanzierung beteiligt werden. Die Tatsache, dass die private Krankenversicherung nicht an der Finanzierung der Maßnahmen beteiligt werden könne, zeige, wie unstrukturiert der Gesamtansatz sei. Wenn Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, sei unverständlich, warum die Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die Finanzierung übernehmen sollten. Die Andeutung, dass man in Zukunft zu diesem Punktgesprächsfähig sei, habe man gern zur Kenntnis genommen. Zudem werde die Hauptverantwortung für Prävention auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen. Gerade Ärzte seien aber in ihrer Ausbildung und Beruf fast ausschließlich in der Diagnose und Behandlung der Krankheiten Einzelner geschult und weniger mit den Krankheitsursachen vertraut. Die Maßnahmen bezögen sich nicht auf einzelne Menschen, sondern auf Branchen wie zum Beispiel die Sport- und Fitnessindustrie, die die angebotenen Mittel sicher gerne abschöpfen werde. Auf der anderen Seite stünden für sozial ausgegrenzte Menschen kaum Angebote zur Verfügung. Auch die Regelungen zu den Bonizahlungen richteten sich ausschließlich an Menschen, die dem Mittelstand angehörten. Aus Sicht der Grünen sei das Bonisystem ein diskriminierendes Belohnungs- und Bestrafungsinstrument. Begrüßt werde hingegen die Erhöhung der Mittel für die Selbsthilfe. Fraglich sei, ob die geplante Finanzierung der BZgA durch Mittel der GKV verfassungsgemäß sei. Die finanzielle Zuwendung an die BZgA durch Mittel der GKV werde abgelehnt. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben müsse aus dem Bundeshaushalt finanziert werden.

## **B. Besonderer Teil**

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4282 empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 18/4282 verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

### **Zu Artikel 1**

#### **Zu Nummer 4 (§ 20 SGB V)**

##### **Zu Absatz 2**

Die Ergänzung stellt sicher, dass bei der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch psychotherapeutischer und psychologischer Sachverstand einbezogen wird.

##### **Zu Absatz 3**

Die Regelung im Gesetzentwurf verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Gesundheitsziele zu berücksichtigen.

### Zu Nummer 8

Mit der Änderung soll die im Gesetzentwurf vorgesehene Liste der Gesundheitsziele um das zwischenzeitlich vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ beschlossene Ziel „Alkoholkonsum reduzieren“ ergänzt werden. Das neue Gesundheitsziel trägt dem Umstand Rechnung, dass übermäßiger Alkoholkonsum neben Tabakkonsum, mangelnder Bewegung und unausgewogener Ernährung zu den zentralen Risikofaktoren für die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten gehört und greift mit diesem an Risikofaktoren orientierten Ansatz ein wichtiges Anliegen der am 19. September 2011 verabschiedeten politischen Erklärung anlässlich des Gipfeltreffens der Vereinten Nationen zu nichtübertragbaren Krankheiten auf.

Darüber hinaus hat der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ zwischenzeitlich die Gesundheitsziele „Brustkrebs: Mortalität verhindern, Lebensqualität erhöhen“ (Nummer 2) und „Tabakkonsum reduzieren“ (Nummer 3) überarbeitet und hierfür aktualisierte Ziele und Teilziele festgelegt. Der im Gesetzentwurf enthaltene Verweis auf die Bekanntmachung im Bundesanzeiger vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) ist demzufolge nicht mehr zutreffend, soweit es die Gesundheitsziele „Brustkrebs: Mortalität verhindern, Lebensqualität erhöhen“ und „Tabakkonsum reduzieren“ betrifft. Die Änderung dient somit der Richtigstellung.

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Adressat der Vorschrift muss eindeutig erkennbar sein, welche Ziele und Teilziele bei der Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 2 zu berücksichtigen hat. Die Änderung enthält daher einen Verweis auf die Bekanntmachung der Ziele und Teilziele des neuen Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ und der aktualisierten Ziele und Teilziele der Gesundheitsziele „Brustkrebs: Mortalität verhindern, Lebensqualität erhöhen“ und „Tabakkonsum reduzieren“.

### Zu Absatz 5

Die Regelung im Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention eine im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 oder eine im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene ärztliche Empfehlung berücksichtigen. Ziel der Regelung ist es, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu verbessern, mit passgenauen, auf den individuellen Präventionsbedarf des Versicherten abgestimmten Angeboten zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns des Versicherten beizutragen.

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass zukünftig jede schriftliche Präventionsempfehlung, die anlässlich einer ärztlichen Untersuchung abgegeben wird, von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen ist. Hiervon umfasst sind insbesondere auch Präventionsempfehlungen, die von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Ärztinnen und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) tätigen Ärztinnen und Ärzten abgegeben werden. Empfehlungen zur Prävention sind zudem bereits heute Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM), so dass allein die Schriftlichkeit der Präventionsempfehlung keine Anpassung des EBM erfordert. Die Schriftlichkeit der Präventionsempfehlung unterstützt das etablierte Arzt-Patienten-Gespräch.

Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Begleitregelung zur vorgesehenen Pflicht der Krankenkasse, bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention eine ärztliche Präventionsempfehlung zu berücksichtigen. Die Krankenkasse darf personenbezogene Daten nur in dem Umfang erheben, verarbeiten und nutzen, wie dies für die Leistungsentscheidung im konkreten Fall erforderlich ist. Die insoweit erforderlichen personenbezogenen Daten dürfen zudem nur dann von der Krankenkasse erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn der Versicherte auf der Grundlage einer umfassenden Information durch die Krankenkasse hierin einwilligt. Die Einwilligung und die vorherige Information haben schriftlich zu erfolgen. Die Information muss den Versicherten umfassend über Inhalt und Ziele der Leistung und die damit verbundene erforderliche Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten aufklären. Außerdem ist der Versicherte darüber zu informieren, dass er seine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs sind die auf der Grundlage der Einwilligung bei der Krankenkasse gespeicherten personenbezogenen Daten nach § 84 Absatz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich zu löschen.

Grundsätzlich hat die Krankenkasse des Versicherten die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen selbst wahrzunehmen. Sofern jedoch die Aufgabenwahrnehmung durch eine andere Stelle wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden, kann die Krankenkasse diese Aufgabe auch an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Eine Übertragung an private Dritte ist damit ausgeschlossen.

Der Gesetzentwurf enthält in Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b für die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b sowie in Artikel 7 für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Absatz 1 SGB XI anreizsetzende Regelungen, um die fristgerechte Verausgabung der Mittel zu fördern. Mit der Änderung soll auch für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a sichergestellt werden, dass die Krankenkassen den in Absatz 6 Satz 2 vorgesehenen Mindestbetrag für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a tatsächlich ausgeben.

### **Zu Artikel 1 Nummer 5**

#### Zu Absatz 1

Die Ergänzung normiert die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen in nicht-betrieblichen Lebenswelten. Vor dem Hintergrund, dass die sich in den Lebenswelten aufhaltenden Menschen in der Regel bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind, sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten, um durch eine Bündelung der von den Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 zu verausgabenden Mittel die Effizienz und die Effektivität der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten zu steigern. Zu diesen Lebenswelten zählen auch Kommunen, insbesondere durch soziale Missstände benachteiligte Ortsteile im Sinne des § 171e Absatz 2 Satz 1 und 2 Baugesetzbuch, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Werkstätten für behinderte Menschen.

#### Zu Absatz 3

Durch die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Entwicklung „der Art und der Qualität“ krankenkassenübergreifender Leistungen soll dazu beigetragen werden, dass die von den Krankenkassen erbrachten Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auch Wirkung entfalten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung und verfügt über eine besondere Expertise im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung.

#### Zu Absatz 4

Durch die Änderung der Frist auf den 30. November 2015 soll den Akteuren mehr zeitlicher Spielraum gegeben werden.

### **Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 20b SGB V)**

#### Zu Buchstabe a

Die Änderung verdeutlicht, dass mit Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung auch in Betrieben insbesondere gesundheitsförderliche Strukturen anzustreben sind. Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten der beschäftigten Versicherten jeweils unter ihrer Beteiligung und der Verantwortlichen für die Betrieb, zu denen ausdrücklich auch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zählen. Mit diesen Leistungen sollen insbesondere mehr kleine und mittelständische Unternehmen erreicht werden.

#### Zu Buchstabe b

Die Ergänzung normiert die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zusammenarbeit auch mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden sind wichtige Akteure in der betrieblichen Prävention und verfügen über konkrete Informationen über die regionalen betrieblichen

Gegebenheiten und über die Handlungserfordernisse. Es ist daher sachgerecht, sie in die bereits nach geltendem Recht vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger einzubeziehen.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 20c SGB V)**

Zu Buchstabe a

Absatz 1 Satz 2 entspricht der Regelung im Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung normiert die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zusammenarbeit auch mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden sind wichtige Akteure in der betrieblichen Prävention und verfügen über konkrete Informationen über die regionalen betrieblichen Gegebenheiten und über die Handlungserfordernisse. Es ist daher sachgerecht, sie in die bereits nach geltendem Recht vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger einzubeziehen.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20d SGB V)**

Zu Absatz 2

Die Änderung verdeutlicht, dass es sich um gemeinsame Rahmenempfehlungen handelt, die Wirkung für alle beteiligten Träger entfalten.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 3 Satz 4 genannten Institutionen, die an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen sind, werden um die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden erweitert. In den bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen sollen auch die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt werden. Es ist daher sachgerecht, neben der Beteiligung der Unfallversicherungsträger auch eine Beteiligung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden vorzusehen.

Zu Absatz 4

Die Änderung dient der Verdeutlichung, dass im Rahmen des Präventionsberichts auch eine Evaluierung des § 20 Absatz 6 erfolgen soll, der für die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung ab dem Jahr 2016 einen Ausgabenrichtwert in Höhe von sieben Euro je Versicherten und Jahr festlegt und zugleich Mindestwerte in Höhe von jeweils zwei Euro je Versicherten und Jahr für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a und für die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b bestimmt. Die Evaluierung des § 20 Absatz 6 soll neben der Dokumentation des Ausgabeverhaltens der Krankenkassen auch Aussagen zu möglichen Schlussfolgerungen umfassen, wie etwa Empfehlungen zur Anpassung der Höhe des vorgesehenen Ausgabenrichtwerts und der Mindestwerte oder der in § 20 Absatz 6 Satz 3 festgelegten Dynamisierungssystematik.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20e SGB V)**

Zu Absatz 1 Satz 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Richtigstellung.

Bei den in Satz 4 genannten Leistungen zur Prävention in Lebenswelten handelt es sich um die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 Absatz 4 Nummer 2.

Zu Absatz 1 Satz 7

Die Änderung stellt sicher, dass das Präventionsforum einen Vertreter mit beratender Stimme in die Nationale Präventionskonferenz entsendet. Der Beratungsauftrag des Präventionsforums wird dadurch ergänzt.

Zu Absatz 1 Satz 10

Die Änderung dient der Klarstellung, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nicht die Rechtsgeschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt. Aufgabe der Geschäftsstelle soll es vielmehr sein, die Nationale Präventionskonferenz bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Erstellung des Präventionsberichts administrativ zu unterstützen. Das Nähere zur Arbeitsweise der Geschäftsstelle und zu ihrem Verhältnis zur Nationalen Präventionskonferenz soll in deren Geschäftsordnung nach Satz 8 festgelegt werden.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20f SGB V)**

Zu Absatz 1

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass es sich bei den Landesrahmenvereinbarungen um gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den in den Ländern zuständigen Stellen zu treffende Festlegungen handelt.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 Satz 2 genannten Institutionen, die an der Vorbereitung den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen sind, werden um die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden erweitert. Die Landesrahmenvereinbarungen haben nach Absatz 2 Satz 1 neben den bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen auch die regionalen Erfordernisse zu berücksichtigen. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden verfügen über konkrete Informationen über die regionalen betrieblichen Gegebenheiten und über die Handlungserfordernisse in der betrieblichen Prävention. Es ist daher sachgerecht, auch die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden im Prozess der Erarbeitung der Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Richtigstellung.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20g SGB V)**

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Richtigstellung.

Bei den in Absatz 1 Satz 2 genannten Leistungen zur Prävention in Lebenswelten handelt es sich um die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 Absatz 4 Nummer 2.

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die für die Modellvorhaben für Präventionsmaßnahmen im Bereich der betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten eingesetzten Mittel auf die jeweiligen Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen sind.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 24d SGB V)**

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht grundsätzlich der Regelung im Gesetzentwurf. Sie bezieht sich auf die zeitliche Dauer von Hebammenleistungen, die in dem Vertrag nach § 134a bisher bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt vorgesehen waren und für die nach der Regelung im Gesetzentwurf ein Zeitraum von zwölf Wochen festgelegt wird. Die Vorschrift erfasst nur die Leistungen im Rahmen der Wochenbettbetreuung, während Leistungen zur Rückbildungsgymnastik sowie Beratungen der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings, die nach den vertraglichen Regelungen weiterhin bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt erbracht werden können, von dieser Regelung nicht betroffen sind. Dies wird gegenüber dem Gesetzentwurf durch die Ergänzung der Wörter „im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung“ klargestellt.

#### Zu Buchstabe b

Versicherte haben nach dem geltenden § 24d Satz 1 während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge. Durch die vorliegende Ergänzung wird vorgesehen, dass die zur Betreuung gehörende ärztliche Beratung der Versicherten im Bedarfsfall auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind umfasst.

Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Regelung zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung konkretisieren (Mutterschafts-Richtlinien), sollen durch die ärztliche Betreuung mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Darin wird ausdrücklich bestimmt, dass im Rahmen dieser ärztlichen Beratung Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind erfolgen sollen, wenn untersuchende Ärzte Hinweise auf psychosozial bedingte gesundheitliche Risiken für Mutter oder Kind gewinnen, z. B. im Rahmen der in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen frühzeitigen Erhebung der Eigen-, der Familien-, der Sozial- und der Arbeitsanamnese. Eine eingehende Beratung zu regionalen Hilfsangeboten gehört nicht zum ärztlichen Behandlungsauftrag. Es wird daher davon ausgegangen, dass schon bisher Ärzte im Bedarfsfall auf unterstützende Angebote hingewiesen haben. Durch die ausdrückliche gesetzliche Regelung soll dieser Aspekt der Beratung hervorgehoben werden.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 25 SGB V)**

##### Zu Buchstabe a

Die Regelung im Gesetzentwurf sieht vor, dass die im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung abgegebene ärztliche Präventionsempfehlung auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen kann wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

Die Änderung erweitert die beispielhafte Aufzählung anderer Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention, die Gegenstand der ärztlichen Präventionsempfehlung sein können, um sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios wie insbesondere Kurse zur Verbesserung der Ausdauer sowie der Dehn- und Koordinationsfähigkeit. Sofern diese Angebote nach § 20 Absatz 5 zertifiziert sind, können diese von den Krankenkassen unterstützt werden.

##### Zu Buchstabe c

##### Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Einfügung eines weiteren Artikels.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 26 SGB V)**

In Satz 2 wird der Regelungsinhalt des § 25 Absatz 4 Satz 2, der bisher kraft Verweises auch für die Untersuchungen nach § 26 Absatz 1 galt, nunmehr explizit ausformuliert. Darüber hinaus wird in Satz 3 der Regelungsinhalt des § 25 Absatz 4 Satz 3, abgestimmt auf die Untersuchungen nach § 26 Absatz 1, in modifizierter Form übernommen und bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch die Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen festzulegen hat. Dies war für die Untersuchungen nach Absatz 1 bisher nicht ausdrücklich geregelt, aber gleichwohl vom G-BA bereits umgesetzt (vgl. z. B. die Festlegung von neun U-Untersuchungen mit den in den „Kinder-Richtlinien“ festgelegten Altersspannen). Insgesamt sollen die gesetzlichen Vorgaben zu den Richtlinien des G-BA damit transparent in § 26 Absatz 2 gebündelt werden.

Satz 4 gibt entsprechend der Regelung des § 25 Absatz 4 Satz 4 vor, dass der G-BA in seinen Richtlinien nach § 92 für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter erstmals innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln hat.

Die Neuregelung in Satz 5 für den Bereich der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen verdeutlicht, dass insbesondere bei Kleinkindern ein besonderer Präventionsbedarf gesehen wird. Die insgesamt bei Kindern und Jugendlichen erzielten erheblichen Präventionserfolge in der Kariesreduktion spiegeln sich in den Karieswerten der Kleinkinder, die auf recht hohem Niveau stagnieren, nicht wider. Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs von frühkindlicher Karies mit der Karieslast im späteren Alter, insbesondere auch im Erwachsenenalter, ist es sinnvoll, bereits im Kleinkindalter wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um der Karies zu begegnen. Deshalb wird der G-BA in § 26 Absatz 2 Satz 5 verpflichtet, das Nähere über die Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln. Damit sollen über die bisherige Früherkennungsrichtlinie hinaus, die die erste zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung im dritten Lebensjahr vorsieht, schon früher im Kleinkindalter Untersuchungen eingeführt werden, die dazu beitragen, das Ziel der Reduktion frühkindlicher Karies zu erreichen. Dem G-BA obliegt es, auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse Art und Umfang der Leistungen sowie die Altersgrenzen und die Häufigkeit festzulegen. Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, wie eine stärkere Vernetzung von Kinder- und Zahnärzten erreicht werden kann.

### **Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 65a SGB V)**

Zu Absatz 1

Der Anwendungsbereich der Regelung wird erweitert.

Nummer 1 enthält eine redaktionelle Richtigstellung der Leistungen nach den §§ 25 und 26 als Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 13.

Mit der Regelung in Nummer 2 soll sichergestellt werden, dass auch die Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen entsprechend der geltenden Rechtslage in die Bonusprogramme der Krankenkassen einbezogen werden kann. Damit sollen die Anreize für die Versicherten verstärkt werden, Schutzimpfungen wahrzunehmen.

Nummer 3 erweitert den Anwendungsbereich der Regelung über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 auf vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens. Damit soll sichergestellt werden, dass die Krankenkassen ihren Versicherten auch zukünftig Boni für die Teilnahme an praxisbewährten gesundheitsförderlichen Angeboten wie etwa die Erreichung des Deutschen Sportabzeichens oder qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten in Sport- oder Fitnessstudios leisten können, auch wenn es sich dabei nicht um zertifizierungsfähige Leistungen nach § 20 Absatz 5 handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht der Regelung im Gesetzentwurf.

### **Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu – (§ 91 SGB V)**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Änderung wird die Frist zur Vorlage von sechs auf zwölf Monate verlängert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es wegen der in Satz 3 geregelten „Karenzzeit“ von einem Jahr zunehmend schwierig wird, geeignete Personen für die Funktionen der Unparteiischen und deren Stellvertreter zu gewinnen. Mit der Vorverlegung der Meldefrist auf ein Jahr vor Amtsantritt wird für in aktiven Dienstverhältnissen nach Satz 3 stehende Personen die Möglichkeit geschaffen, diese Funktionen nach erfolgter Wahl aufzugeben und so bis zum Beginn der Amtszeit die Karenzzeit von einem Jahr zu erfüllen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Unbeschadet der bei den Vorsitzenden der jeweiligen Unterausschüsse liegenden Steuerungsverantwortung bedarf es mit Blick auf die in Absatz 11 (in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes) dokumentierte

zentrale Bedeutung der Einhaltung der dem Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber auferlegten Fristen einer zentralen, alle Aufgabenbereiche des Gemeinsamen Bundesausschusses übergreifenden Steuerungsverantwortung in zeitlicher Hinsicht, damit im Bedarfsfalle unterausschussübergreifende Verfahren mit Blick auf gegebene gesetzliche Fristen priorisiert oder zurückgestellt werden können. Ein solches Frist-Controlling soll mit dieser Regelung beim Vorsitzenden verankert werden, weil in seiner Person auch die Verantwortlichkeit für die Einhaltung der Fristen gegenüber dem Gesetzgeber statuiert wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Angesichts der Vielzahl der dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragenen bisherigen und neuen Aufgaben mit ambitionierten Fristsetzungen kollidiert diese Regelung mit dem Ziel einer effektiven und kontinuierlichen Aufgabenwahrnehmung. Durch die Änderung wird zur Vermeidung von Friktionsverlusten die Möglichkeit einer personellen Kontinuität geschaffen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung werden die Gestaltungsmöglichkeiten der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere in ihrer Funktion als Prozessverantwortliche für die in den jeweiligen Unterausschüssen zu beratenden Themen gestärkt. Vor dem Hintergrund einer Reihe bereits bestehender und mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie mit diesem Gesetzentwurf hinzukommender, fristgebundener Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses werden ihre Möglichkeiten erweitert, eigene Beschlussvorschläge zu entwickeln, diese dem Unterausschuss zur Beratung und auch dem Plenum zur Entscheidung vorzulegen. Während dies nach § 91 Absatz 7 Satz 4 bisher nur für den Fall vorgesehen war, dass die unparteiischen Mitglieder einen bereits vorliegenden Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht halten, kann ein eigener Beschlussvorschlag zukünftig z. B. auch dann vorgelegt werden, wenn eine Vorlage der vorbereitenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher nicht zustande gekommen ist. Hierzu erhalten die unparteiischen Mitglieder die Berechtigung, die Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Vorbereitung des Beschlussvorschlags zu beauftragen. Diese Regelung knüpft an die bereits nach der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehenden Möglichkeiten der Unparteiischen an, den entsprechenden Abteilungen der Geschäftsstelle über die Geschäftsführung Aufträge zur Klärung von rechtlichen oder methodischen Einzelfragen sowie zur Recherche von Beratungsunterlagen zu erteilen, welche aktuelle Relevanz für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 132e SGB V)**

Mit Blick auf die vom Deutschen Bundestag am 11. Juni 2015 im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossene Änderung des § 132e Absatz 1 soll sichergestellt werden, dass die im GKV-VSG vorgesehene Fortgeltung von Impfvereinbarungen, die mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten getroffen werden, auch auf die mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ getroffenen Impfvereinbarungen Anwendung findet.

#### **Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 132f SGB V)**

Die Regelung im Gesetzentwurf ermächtigt die Krankenkassen, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 zu schließen. Mit der Änderung sollen Verträge zwischen Krankenkassen und Betriebsärztinnen und Betriebsärzten auch über Maßnahmen ermöglicht werden, die der Umsetzung der Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsuntersuchungen dienen, etwa in Gestalt von betrieblichen Präventionsprogrammen oder physiotherapeutischen Leistungen.

#### **Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 20a SGB V)**

Mit der Änderung soll die im Gesetzentwurf vorgesehene Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von mindestens einem Viertel aus dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, also mindestens 0,50 Euro, auf mindestens 0,45 Euro gesenkt werden.

**Zu Artikel 2 Nummer 4 – neu – (§ 20h SGB V)**

Zur Stärkung der Selbsthilfe sollen die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen im Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro betragen. Dieser Betrag ist entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße jährlich anzupassen.

**Zu Artikel 2 Nummer 5 – neu (§ 20i SGB V – neu)**

Die Bereitstellung des Impfausweisvordruckes wird als Teil des Anspruchs auf Schutzimpfungsleistungen geregelt. Die impfenden Ärztinnen und Ärzte bekommen Impfausweisvordrucke nicht mehr kostenlos durch pharmazeutische Unternehmen zur Verfügung gestellt. Sie stellen die von ihnen beschafften Vordrucke derzeit in Ermangelung einer leistungsrechtlichen Regelung den Patientinnen und Patienten in Rechnung. Die Änderung in § 20i Absatz 1 beseitigt die damit für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten verbundenen Erschwernisse, um weiterhin einen für beide Seiten möglichst niedrigschwelligen Zugang zu Schutzimpfungsleistungen zu gewährleisten. Soweit es bei einer Beschaffung der Ausweise durch die impfenden Ärztinnen und Ärzte bleibt, ist die Bezahlung der an die Patientinnen und Patienten ausgehändigten Vordrucke künftig in den Verträgen nach § 132e Absatz 1 zu berücksichtigen. Auch andere Wege der Bereitstellung, etwa auch durch elektronische Medien, sind möglich.

Die Vordrucke müssen den gesetzlichen Vorgaben in § 22 des Infektionsschutzgesetzes und ggf. der Anlage 6 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) entsprechen. Jährlich werden schätzungsweise 1 bis 1,5 Millionen neue Impfausweise für Neugeborene, Migrantinnen und Migranten und als Ersatz für verlorene Ausweise ausgegeben. Ausweisvordrucke in dem üblichen Format werden derzeit für rund 50 Cent pro Vordruck zuzüglich Mehrwertsteuer und Versandkosten an Arztpraxen abgegeben. Für die gesetzliche Krankenversicherung sind Mehrkosten von voraussichtlich rund 1 Million Euro zu erwarten.

**Zu Artikel 6 Nummer 0 (§ 17a SGB XI)**

Redaktionelle Ergänzung.

**Zu Artikel 6 Nummer 1a (§ 10 SGB XI)**

Aufgrund der Vorschrift des § 10 wurden bisher fünf Pflegeberichte vorgelegt. Der nächste Pflegebericht wäre bis spätestens Ende des Jahres 2015 vorzulegen. Durch die Änderung wird der Termin zur Vorlage des sechsten Berichts um ein Jahr auf das Jahr 2016 verschoben.

Mit dieser Verschiebung soll erreicht werden, dass auch die Auswirkungen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, im ersten Jahr seiner Wirksamkeit angemessen erfasst und noch in den sechsten Bericht einfließen können und der Bericht somit eine aktuelle Bestandsaufnahme der Pflegeversicherung unmittelbar vor Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz geben kann.

Der Vierjahresrhythmus für die Berichterstattung wird grundsätzlich beibehalten. Der siebte Bericht wird sodann im Jahre 2020 erscheinen.

**Zu Artikel 6 Nummer 1b (§ 17a SGB XI)**

Der 2012 eingesetzte Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat in seinem Abschlussbericht vom 27. Juni 2013 darauf hingewiesen, dass schon vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem regelhaften Einsatz eines neuen Begutachtungsverfahrens intensive Umsetzungsarbeiten erforderlich sind. Wesentliche Grundlage dieser Umsetzungsarbeiten ist dabei die Änderung der Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien). Sie sind der Bezugsrahmen für eine Vielzahl weiterer Schritte. Es war gemeinsame Auffassung aller Mitglieder des Expertenbeirats, dass die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für alle Beteiligten ein komplexes Vorhaben darstelle und daher eine ausreichende verfahrensmäßige Vorbereitung notwendig mache. In der Gesamtschau ging der Expertenbeirat von einem Zeitbedarf von mindestens achtzehn Monaten (nach Inkrafttreten eines ent-

sprechenden Gesetzes) aus; in einer durch den Expertenbeirat zusammengestellten „Roadmap“ wurde der zeitliche Aufwand für die „Erarbeitung und Fertigstellung der Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband auf neun Monate veranschlagt.

Um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sicherzustellen, wird daher mit der vorliegenden Regelung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) der gesetzliche Auftrag erteilt, die Änderung der Begutachtungs-Richtlinien rechtzeitig zu beginnen („Erarbeitung“).

Damit wird auch einer an die Bundesregierung gerichteten Aufforderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes (Drucksache 18/2379, Nummer 21) entsprochen, „darauf hinzuwirken, dass insbesondere der GKV-Spitzenverband bereits im Vorgriff auf ein Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit vorbereitenden Maßnahmen zu dessen Umsetzung beginnt. Im Vordergrund sollte hier die Entwicklung von Begutachtungs-Richtlinien zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) stehen.

Inhaltliche Richtschnur des Auftrages sind dabei die vorliegenden Berichte und Empfehlungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009) und des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013). Hinzu kommen die Ergebnisse und Empfehlungen aus den vom GKV-Spitzenverband als Projektgeber gemäß § 8 Absatz 3 durchgeführten Erprobungsprojekten zum neuen Begutachtungsverfahren, die Anfang 2015 abgeschlossen wurden.

Die vorgezogene Beauftragung zur Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien ist erforderlich, um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten. Eine abschließende gesetzliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und leistungsrechtliche Entscheidungen sind weder für die hier konkret erteilte Aufgabenstellung in dieser Phase erforderlich noch werden sie hierdurch präjudiziert, sie werden durch den Gesetzgeber in einem eigenen Gesetz (Zweites Pflegestärkungsgesetz) erfolgen, dessen Inkrafttreten Anfang 2016 vorgesehen ist. Erst dann wird auch im zeitlichen Ablauf der Abschluss der Arbeiten an den Begutachtungs-Richtlinien („Fertigstellung“) und deren gesetzlich vorgesehene Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgen können. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz soll einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff festlegen, die entsprechenden Konkretisierungen des Begutachtungsverfahrens abschließend bestimmen, leistungsrechtliche Festlegungen treffen und die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren verankern.

Durch die vorliegende Vorschrift werden die rechtlichen Grundlagen für vorbereitende Maßnahmen zur Erarbeitung der Änderungen in den Begutachtungs-Richtlinien geschaffen. Zu den Regelungen im Einzelnen ist Folgendes auszuführen:

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält die Aufgabenzuweisung an den GKV-Spitzenverband zu einer termingebundenen Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 in Verbindung mit § 53a Satz 1 Nummer 2, um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sicherzustellen. Die Beteiligung ist entsprechend der bestehenden Vorschriften in § 17 Absatz 1 und § 118 geregelt. Die Erarbeitung der Änderung der Begutachtungs-Richtlinien ist so vorzunehmen, dass diese dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von neun Monaten ab dem Tag des Inkrafttretens dieser Vorschrift zur Genehmigung vorgelegt werden können. Dieser Zeitrahmen entspricht den Überlegungen des Expertenbeirats.

#### Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden inhaltliche Vorgaben für die Begutachtungs-Richtlinien beschrieben. Sie entsprechen dem Stand der fachlichen Vorarbeiten für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren, wie sie in den Berichten und Empfehlungen des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Berichte vom 26. Januar 2009 und vom 20. Mai 2009) und des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Bericht vom 27. Juni 2013) zusammengefasst wurden. An das im Bericht des Expertenbeirats beschriebene Verständnis von Pflegebedürftigkeit (S. 11) sowie den demnach im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu erfassenden Bereichen (S. 22) ist anzuknüpfen.

Auf dieser Grundlage soll im Rahmen des Begutachtungsverfahrens und damit durch die Begutachtungs-Richtlinien insbesondere

- auf die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen abgezielt werden;
- bei der begrifflichen Fassung der Pflegebedürftigkeit und der Erstellung eines Begutachtungsverfahrens ein modularer Aufbau angewendet und der Grad der Selbständigkeit in den pflegerelevanten Bereichen des täglichen Lebens ermittelt werden;
- eine Einstufung in fünf Pflegegrade anstelle der bisherigen drei Pflegestufen ermöglicht werden.

Im Nachgang zur Vorlage des Berichts des Expertenbeirats wurden durch den GKV-Spitzenverband wissenschaftlich begleitete Erprobungen des empfohlenen neuen Begutachtungsverfahrens durchgeführt, die Anfang 2015 abgeschlossen wurden. Ergebnisse und darauf beruhende Empfehlungen aus diesen Erprobungsprojekten sind vom GKV-Spitzenverband bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien ebenfalls zu beachten.

#### Zu Absatz 3

Der Prozess der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens erfordert auf Grund seiner Komplexität ein enges Zusammenwirken der Beteiligten in allen Phasen. Dementsprechend enthält Absatz 3 strukturierende Regelungen, um den GKV-Spitzenverband darin zu unterstützen, die in den Absätzen 1 und 2 zeitlich und inhaltlich gesetzten Ziele zu erreichen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Einbeziehung der umfassenden Expertise des GKV-Spitzenverbandes auf dem Gebiet des Begutachtungsverfahrens unverzüglich nach Inkrafttreten dieser Regelung einen Zeitplan für die Änderung der Begutachtungsrichtlinien fest. Dabei sind auch dann vorliegende Beschlüsse der Bundesregierung zur Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (etwa zum Entwurf eines Zweiten Pflegestärkungsgesetzes) zu berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband hat zudem die sächlichen und personellen Voraussetzungen zu schaffen, um die ihm in dieser Vorschrift zugewiesenen Aufgaben in dem hier festgelegten Zeitraum erfüllen zu können. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, unverzüglich über den Entwicklungsstand zu berichten, wenn das Bundesministerium für Gesundheit dies für notwendig hält; dabei geht es insbesondere darum, etwaige Problembereiche frühzeitig zu benennen und Lösungen darzustellen.

#### Zu Absatz 4

Durch die hier vorgelegten Regelungen wird ermöglicht, dass – parallel zu dem vorgesehenen Gesetzgebungsverfahren, mit dem ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert und weitere damit verbundene Festlegungen getroffen werden sollen (zweite Stufe der Pflegereform) – bereits mit Vorarbeiten auf der Ebene der Selbstverwaltung begonnen werden kann. In Absatz 4 werden die erforderlichen Verknüpfungen bestimmt, die in der logischen und zeitlichen Abfolge von der Erarbeitung zur Fertigstellung der Richtlinien in der Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes bis hin zur Genehmigung der Begutachtungs-Richtlinien durch das Bundesministerium für Gesundheit begründet sind. Vor dem Hintergrund dieser Abfolge kann und darf die Genehmigung erst auf der Grundlage des neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen.

#### Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt die Möglichkeit eines Selbsteintrittsrechtes des Bundesministeriums für Gesundheit für den Fall, dass die fristgerechte Änderung der Begutachtungs-Richtlinien gefährdet ist oder Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben werden. Damit wird sichergestellt, dass auf Verzögerungen im Zeitablauf bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien seitens des Bundesministeriums für Gesundheit aktiv unter Heranziehung weiterer fachlicher Ressourcen reagiert werden kann.

#### Zu Absatz 6

Absatz 6 erklärt die Richtlinien für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für verbindlich.

#### **Zu Artikel 6 Nummer 5 – neu – (§ 45d SGB XI)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 9.

**Zu Artikel 8 (§ 22 Absatz 3, § 23a (neu), § 28 Absatz 2 (neu), § 34 Absatz 10a (neu) IfSG)****Zu Artikel 8 Nummer 1**

Die Inhaltsübersicht wird wegen der Regelung nach Nummer 3 ergänzt.

**Zu Artikel 8 Nummer 2 (§ 22 Absatz 3, IfSG)**

Jugendliche und Erwachsene suchen häufig nur sporadisch eine Ärztin oder einen Arzt auf. Die Ärztinnen und Ärzte haben bei ihnen daher seltener Gelegenheit, die Patientin oder den Patienten zu erinnern, gelegentlich des nächsten Arztbesuches den Impfausweis für eine Überprüfung des Impfschutzes mitzubringen. Die Inhaberin oder Inhaber eines Impfausweises kann diesem in der Regel auch nicht selbst entnehmen, wann eine Überprüfung oder Vervollständigung des Impfschutzes erforderlich wird. Mit einer Eintragung auf dem konventionellen Impfausweis kann dieser insbesondere Jugendliche und Erwachsene informieren, wann ein konkreter Impftermin ansteht oder anstand. Eine Verpflichtung des Arztes oder der Ärztin zur Eintragung wird nicht geregelt.

**Zu Artikel 8 Nummer 3 (§ 23a IfSG)**

Die Vorschrift regelt im Anwendungsbereich des § 23 Absatz 3 die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Beschäftigtendaten über den Impfstatus und den Serostatus (Immunstatus) in Bezug auf impfpräventable Krankheiten. Die Vorschrift ist eine Konkretisierung der allgemeinen Bestimmung in § 32 des Bundesdatenschutzgesetzes. Das Vorhandensein des Impf- oder Immunschutzes, der unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Fachkommissionen beim Robert Koch-Institut erforderlich ist, um nosokomiale Infektionen zu vermeiden, ist für das Personal der in § 23 Absatz 3 genannten Einrichtungen eine wesentliche und entscheidende Anforderung. Es kommt durch unzureichenden Impfschutz bei medizinischem Personal und den Umstand, dass bei ungeimpften Personen Infektionen zunehmend erst nach Aufnahme der Berufstätigkeit auftreten (sog. „Rechtsverschiebung“), vermehrt zu Übertragungen von Erregern impfpräventabler Krankheiten durch medizinisches Personal auf Patientinnen und Patienten. Aufgrund der Regelung kann der Arbeitgeber die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses vom Bestehen des erforderlichen Impf- oder Immunschutzes abhängig machen bzw. Personal so beschäftigen, dass vermeidbaren Infektionsrisiken vorgebeugt wird. Der Arbeitgeber kann, wenn und soweit dies im Hinblick auf § 23 Absatz 3 erforderlich ist, vom Beschäftigten Auskunft oder die Vorlage eines Nachweises über das Bestehen von Impfschutz oder das Bestehen einer natürlichen Immunität in Bezug auf die impfpräventablen Krankheiten verlangen.

Inwieweit dies erforderlich ist, hängt insbesondere von Art und Umfang der Patientenkontakte des Beschäftigten ab. Eine besondere Disposition der Patienten, beispielsweise eine besondere Empfänglichkeit durch Immunsuppression oder Unreife des Immunsystems wie bei Frühgeborenen, erfordert dabei ein erhöhtes Schutzniveau. Nicht erforderlich ist die Erhebung, soweit ein Infektionsrisiko durch Beachtung von Maßnahmen der persönlichen Basishygiene sicher beherrschbar ist. In Bezug auf Krankheiten, die leicht durch Tröpfchen übertragen werden, bei denen die klinische Symptomatik nicht immer eindeutig ist oder bei denen Infizierte bereits vor Auftreten der klassischen Symptome infektiös sind – wie Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Pertussis –, ist hingegen das Wissen des Arbeitgebers über das Bestehen eines ausreichenden Impf- oder Immunschutzes erforderlich, um für den Einsatz des Personals Bedingungen zu schaffen, die Infektionsrisiken für vulnerable Patientinnen und Patienten vermeiden.

Die Daten sind direkt beim Beschäftigten zu erheben. Die Freiwilligkeit der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Impfschutz bleibt unberührt. Für andere Beschäftigtendaten und für Beschäftigte außerhalb des Anwendungsbereichs des § 23 Absatz 3 bleibt es bei den allgemeinen Bestimmungen. Die Bestimmungen des Arbeitsschutzrechts bleiben von der vorliegenden Regelung ebenfalls unberührt.

**Zu Artikel 8 Nummer 4 (§ 28 IfSG)****Zu Buchstabe a**

Es wird eine zusätzliche Befugnis für die zuständige Behörde zu einer Schutzmaßnahme eingeführt. Die Regelung ermöglicht es der zuständigen Behörde, bei Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung Personen, die für die Krankheit empfänglich sind, das Betreten der Einrichtung zu untersagen. Dadurch kann das Entstehen von Infektionsketten in der Gemeinschaftseinrichtung wirksam verhindert werden. Für die Maßnahme werden die Personen herangezogen, die weder durch eine durchgemachte Erkrankung noch durch Schutzimpfung ausreichend

gegen Masern geschützt sind. Die Personen müssen nicht als Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider identifiziert sein und dürfen als „Nichtstörer“ zu der Maßnahme herangezogen werden. Die bisher schon bestehende Möglichkeit der Gesundheitsbehörde, auf der Grundlage von § 28 Absatz 1 Satz 1 ein zeitweiliges Schulbetretungsverbot gegenüber Ansteckungsverdächtigen anzuordnen, und die gesetzlichen Verbote in § 34 Absatz 1 bis 3 reichen im Falle des Auftretens von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung nicht aus. Die Feststellung eines Ansteckungsverdachts i. S. v. § 2 Nummer 7 setzt voraus, dass konkret in Bezug auf die betreffende Person Tatsachen ermittelt wurden, nach denen die Annahme, sie habe Krankheitserreger aufgenommen, wahrscheinlicher ist als das Gegenteil (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22. März 2012, Az. 3 C 16/11). Aufgrund der früh einsetzenden Infektiosität und der hohen Ansteckungsfähigkeit der Masern kann das Gesundheitsamt die einen Ansteckungsverdacht begründenden Tatsachen aber nicht rasch und nicht zuverlässig genug ermitteln, um unter den Bedingungen einer Gemeinschaftseinrichtung eine Weiterübertragung der Krankheit zu verhindern. Krankheitssymptome, die eine Person als krank oder krankheitsverdächtig erkennbar machen, zeigen sich bei den Masern in der Regel erst 8 bis 14 Tage nach der Infektion. Infizierte Personen können allerdings bereits fünf Tage vor Auftreten des Masern-Exanthems andere Personen anstecken. Dafür genügen aufgrund der hohen Kontagiosität der Masern zudem bereits flüchtige Kontakte, die das Gesundheitsamt durch Ermittlungen nicht sicher in Erfahrung bringen kann.

Die Maßnahme hat in Bezug auf die für Masern empfänglichen Personen zwei Schutzrichtungen. Einerseits werden die Personen vor einer eigenen Infektion geschützt, andererseits wird verhindert, dass die Personen Teil einer Infektionskette werden und die Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung auf weitere Personen übertragen.

Der Nachweis einer Immunität gegen Masern kann durch eine ärztliche Bescheinigung einer in der Vergangenheit durchgemachten Masernerkrankung oder durch eine Titerbestimmung erbracht werden. Der Nachweis von Impfschutz kann durch Impfausweis, Impfbescheinigung oder eine andere ärztliche Bescheinigung erbracht werden. Der erforderliche Impfschutz bestimmt sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Um Masernausbrüche verhindern zu können, müssen mindestens 95% der Bevölkerung immun gegen die Masern sein (Siegrist CA: Vaccine immunology. In: Vaccines. Plotkin, Orenstein, Offit (Hrsg.), 5. Auflage, Saunders Elsevier 2008). In einer Gruppe von Personen, die einen Impfschutz entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission aufweisen, wird dieser Wert sicher erreicht. Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können, haben keinen den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entsprechenden Impfschutz im Sinne der Regelung.

Bei der Bemessung der Dauer des Verbotes sind die Inkubationszeit der Masern und der letzte mögliche Zeitpunkt einer Übertragung zu berücksichtigen. Die Regelungen des § 34 Absatz 1 bis 3 bleiben unberührt, d. h. wenn bei einer ausgeschlossenen Person ein Tatbestand nach § 34 Absatz 1 bis 3 eintritt, greifen bei dieser Person zusätzlich die gesetzlichen Verbote.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a.

#### **Zu Artikel 8 Nummer 5 (§ 34 Absatz 10a IfSG)**

Die Änderung greift die Nummer 23 der Stellungnahme des Bundesrates auf. Die ärztliche Beratung ist – wie bei § 34 Absatz 10 – auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz gerichtet. Die ärztliche Beratung muss zeitnah vor der Aufnahme erfolgt sein. Dies ist der Fall, wenn die Beratung in dem nach dem Lebensalter des Kindes zuletzt erreichten Zeitraum, in dem die Ständige Impfkommission in ihrem Impfkalendar (zurzeit Epidemiologisches Bulletin 2014, Seite 307) die Durchführung von Standardimpfungen empfiehlt, oder zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist. Der Nachweis muss in Schriftform erbracht werden.

Für Fälle, in denen Personensorgeberechtigte den erforderlichen Nachweis auch auf wiederholte Aufforderungen hin nicht erbringen, wird das Gesundheitsamt ermächtigt, die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung zu laden. Die Kindertageseinrichtung darf dazu das Gesundheitsamt entsprechend informieren.

**Zu Artikel 8 Nummer 6 (§ 73 IfSG)**

Zu Buchstabe a

Es wird jeweils eine Bußgeldbewehrung für Zuwiderhandlungen gegen § 34 Absatz 10a (neu) und für Zuwiderhandlungen gegen vollziehbare Anordnungen nach § 28 Absatz 2 (neu) vorgesehen.

Zu Buchstabe b

Für die Bußgeldbewehrungen nach Buchstabe a wird der geringere Bußgeldsatz vorgesehen.

**Zu Artikel 8 Nummer 7**

Zu den neuen Bußgeldtatbeständen in § 73 Absatz 1 Nummer 11a und 17a und wird keine Strafvorschrift vorgesehen.

**Zu Artikel 8a – neu – (§§ 37, 39 JArbSchG)**

Die Einfügung dient der Klarstellung.

Die ärztlichen Untersuchungen haben sich auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand und die körperliche Beschaffenheit des Jugendlichen zu erstrecken. Dabei muss der Arzt unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte des Jugendlichen auf Grund der Untersuchungen unter anderem beurteilen, ob besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen erforderlich sind. Dazu gehören auch Maßnahmen, die den Impfstatus verbessern sollen. Daher enthält der Erhebungsbogen nach § 3 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung in Verbindung mit der Anlage 1 dieser Verordnung den Hinweis, dass zur Untersuchung unter anderem Impfnachweise mitzubringen sind. Der untersuchende Arzt überprüft im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchung bei der Beurteilung der Gesundheit der Jugendlichen deren Impfstatus. Sollte der Arzt beispielsweise einen unzureichenden Impfschutz feststellen, kann er eine Schutzimpfung als besondere der Gesundheit dienende Maßnahme empfehlen. Empfehlungen für gesundheitsdienliche Maßnahmen werden vom untersuchenden Arzt sowohl im Untersuchungsbogen als auch in der ärztlichen Mitteilung an den Personensorgeberechtigten an der dafür vorgesehenen Stelle vermerkt.

Impfungen gehören zu den effektivsten Präventivmaßnahmen in der Medizin. Durch die Klarstellung sollen untersuchende Ärzte, Jugendliche und deren Personensorgeberechtigte für Impfungen als einen wichtigen Baustein für die Gesundheit besonders sensibilisiert werden.

Wird auf die ärztliche Empfehlung hin eine Schutzimpfungsleistung in Anspruch genommen, so bestimmt sich die Kostentragung für diese nicht nach § 44, sondern nach den allgemeinen Bestimmungen, bei gesetzlich Krankenversicherten etwa nach § 20i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu).

**Zu Artikel 11 – neu – (Änderung der BBhV)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10.

Berlin, den 17. Juni 2015

**Rudolf Henke**  
Berichterstatte

**Helga Kühn-Mengel**  
Berichterstatte

**Birgit Wöllert**  
Berichterstatte

**Kordula Schulz-Asche**  
Berichterstatte





