

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf und Ziele

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

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

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

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

1. Potenziale der gesundheitlichen Prävention

Der vorliegende Gesetzentwurf greift die Forderungen nach einer Stärkung der Prävention auf und setzt dort an, wo zukünftig die Potenziale der gesundheitlichen Prävention besser genutzt werden müssen. Durch eine effektive und effiziente Prävention können Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und ein großer Teil der sonst erforderlichen Krankheits- und Krankheitsfolgekosten verringert werden.

Gesundheitliche Prävention richtet sich an alle. Auf der Grundlage der Eigenverantwortung jedes und jeder Einzelnen stärken die Maßnahmen und Leistungen des Gesetzes das Bewusstsein für einen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Dazu gehört das eigene Verhalten ebenso wie die Gestaltung des Lebensumfeldes. Auf diese Weise können alle von gesundheitlicher Prävention profitieren: Es können Krankheiten vermieden bzw. früh erkannt und damit frühzeitig behandelt werden. Bestehende Krankheiten können besser bewältigt werden und Folgekrankheiten sowie Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung können hinausgezögert oder verhindert werden.

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

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

Ein großes präventives Potenzial liegt auch in der auf eine Beteiligung aller Akteure angelegten Ausrichtung von Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen oder Lebenswelten. Mit präventiven Maßnahmen kann die Eigenverantwortung der Bevölkerung unabhängig vom sozialen Status gestärkt werden. Die Menschen können in den für sie relevanten Bezügen, bei der Arbeit, in der Freizeit, in der Wohnumwelt erreicht werden und erhalten die Möglichkeit, sich daran zu beteiligen, diese gesundheitsförderlich zu gestalten. Dadurch können z.B. im Betrieb arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verringert und die Arbeitsfähigkeit aller erhalten werden. Das Gesetz bietet mit seinen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten eine rechtliche Grundlage, die diesen Ansatz, der auch von der Weltgesundheitsorganisation vertreten wird, aufgreift und umsetzt.

2. Strukturelle Neuorientierung der Prävention

Zur Ausschöpfung aller präventiven Potenziale bedarf es eines Paradigmenwechsels: Unser Gesundheitssystem, das sich bislang überwiegend auf Kuration, Rehabilitation und Pflege stützt, garantiert allen Bürgerinnen und Bürgern eine hochwertige Gesundheitsversorgung. Durch Stärkung und Ausbau der Prävention mit einem Präventionsgesetz erfährt dieses System seine notwendige Erweiterung. Es wird so zu einem modernen Gesundheitssystem weiterentwickelt, in dem Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangig nebeneinander stehen. Damit schließt Deutschland auch zu den Ländern in Europa auf, die bereits gute Erfolge mit gesundheitlicher Prävention erzielt haben.

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

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

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

- die Bundesebene mit einer gemeinsamen Stiftung von Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, in der übergreifende Aufgaben erfüllt werden;
- die Landesebene, auf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung gemeinsam mit den Ländern konkrete Projekte und Maßnahmen in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger durchführt;
- die Ebene der Sozialversicherungsträger, auf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung die ihr zugeschriebenen Aufgaben der Prävention jeweils eigenverantwortlich erfüllen.

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

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

II. Instrumente und Maßnahmen des Gesetzes

Zu den Instrumenten und Maßnahmen der strukturellen Neuorientierung gehören insbesondere

- Begriffliche Vereinheitlichung
- Primäre Prävention als Auftrag der Sozialversicherung
- Neuregelung der finanziellen Grundlage für primäre Prävention
- Stiftung der Sozialversicherungsträger für bundesweite Aufgaben
- Lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene
- Eigenverantwortliche Leistungen der Sozialversicherungsträger
- Klare Orientierung durch verbindliche Präventionsziele
- Sicherung der Qualität durch einheitliche Vorgaben
- Gesetzliche Grundlage für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

- Präventive Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts (RKI)
- Monitoring durch Berichtspflichten

Darüber hinaus werden zwei weitere für die gesundheitliche Prävention bedeutsame Regelungen getroffen: Die Förderung der Selbsthilfe wird weiterentwickelt, und die steuerliche Freistellung von Aufwendungen des Arbeitgebers für Maßnahmen der primären Prävention im Betrieb wird vorgesehen.

1. Begriffliche Vereinheitlichung

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

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

2. Primäre Prävention als Auftrag der Sozialversicherung

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

3. Neuregelung der finanziellen Grundlage für primäre Prävention

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

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

4. Stiftung der Sozialversicherungsträger für bundesweite Aufgaben

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

Entscheidungen der Stiftung werden von einem Stiftungsrat getroffen, für den neben den Sozialversicherungszweigen auch Bund, Länder und Kommunen Mitglieder benennen. Beraten wird der Stiftungsrat von einem Kuratorium, in dem unter anderen auch das Deutsche Forum Prä-

vention und Gesundheitsförderung vertreten sein wird, sowie von einem wissenschaftlichen Beirat.

5. Lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene

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

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

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

6. Eigenverantwortliche Leistungen der Sozialversicherungsträger

Das Präventionsgesetz wird den Sozialversicherungsträgern aufgeben, jährlich 100 Millionen Euro, dies entspricht 40 Prozent der Gesamtmittel, in Eigenverantwortung für präventive Leistungen zu verwenden. Damit wird eine Handlungsebene geschaffen, auf der jeder Träger primärpräventive Leistungen eigenverantwortlich ausgestalten kann. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden dies die bewährten individuellen Leistungen zur Verhal-

tensprävention (z.B. Kurse zu Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Rauchentwöhnung etc.) sowie die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Diese wichtigen Handlungsfelder bleiben somit erhalten. Renten- und Pflegeversicherung erhalten erstmals die Möglichkeit, ebenfalls individuelle Leistungen zu Verhaltensänderung zu erbringen, die sich an ihren gesetzlichen Aufträgen orientieren. Bei der Unfallversicherung bleibt es bei dem Auftrag, Leistungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu erbringen.

7. Klare Orientierung durch verbindliche Präventionsziele

Zur notwendigen Bündelung der Kräfte wird im Präventionssystem ein Mechanismus der Zielorientierung verankert: Alle Leistungen und Maßnahmen sollen an vorrangigen Präventionszielen und Teilzielen ausgerichtet werden. Zu diesen wird ein Maßnahmenkatalog erarbeitet. Dies erfolgt in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Sozialversicherung sowie von Bund, Ländern und Kommunen. Die gemeinsamen Ziele sollen für alle Handlungsebenen als Rahmenvorgaben Gültigkeit besitzen, während der konkretere Maßnahmenkatalog zur Unterstützung bei der Umsetzung dient. Die Ziele und Teilziele werden mit Hilfe von Präventionsprogrammen auf die Ebenen übertragen: Die Stiftung wird mit einem eigenen Präventionsprogramm ihre Kampagnen und ergänzenden Settingmaßnahmen auf die Ziele und Teilziele ausrichten. Auf Landesebene werden jeweils eigene Programme erstellt, um zum einen landesspezifische Schwerpunktsetzungen bei den Zielen und Teilzielen und zum anderen Ergänzungen entsprechend der jeweiligen Bedarfe vorzunehmen. Die Sozialversicherungsträger werden ebenfalls bei den individuellen Leistungen sowie bei den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Reduktion arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen die Ziele und Teilziele berücksichtigen. Alle Handlungsebenen profitieren dabei von dem Maßnahmenkatalog der Stiftung, der als Orientierungshilfe dienen soll. Auf diese Weise wird ein möglichst einheitliches System der Zielorientierung etabliert, das gleichzeitig flexibel genug ist, den Bedarf vor Ort einzubeziehen. Um eine Überprüfung der Ziele zu ermöglichen, sollen sie bereits auf der obersten Ebene quantifiziert, d.h. mit bezifferbaren Maßstäben versehen werden. Folglich kann bei allen Präventionszielen durch entsprechende Studien der Grad der Zielerreichung bestimmt werden. Eine Überprüfung und Überarbeitung der Ziele soll spätestens alle sieben Jahre erfolgen.

8. Sicherung der Qualität durch einheitliche Vorgaben

Die Neuorientierung des gesamten Präventionssystems ermöglicht es, Qualitätssicherung von Anfang an für alle Leistungen und Maßnahmen verpflichtend einzuführen. Das Konzept der Qualitätssicherung ist dreistufig: Vor der eigentlichen Erbringung steht der Nachweis über die Wirksamkeit bzw. der Nachweis einer präzisen, plausiblen und erfolgversprechenden Planung

(z.B. bei Kampagnen oder Settingmaßnahmen). Bei der Erbringung oder Durchführung sollen in der zweiten Stufe Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität überprüft und nachgewiesen werden. Auf der Stufe drei sollen insbesondere die lebensweltbezogenen Maßnahmen in geeigneter Form dokumentiert werden, so dass sie auch anderen zugute kommen können.

9. Gesetzliche Grundlage für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und den Erfordernissen des neuen Präventionssystems angepasst. Dabei soll die Bundeszentrale als eine selbständige Fachbehörde des Bundes auf die Kernaufgaben der Aufklärung und der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Aufklärung ausgerichtet werden. Neben den Themengebieten Suchtprävention und Infektionskrankheiten (einschließlich AIDS) soll sie - jeweils beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung - die Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und schwerwiegende Krankheiten betreiben. Die Aufgaben aufgrund anderer Gesetze (Aufklärung zu Blut- und Plasmaspenden, Möglichkeiten der Organspenden sowie Aufgaben nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz) bleiben bestehen. Die BZgA soll so zu einer Institution weiterentwickelt werden, die in das neue Präventionssystem eingebunden wird. Vor allem mit der zu gründenden Stiftung wird es eine enge Kooperation geben, wobei die Stiftung zur Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben Aktivitäten der BZgA anregen und finanzieren kann. Unabhängig davon verbleiben spezifische staatliche Aufklärungsaufgaben, die die BZgA erfüllt.

10. Präventive Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts

Beim Robert Koch-Institut (RKI) wird die bereits vorhandene Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung so ausgerichtet, dass sie als Grundlage zur Entwicklung der Präventionsziele dienen sowie die Überprüfung der Zielerreichung leisten kann. Zu diesem Zweck soll das Robert Koch-Institut regelmäßig eigene Studien durchführen und die von Ländern und Kommunen sowie der BZgA zur Verfügung gestellten Daten auswerten.

11. Monitoring durch Berichtspflichten

Das Präventionssystem ist als „lernendes“ System angelegt, d.h. es ist eine Überprüfung der Zweckmäßigkeit der vorgesehenen Instrumente und Konzepte im System bereits enthalten: Alle Präventionsträger sollen über ihre Erfahrungen im Zuge der Umsetzung des Gesetzes an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berichten. Auf dieser Grundlage wird

durch den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ein Bericht der Bundesregierung zur Vorlage an Bundestag und Bundesrat erarbeitet (Präventionsbericht), der eine umfassende Bestandsaufnahme der präventionsbezogenen Situation, eine Darstellung der Wirkungen des Gesetzes und sich daraus ergebende Empfehlungen zur Fortentwicklung des Systems enthält.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

1. Der Bund hat nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren. Die vorliegenden Neuregelungen dienen der Weiterentwicklung des bestehenden Gesundheitssystems, in dem die Prävention gleichrangig neben die Kuration, Rehabilitation und Pflege gestellt wird. Sie sollen außerdem unterschiedliches Bundesrecht, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung befasst, harmonisieren und eine einheitliche Leistungserbringung aller Sozialversicherungsträger für das gesamte Bundesgebiet gewährleisten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält als Einrichtung des Bundes die gesetzliche Aufgabe, über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten aufzuklären.

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

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention gehören sachnotwendig zum Aufgabenfeld der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der gesetzlichen Renten-, Unfall- und der sozialen Pflegeversicherung, da sie geeignet und erforderlich sind, die grundlegende Zielsetzung dieser Systeme (Vermeidung bzw. Herausögerung des Versicherungsfalles „Krankheit“ mit den Folgen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung) zu verwirklichen. Diese Zielsetzung hat sich in der Tradition der einzelnen Zweige der Sozialversicherung - zum Teil in unterschiedlicher Ausprägung und Geschwindigkeit - entwickelt und ihren Niederschlag in den einschlägigen Normen gefunden

(§ 1 Satz 2 und 3 SGB V; § 1 SGB VII; § 6 Abs. 1 SGB XI). Aufgrund der gesamtstaatlichen Verantwortung für gesundheitliche Prävention wird mit dem Gesetz ein ganzheitlicher Ansatz in der Weise verfolgt, dass an die bundeseinheitliche Regelung der Sozialversicherung angeknüpft wird. Angesichts der demographischen Entwicklung ist eine bundeseinheitliche Regulierung und Koordination der Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention auch für die Gewährleistung der künftigen Finanzierbarkeit der Systeme der sozialen Sicherung, insbesondere der Sozialversicherung in Deutschland, unverzichtbar.

2. Dem Bund steht das Gesetzgebungsrecht im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz).
3. Die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit betrifft unmittelbar institutionelle Voraussetzungen des Bundesstaates und erst mittelbar die Lebensverhältnisse der Bürger. Einheitliche Rechtsregeln werden danach erforderlich, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Um dieser sich unmittelbar aus der Rechtslage ergebenden Bedrohung von Rechtssicherheit und Freizügigkeit im Bundesstaat entgegen zu wirken, kann der Bund eine bundesgesetzlich einheitliche Lösung wählen. Die Wahrung der Wirtschaftseinheit liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht (vgl. BVerfGE 106, 62).
4. Regelungen zur Prävention gibt es in einem differenzierten System sozialrechtlicher und anderer Vorschriften. Dies hat zur Folge, dass innerhalb des Sozialrechts Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzung der Vorschriften erschwert sind. Dies gilt insbesondere für die Begrifflichkeiten und ihr uneinheitliche Verwendung. Hinzukommt, dass die Prävention, verstanden als Vorbeugung gegen Lebensrisiken jeglicher Art, sich als eine komplexe Aufgabe darstellt, die eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen zum Inhalt haben kann. Bisher sind die Leistungen hierfür als Teilleistungen in alle möglichen Bereiche des gegliederten Systems der sozialen Sicherung eingebettet.

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

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

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

5. Die Wahrung der Wirtschaftseinheit macht es ebenfalls im gesamtstaatlichen Interesse wie auch im Interesse Schaffung einer bundesweiten Solidargemeinschaft auf dem Gebiet der Prävention erforderlich, die Strukturmaßnahmen des Gesetzentwurfs und die materiellrechtlichen Regelungen bundeseinheitlich zu gestalten.

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

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

sie zum Einen die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zugrunde legen und zum Anderen nicht beabsichtigen, eigene Landesgesetze zu erlassen.

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

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Bundespräventionsgesetz)

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Regelungen)

Zu § 1 (Zweck des Gesetzes)

Die Vorschrift formuliert die Ziele des Bundespräventionsgesetzes und benennt die Instrumente, mit denen diese verfolgt werden sollen. Vorangestellt und hervorgehoben wird das Ziel, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit altersadäquat zu erhalten und zu stärken, wobei die Beschäftigungsfähigkeit in diesem Sinne die grundsätzliche Erwerbsfähigkeit einschließt. Der umfassende Ansatz bezieht die Aspekte des Lebens, die mit Gesundheit in einer Wechselwirkung stehen, ein und erhebt ihre Erhaltung und Stärkung zu einem zentralen Ziel der Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention. Er macht zugleich deutlich, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Als Instrumente werden die gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention genannt, die in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur gesundheitlichen Prävention fallen:

Der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung kommt im Rahmen der gesundheitlichen Prävention maßgebliche Bedeutung zu. Die gesundheitliche Aufklärung z.B. durch Kampagnen ist ein zentrales Instrument zur Stärkung des Verantwortungsbewusstseins für die eigene Gesundheit und zur Anregung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in der Bevölkerung. Unter Aufklärung in diesem Sinne ist neben Information auch die Motivation, die Informationen in Verhalten umzusetzen, zu verstehen. Insoweit trägt Aufklärung auch dazu bei, dass der einzelne

Mensch befähigt wird, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Aufklärung und Beratung ergänzen die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und haben daher - anders als der Aufklärungsaufträge in anderen Teilen des Sozialgesetzbuches, z.B. § 13 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - nicht primär die Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten zum Inhalt, sondern richten sich mit konkreten, gesundheitsbezogenen Botschaften an die Versicherten.

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

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

Zu § 2 (Gesundheitliche Prävention)

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

licher Definitionen, mit denen gesundheitliche Prävention in den Gesetzen der Sozialversicherung bisher umschrieben wird, ablösen und bewirken, dass ein einheitliches Verständnis von Prävention entsteht.

Zu § 3 (Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention)

Absatz 1 formuliert für alle Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention das Ziel, dazu beizutragen, sozial oder geschlechtsbedingt ungleiche Gesundheitschancen abzubauen. Die Regelung übernimmt im Kern die mit der Gesundheitsreform 2000 für Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelte Zielstellung. Anders als dort soll dem Ziel nach dieser Vorschrift jedoch grundsätzliche Bedeutung in allen Präventionsbereichen zukommen. Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention werden insgesamt darauf ausgerichtet, eine Verbesserung insbesondere der Gesundheit von benachteiligten Personengruppen und Personen in besonders schwierigen Lebenslagen zu bewirken. Zu diesen gehören beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Menschen mit einer Behinderung, aber auch chronisch körperlich oder psychisch erkrankte Menschen. Alle Präventionsanstrengungen sind zukünftig auf diese gemeinsame Zielstellung hin zu konzipieren und durchzuführen. Sie findet sich auch in der Zweckbestimmung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (§ 1 Präventionsstiftungsgesetz).

In den Absätzen 2 bis 5 knüpft die Vorschrift jeweils an die in § 2 Nr. 1 bis 4 geregelten Bestimmungen zu den Präventionsbereichen an und konkretisiert die Handlungsmöglichkeiten nach diesem Gesetz.

Absatz 2 beschreibt mögliche Maßnahmen der primären Prävention. Zu den unabdingbaren Instrumenten, mit denen der erste Ausbruch einer Erkrankung vermieden werden kann, gehört die Aufklärung darüber, wie ein angemessenes Verhalten im Hinblick auf Risiken und Belastungen gesundheitlicher Art aussehen kann. Hinzu kommt die Unterstützung dafür, solch ein angemessenes Verhalten zu erlernen und beizubehalten. Daneben gibt es rein medizinische Maßnahmen z.B. Impfungen, die ebenfalls dem Ausbruch einer Erkrankung vorbeugen.

Zu den möglichen Maßnahmen der sekundären Prävention, die in Absatz 3 beschrieben werden, gehören neben den Früherkennungsuntersuchungen selbst auch die Aufklärung und Beratung über die Möglichkeiten, Krankheiten frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Auch in diesem Zusammenhang wird von einem breiten Aufklärungsbegriff ausgegangen, der sowohl die Information als auch die Motivation und die Befähigung, solche Angebote in Anspruch zu nehmen, umfasst.

Mögliche Maßnahmen zur tertiären Prävention, die in Absatz 4 aufgeführt sind, müssen ein breites Handlungsspektrum abdecken: Zu ihnen gehört die Hilfestellung beim Umgang mit bestehenden Erkrankungen und beim Umgang mit Risiken und Belastungen, die sich in der Folge von Erkrankungen ergeben. Ebenso umfasst sie medizinisch-therapeutische Maßnahmen, die sich auf die Anteile der Krankenbehandlung (Nr. 3) und Rehabilitation (Nr. 4) beziehen, die tertiärpräventiven Charakter im Sinne des § 2 haben, ohne deshalb aus dem Leistungsspektrum der Krankenbehandlung oder Rehabilitation herauszufallen. Hinzu kommen die von Betroffenen organisierte Unterstützung bei der Bewältigung von Erkrankungen im Sinne der Selbsthilfe und die pflegerischen Maßnahmen, mit denen die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte von Pflegebedürftigen erhalten bleiben.

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

Absatz 5 beschreibt mögliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die an das WHO-Konzept der Ottawa-Charta von 1986 anknüpfen und auch die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können gleichzeitig primär- oder tertiärpräventiven Zwecken dienen und sind daher von diesen nur schwer abzugrenzen. Als prozessorientierter Ansatz verknüpfen sie verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zu einem sinnvollen Ganzen und sind zudem auf den Aufbau entsprechender Ressourcen beim einzelnen Menschen und in der sozialen und natürlichen Umwelt ausgerichtet.

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

Zu § 4 (Vorrang von gesundheitlicher Prävention)

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

Zu § 5 (Eigenverantwortung)

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

Zu § 6 (Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern)

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

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

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

Zu § 7 (Soziale Präventionsträger)

Die Vorschrift benennt die für die Leistungen der gesundheitlichen Prävention zuständigen Träger und führt für sie den Begriff der „sozialen Präventionsträger“ ein. Der Begriff soll darauf hinweisen, dass Träger von Präventionsleistungen nicht nur Träger der Sozialversicherungszweige nach den Nummern 1 bis 4 in Absatz 1 sein können, sondern dass auch andere Akteure auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention - beispielsweise der öffentliche Gesundheitsdienst oder Einrichtungen von Gemeinden - als Träger von Präventionsleistungen angesehen werden können. Von solchen Trägern soll die Bezeichnung „soziale Präventionsträger“ abgrenzen.

Die Stiftung, die nach Artikel 2 des Gesetzes errichtet wird, soll über die Entwicklung von Präventionszielen und die Erarbeitung von Qualitätsanforderungen für Präventionsmaßnahmen hinaus auch operativ tätig werden: Nach Absatz 2 ergänzt sie die Wahrnehmung der Aufgaben der sozialen Präventionsträger durch bundesweite Kampagnen und Modellprojekte, beteiligt sich an Settingmaßnahmen der Länder oder führt in Verbindung mit § 23 Abs. 9 in bestimmten Fällen ergänzende Settingmaßnahmen selbst durch. Diese Aufgaben der Stiftung zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen begründen ihre Einbeziehung in den Kreis der sozialen Präventionsträger, die sich in der gesonderten Regelung in Absatz 2 der Vorschrift ausdrückt.

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

Zu § 8 (Verhältnis zu den Regelungen des Sozialgesetzbuchs)

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

Dem entsprechend bestimmt Satz 1, dass die Vorschriften des Bundespräventionsgesetzes nicht nur als Grundsatz geregelt sind, sondern unmittelbar anzuwenden sind, soweit in den besonderen Regelungen der einzelnen Leistungsbereiche nichts Abweichendes bestimmt ist. Satz 2 stellt - anknüpfend an die in § 7 enthaltene Nennung der beteiligten Träger und der einschlägigen Leistungen - klar, dass die Voraussetzungen und die Zuständigkeiten der Leistungen sich nach den besonderen Regelungen für die einzelnen sozialen Präventionsträger richten, die im Bundespräventionsgesetz weder zusammengefasst noch inhaltlich neu gestaltet werden. Satz 2. Halbsatz stellt klar, dass Ansprüche nur geltend gemacht werden können, soweit entsprechende Leistungen in den Leistungsgesetzen überhaupt vorgesehen sind. Satz 3 bestimmt, dass die Regelungen der §§ 23 und 24 des Bundespräventionsgesetzes hiervon unberührt bleiben. Damit wird ausdrücklich klargestellt, dass die sich aus § 23 ergebende Verpflichtung zur Aufbringung von Mitteln und sowie der Sanktionsmechanismus des § 24 für jeden sozialen Präventionsträger unmittelbar geltendes Recht darstellt.

Für die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für Leistungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gelten nach Satz 4 ausschließlich die Vorschriften dieses Gesetzes insbesondere die Vorschriften der §§ 14 Abs. 2, 17 Abs. 9 und 22.

Zu Abschnitt 2 (Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention)

Zu § 9 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Die Vorschrift konkretisiert und ergänzt den mit dem Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungsgesetz an das Robert Koch-Institut erteilten Auftrag zur Gesundheitsberichterstattung (§ 2 Abs. 3 Nr. 4 GNG) im Hinblick auf die Erfordernisse der gesundheitlichen Prävention. Andere mit der Gesundheitsberichterstattung verfolgte Ziele wie etwa die Erfassung der Versorgungssituation bleiben von den Regelungen dieses Gesetzes unberührt. Die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene wird durch die Bestimmung darauf eingestellt, auch die für Präventionszwecke nach § 1 notwendigen Informationen zu liefern.

Dafür verpflichtet Absatz 1 Satz 1 das Robert Koch-Institut, Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu erstellen. Diese Aufarbeitung vorhandener Daten unter präventionsbezogenen Gesichtspunkten ist maßgebliche Grundlage für die Planung der primären Prävention, d.h. für die Erarbeitung der Präventionsziele und ihrer Teilziele sowie in Teilen der Vorschläge zu ihrer Umsetzung. Gleichzeitig ergeben sich aus den Berichten auch relevante Fragestellungen für weitere epidemiologische Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2. Da die Gesundheitsberichte in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, geben sie auch Auskunft darüber, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden, und ob sie neue Handlungsbedarfe, die sich aus den

vorhandenen Daten ergeben, beschreiben. Für die Erarbeitung der Gesundheitsberichte hat das Robert Koch-Institut auch die in Ländern, Kommunen und bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorhandenen Daten sowie epidemiologische Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2 auszuwerten. Zusätzlich kann im Rahmen der Amtshilfe auf Daten der Sozialversicherungsträger zurückgegriffen werden. Hiermit wird eine möglichst umfassende Datenlage sichergestellt. Die präventionsbezogene Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wie sie in dieser Vorschrift geregelt ist, soll insbesondere Grundlage für die Erarbeitung der Präventionsziele sein, sie entfaltet keine verbindliche Wirkung gegenüber den Ländern bezüglich ihrer Präventionsmaßnahmen.

Der Eingangssatz des Absatzes 2 legt mit dem Verweis auf § 11 Abs. 3 die Inhalte fest, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die gesundheitliche Prävention von besonderer Relevanz sind.

Dazu gehören neben der Verbreitung, die Erfassung der quantitativen Verteilung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. getrennt nach sozialer Lage, Alter und Geschlecht) die Bedeutung für die Gesundheit und die ökonomische Bedeutung, die sich sowohl auf die Sozialversicherung, als auch auf die gesamte Volkswirtschaft beziehen kann. Darüber hinaus soll die Berichterstattung auch Informationen über die Möglichkeiten einer Beeinflussung der erhobenen Sachverhalte durch Präventionsmaßnahmen enthalten. Darin enthalten sind Angaben über den messbaren Erfolg von eingeleiteten oder durchgeführten Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention, die für die Erarbeitung von Zielen und Teilzielen unabdingbar sind. Die nach der Regelung vorgegebenen Berichtsinhalte vermitteln einen umfassenden Überblick über beeinflussbare Gesundheitsfaktoren in Deutschland und tragen auf diese Weise dazu bei, dass vorhandene Präventionspotenziale erkannt und genutzt werden können. In den Bereichen, in denen auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Forschung betreibt, erfolgt eine inhaltliche Abstimmung.

Bei den Erhebungen des Robert-Koch-Instituts gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren.

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass die Gesundheitsberichte in Zeitabständen von jeweils sieben Jahren vorgelegt werden. Der relativ lange Zeitraum zwischen den Berichten ergibt sich aus der Tatsache, dass sich Veränderungen der präventionsbezogenen Berichtsgegenstände insbesondere potentielle Wirkungen von Präventionsmaßnahmen in kürzeren Zeiträumen regelmäßig nicht niederschlagen. Der erste nach den Regelungen dieses Gesetzes zu erarbeitende Bericht ist vom Robert Koch-Institut zum ? zu erstellen.

Satz 2 verlangt auch im Interesse der kontinuierlichen Systembeobachtung (Monitoring) nach dem Achten Abschnitt dieses Gesetzes, dass die Berichte fortschreibende Angaben enthalten müssen, die eine Beurteilung von Entwicklungen ermöglichen. Nur wenn Vergleichsdaten vor-

liegen, können die Wirkungen gesundheitlicher Prävention ermittelt werden. Satz 3 bestimmt, dass Zwischenberichte je nach Erfordernis selbstverständlich weiterhin möglich sind.

Bei der Erstellung von Gesundheitsberichten gelten selbstverständlich die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Personenbezogene Daten und Sozialdaten sind zu anonymisieren. Für die Mitwirkung Dritter, hierzu gehören in diesem Zusammenhang insbesondere die Länder, Kommunen und die Sozialversicherungsträger, finden die Regelungen der Amtshilfe Anwendung.

Zu Abschnitt 3 (Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung)

Zu § 10 (Grundsatz)

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

Dem entsprechend sollen die sozialen Präventionsträger nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 nur solche Leistungen erbringen, die einem vorrangigen Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung entsprechen. Nummer 2 soll sicherstellen, dass Leistungen insbesondere unter-

schiedlicher Versicherungszweige so aufeinander abgestimmt werden, dass es weder zu unnötigen Doppelungen noch zu Leistungslücken kommt.

Zu diesem Zweck müssen die Träger nach Satz 2 die nach § 11 bestimmten Präventionsziele und ihre Teilziele berücksichtigen. Dadurch wird bewirkt, dass die nach § 11 abgegebenen Empfehlungen über vorrangige Präventionsziele bei der Umsetzung des Leistungsrechts der primären Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

Absatz 2 nimmt die in § 16 aufgeführten Leistungen von den Anforderungen des Absatz 1 aus, weil die dort aufgeführten, unter ärztlicher Beteiligung (siehe Begründung zu § 16) zu erbringenden Leistungen der primären Prävention besonderen Regelungen unterliegen und deshalb eine Einbeziehung in die Zielorientierung nach Absatz 1 nicht angezeigt ist.

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

Die Vorschrift dient der Umsetzung der in § 10 Abs. 1 Nr. 1 vorgeschriebenen Zielorientierung. Dazu sollen nach Absatz 1 vom Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Empfehlungen über vorrangige Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen werden. Damit wird die Selbstverwaltungslösung des bisherigen § 20 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgegriffen und fortentwickelt. Die Lösung trägt angesichts begrenzter Mittel der gestiegenen Bedeutung von Zielen für die primäre Prävention Rechnung und beinhaltet, dass über die Mitarbeit in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung neben den Vertretern von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Unfallversicherungsträgern und Pflegekassen auch Vertreter des Bundes, der Länder, der Kommunen und der weiteren für Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Akteure in die Zielfindung eingebunden werden (vergleiche zur Ausgestaltung der Stiftung Art. 2). Die Empfehlungen richten sich an die an der Stiftung beteiligten sozialen Präventionsträger und lassen die Rechtsposition der Versicherten unberührt. Sie umfassen nach Absatz 1 Nr. 1 einige wenige, innerhalb eines überschaubaren zeitlichen Rahmens mit den Mitteln der primären Prävention und Gesundheitsförderung künftig vorrangig zu verfolgende Ziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung und nach Nummer 2 Teilziele zu deren Konkretisierung. Die Ziele nach Nummer 1 sollen als Oberziele formuliert und durch Teilziele nach Nummer 2 so rahmenhaft konkretisiert werden, dass den Adressaten Spielräume bei der weiteren Ausgestaltung bleiben.

Sie können so bestimmt werden, dass sie Bezug entweder zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z. B. Bewegungsmangel), Verhältnissen (z. B. Stressbedingungen am Arbeitsplatz) oder Risiken (z. B. Gebrauch von Suchtstoffen) haben oder sich auf präventiv beeinflussbare

Krankheiten (z. B. Diabetes) beziehen oder sich auf ausgewählte Bevölkerungs- oder Altersgruppen (z. B. Frauen, Kinder oder Jugendliche) richten. Ihre Zahl ist gesetzlich bewusst nicht festgelegt. Die diesbezügliche Entscheidung obliegt der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Der Begriff des Vorrangs weist aber darauf hin, dass jeweils nur eine kleine Zahl zu verfolgender Ziele festgelegt werden soll.

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

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

Neben der Erarbeitung von Präventionszielen und Teilzielen soll die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 4 zusätzlich Strategien sowie mögliche Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele vorschlagen. Dies gilt für die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der sozialen Pflegeversicherung teils in Eigenverantwortung und teils gemeinsam und einheitlich zu erbringenden Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 und zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17. Damit soll die Stiftung allen Sozialversicherungszweigen und alle Verantwortungsebenen Maßnahmen zur Umsetzung der Präventionsziele vorschlagen entwickeln und in einen Gesamtzusammenhang stellen. Rechtlich unmittelbare Bindungswirkungen gehen von diesen Vorschlägen nicht aus.

Das Präventionsprogramm der Stiftung soll insoweit eine fachliche Grundlage für die anderen Verantwortungsbereiche entwickeln. Es bleibt aber der Entscheidung der Träger und der Spitzenverbände überlassen, ob sie sich zur Umsetzung des Auftrags zur Vereinheitlichung und Koordinierung der Leistungen nach § 10 unmittelbar auf die Vorschläge der Stiftung stützen oder eigenständige Gremien zur Umsetzung des Auftrags nach § 10 einrichten.

Absatz 5 stellt sicher, dass die Bestimmung der Präventionsziele und der Präventionsteilziele in den notwendigen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt werden kann. Die geregelten Beteiligungen stellen sicher, dass die Kompetenz sowohl der wissenschaftlichen Seite wie auch der Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten, behinderter Menschen und für Drogenfragen und der auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention tätigen Verbände ge-

nutzt werden kann. Eine besondere Funktion kommt in diesem Zusammenhang dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zu, in dem ein großer Teil staatlicher und nicht staatlicher Funktionsträger und Organisationen vertreten ist und das sich als Plattform für die Koordinierung von Initiativen zur Förderung der gesundheitlichen Prävention bewährt hat.

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

Satz 5 enthält eine Rechtsverordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Zustimmung des Bundesrates zur näheren Ausgestaltung der Bildung und Organisation der Schiedsstelle sowie des Verfahrens.

Nach Satz 6 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle. Diese bezieht sich nur auf Rechtsverstöße durch die Entscheidungen der Schiedsstelle. Rechtsverstöße können etwa darin liegen, dass gesetzliche Vorgaben des Sozialversicherungsrechts nicht hinreichend berücksichtigt werden oder, dass die im Gesetz genannten Anforderungen an Präventionsziele und Präventionsprogramme der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung durch einen Schiedsstellenspruch nicht erfüllt sind.

Absatz 7 Satz 1 bestimmt zum einen den Zeitpunkt, zu dem die Präventionsziele und Präventionsteilziele erstmals beschlossen werden sollen. Zum anderen bezeichnet er den Abstand, in dem sie überarbeitet werden sollen. Analog zu den durch das Robert Koch-Institut nach § 9 Abs. 3 durchgeführten Surveys wird er im Regelfall auf sieben Jahre festgelegt. So wird sichergestellt, dass eine Neubestimmung der Ziele immer auch die Erreichung der zuvor festgelegten Ziele berücksichtigt. In Ausnahmefällen kann eine frühere Überarbeitung erfolgen, falls dies erforderlich erscheint. Bis zur erstmaligen Beschlussfassung bestimmt Satz 2, dass auf die im Rahmen von gesundheitsziele.de erarbeiteten Präventionsziele zurückgegriffen werden soll.

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

Zu § 12 (Präventionsprogramme)

Die Vorschrift knüpft an die in § 10 Abs. 1 Nr. 2 vorgeschriebene Vereinheitlichung und Koordination der primärpräventiven Leistungen. Entsprechend der gegliederten Verantwortung für die verschiedenen Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung werden dafür zwei Entscheidungsebenen eingeführt. Dies sind nach Absatz 1 zum einen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und zum anderen die nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 auf Landesebene zu bildenden gemeinsamen Entscheidungsgremien. Beide erhalten die Aufgabe, die Präventionsziele nach § 11 durch Strategien zu ihrer Umsetzung weiterzuentwickeln und auszuformen und die Ergebnisse in jeweils gesonderten Präventionsprogrammen festzuhalten. Dabei ist auf Landesebene der ärztliche Sachverstand der jeweiligen Landesärztekammern einzubeziehen. Im Rahmen des Präventionsprogramms der Stiftung ist die Einbeziehung ärztlichen Sachverständes durch das Kuratorium gewährleistet. Bei der Erarbeitung der Präventionsprogramme können sie sich an den Vorschlägen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach § 11 Abs. 4 orientieren. Mit den Programmen sollen sie dazu beitragen, dass die Präventionsziele durch die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 entsprechend den Anforderungen des § 10 Abs. 1 in einem koordinierten Gesamtzusammenhang umgesetzt werden können. Dazu sollen geeignete Leistungen zur Umsetzung der Präventionsziele und –teilziele entwickelt und in den Präventionsprogrammen insbesondere nach Zielgrup-

pe, Zugangsweg, Inhalt, Methode, Beteiligung, Verantwortlichkeit und Ineinandergreifen dargestellt werden.

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

Aufgabe des gemeinsamen Entscheidungsgremiums auf Landesebene nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 ist es nach Absatz 3, Festlegungen über die Ausrichtung der in seiner Verantwortung stehenden Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 zu treffen. Das umfasst nach Satz 1 zunächst den Auftrag, Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele der Stiftung durch Leistungen nach § 17 festzulegen. Dabei können auch sie Schwerpunkte setzen; als fachliche Grundlage können die Vorschläge der Stiftung nach § 11 Abs. 4 dienen. Werden die von der Stiftung beschlossenen Ziele der Situation in einem Land nicht vollständig gerecht, kann das gemeinsame Entscheidungsgremium nach Satz 2 länderspezifische Ergänzungen auf der Ebene der Präventionsziele und Teilziele vornehmen, um regional- oder länderspezifischen Bedarfslagen Rechnung zu tragen.

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

Zu Abschnitt 4 (Gesundheitliche Aufklärung)

Zu § 13 (Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung)

Der Vierte Abschnitt des Gesetzes ist der gesundheitlichen Aufklärung gewidmet, die ein maßgebliches Instrument der gesundheitlichen Prävention ist. Die Stärkung des Verantwortungsbewusstseins für die eigene Gesundheit und die Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens in der Bevölkerung erfordert eine gezielte und qualitativ hochwertige gesundheitliche Aufklärung. § 13 weist den auf diesem Gebiet tätigen Akteuren, das sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die sozialen Präventionsträger, aber auch die nach Landesrecht zuständigen Stellen, eine gemeinsame Verantwortung zu. In diesem Sinne verpflichtet Satz 1 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die sozialen Präventionsträger, durch Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung gemeinsam dazu beizutragen, dass die Ziele der gesundheitlichen Prävention nach § 1 erreicht werden. Im Sinne eines umfassenden Gesamtkonzepts zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und der Versicherten wird einerseits eine sinnvolle Aufgabenverteilung vorgenommen. Dazu wird der Beitrag der Bundeszentrale und der Beitrag der sozialen Versicherungsträger in § 14 konkretisiert. Andererseits wird in § 13 die Verpflichtung zur engen Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen festgeschrieben, die insbesondere, aber nicht ausschließlich für die Aufgaben unverzichtbar ist, bei denen es zu Überschneidungen kommen kann. Die Bundeszentrale und die sozialen Präventionsträger sollen sich bei der Erarbeitung und Durchführung ihrer präventionsbezogenen Aufklärungsarbeit abstimmen und zusammenarbeiten, damit Überschneidungen der Maßnahmen möglichst vermieden und Synergieeffekte bewirkt werden. Um in diesen Prozess auch die Länderebene mit einzubeziehen, schreibt Satz 2 vor, dass auch mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen eng zusammengearbeitet werden soll. Satz 3 stellt klar, dass die bereits vorhandenen gesundheitsbezogenen Aufklärungsaufträge der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung unberührt bleiben, sodass den genannten Präventionsträgern die bewährten Instrumente der Information für ihre Versicherten erhalten bleiben.

Satz 3 bestimmt die wesentlichen Funktionen, die Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung erfüllen sollen. Die diesbezüglichen Vorgaben in den Nummern 1 bis 5 gelten kumulativ und sind bei der Entwicklung und Durchführung von Aufklärungskonzepten zu berücksichtigen. Zur Aufklärung sind Maßnahmen erforderlich, mit denen ein hoher Wissensstand zu grundlegenden und aktuellen Gesundheitsthemen vermittelt, eine verantwortliche Einstellung zu Fragen der Gesundheit erreicht und das individuelle Gesundheitsverhalten und -handeln positiv beeinflusst wird. Dazu werden Mittel der Kommunikation eingesetzt.

Zu § 14 (Zuständigkeiten)

§ 14 konkretisiert in Absatz 1 den Beitrag, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Einrichtung des Bundes an den Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung nach §

13 zu leisten hat. Satz 1 verweist vollinhaltlich auf das BZgA-Errichtungsgesetz und damit auf den dort in § 2 Abs. 1 abschließend festgelegten Aufgabenkatalog und die Maßgaben der Folgevorschriften für die Durchführung der Aufgaben. Nach dem BZgA-Errichtungsgesetz ist die Bundeszentrale auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung in folgenden Bereichen tätig:

- gesundheitliche Prävention (allgemeiner Aufklärungsauftrag, § 3)
- Suchtprävention
- Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere AIDS
- Blut- und Plasmaspende
- Organspende.

Daneben nimmt die Bundeszentrale die ihr nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zugewiesenen Aufgaben wahr. Sie entwickelt die in diesen Aufklärungsfeldern für bundesweite Kampagnen erprobten Konzepte fort und bringt ihre langjährige Erfahrung und Sachkunde in die Kooperation nach § 13 ein.

Satz 2 sieht vor, dass die Bundeszentrale im Rahmen ihres allgemeinen Aufklärungsauftrags über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten nach § 3 des BZgA-Errichtungsgesetzes die Präventionsziele und ihre Teilziele nach § 11 berücksichtigt. Eine entsprechende Regelung enthält § 3 des BZgA-Errichtungsgesetzes. Damit soll im Rahmen des allgemeinen Aufklärungsauftrags der Bundeszentrale eine Anbindung an das neu geschaffene Präventionssystem und seine Zielorientierung sichergestellt werden.

Absatz 2 konkretisiert den Beitrag, den die sozialen Präventionsträger an den Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung zu leisten haben. Absatz 2 Satz 1 bestimmt, dass die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 ihre Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 nicht selbst, sondern durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wahrnehmen. Es handelt sich hierbei um einen gesetzlichen Auftrag eigener Art, auf den die Regelungen des Auftragsrechts nach den §§ 88 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch keine Anwendung finden. Um eine sinnvolle Aufteilung der Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu gewährleisten, koppelt Satz 2 den Aufklärungsauftrag der Stiftung an ihr Präventionsprogramm nach § 12, das sich wiederum an den Präventionszielen und ihren Teilzielen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung nach § 11 orientiert. Die Entwicklung von Konzepten zur gesundheitlichen Aufklärung der Versicherten und ihre Durchführung erledigt die Stiftung in Eigenverantwortung oder in Kooperationen, z.B. auch mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Satz 3 stellt klar, dass unabhängig von den Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung nach Satz 1 für die gesetzlichen Krankenkassen der Aufklärungsauftrag gegenüber ihren Versicherten nach § 1 S.

3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen bleibt. Dasselbe gilt für die Pflegeversicherung, deren Auftrag nach § 7 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ebenfalls unberührt bleibt.

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

Zu Abschnitt 5 (Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung)

Zu § 15 (Verhaltensprävention)

Die Vorschrift stellt die Leistungen zur Verhaltensprävention in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen in einen Zusammenhang und ordnet sie in die Strukturen dieses Gesetzes ein. Sie knüpft dabei an den Auftrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und entwickelt ihn weiter. Zur Umsetzung dieses Auftrags haben die Spitzenverbände der Krankenkassen neben den nunmehr in § 17 neu geregelten lebensweltbezogenen Aufgaben in der Praxis vor allem Maßnahmen entwickelt, die bei den gesundheitsrelevanten Themenfeldern (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, etc.) auf das Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen sollen. Dort setzt die Regelung an. Sie umschreibt in Absatz 1 den generellen, für alle sozialen Präventionsträger gültigen Inhalt verhaltenspräventiver Leistungen. In dem durch die allgemeinen Vorschriften insbesondere der §§ 10 und 11 gezogenen Rahmen sollen Versicherte darin unterstützt und gefördert werden, durch die Änderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gesundheitliche Risiken zu mindern und/oder gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Diese Ausgestaltung des verhaltenspräventiven Auftrags stellt zunächst klar, dass es nicht Sache der Sozialversicherung ist, die Versicherten jeder Hinsicht bei der Ausrichtung an gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen. Dies ist grundsätzlich Sache der Einzelnen selbst und ihrer Verantwortung für die eigene Lebensführung. Jedoch können Leistungen zur Verhaltensprävention angeraten sein, wenn ein auch aus Sicht der Versichertenge-

meinschaft vordringliches Feld der Primärprävention berührt ist und Bedarf an Unterstützung bei der Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen besteht. Dabei ergänzen sich die Förderung der Verhaltensänderung zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken und die Förderung der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen zur Abwehr von Störungen oder Erkrankungen. Beide Möglichkeiten stehen als potentieller Inhalt verhaltenspräventiver Leistungen ausdrücklich gleichberechtigt nebeneinander.

Wegen der Voraussetzungen der Leistungen und ihrer Ausgestaltung in den verschiedenen Versicherungszweigen im Einzelnen verweist Absatz 2 auf die entsprechenden Vorschriften in den Büchern Fünf, Sechs und Elf Sozialgesetzbuch.

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

Zu § 16(Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen)

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

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

Zu § 17 (Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten)

Die Vorschrift umschreibt die Aufgabe von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in so genannten Lebenswelten. Sie entwickelt den Auftrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter. Zu seiner Umsetzung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen neben den nunmehr in § 15 neu geregelten verhaltenspräventiven Leistungen basierend auf dem Setting-Ansatz der WHO Konzepte mit dem Ziel erarbeitet, die gesundheitliche Lage der Menschen nicht nur bezogen auf das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern im Zusammenhang mit den Gegebenheiten eines bestimmten Ausschnitts ihrer sozialen und natürlichen Umwelt aufzugreifen. In einzelnen Lebenszusammenhängen - wie z.B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder in einem Stadtviertel oder in Sportstätten - sollen Prozesse initiiert werden, die dort unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen sollen. Auf diese Weise kann insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen werden. An diesem Punkt setzt die Neuregelung an. Absatz 1 bestimmt die Verantwortung für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und ihre Aufgabe. Grundsätzlich sind lebensweltbezogene Leistungen nach Satz 1 von den Trägern aller beteiligten Zweige der Sozialversicherung im Zusammenwirken mit den in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen als Gemeinschaftsaufgabe zu erbringen. Die gemeinsame Erbringung erfordert es, dass alle einzelnen Maßnahmen sich zu einem sinnvollen Gesamtkonzept zusammenfügen. Es ist bei der Realisierung eines solchen Gesamtkonzepts unbenommen, dass Einzelmaßnahmen von einzelnen Trägern erbracht werden, wenn die Rahmenvereinbarung dies vorsieht und das Entscheidungsgremium der Einbeziehung der jeweiligen Maßnahmen zugestimmt hat (siehe auch § 18 Abs. 2).

Ausgehend von der schon im geltenden Recht angelegten gleichmäßigen Verteilung der Lasten für diese Leistungen wird zum einen eine angemessene Einbindung aller Versicherungsträger und -zweige bewirkt. Weitergehend als im Rahmen des bisherigen § 20 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird zum anderen sichergestellt, dass Länder und Kommunen als wesentliche Verantwortliche für die gesundheitsrelevanten Lebensumstände ihrer Einwohnerinnen und Einwohner beteiligt werden müssen. Dieser Ansatz hat sich bei der Zahnprophylaxe nach § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bewährt und ist notwendig, damit regionale Besonderheiten wie beispielsweise soziale Brennpunkte ausreichend berücksichtigt werden können.

Aufgabe der Leistungen in Lebenswelten ist es nach Satz 2, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt zu initiieren und den Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu müssen insbesondere Maßnahmen getroffen werden, um die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale zu erheben

und um Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln zu können. Antragsberechtigt für die Leistungen ist nach Satz 2 der Träger der Lebenswelt (z.B. der Kindergartenträger). In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen, um sie für die notwendigen Schritte gewinnen zu können. Neben den Versicherten wird explizit auf die Verantwortlichen verwiesen. Damit sind die Entscheidungsträger einer Lebenswelt wie z.B. Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen oder Vorgesetzte in Betrieben gemeint, da deren Befürwortung und Mitarbeit maßgeblich für den Erfolg lebensweltbezogener Projekte ist.

Absatz 2 enthält die Legaldefinition für Lebenswelten. Der Begriff überträgt den im Englischen gebräuchlichen Begriff „Setting“ ins Deutsche. Das dahinter liegende Konzept geht davon aus, dass Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung umso nachhaltiger sind, je besser es gelingt, den einzelnen Menschen in seinem jeweiligen Lebenszusammenhang zu erreichen. Lebenswelten in diesem Sinne sind insbesondere Stadtteile, Kindergärten und Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Freizeiteinrichtungen einschließlich Sportstätten, Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser.

Absatz 3 bestimmt, dass die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen im pflichtgemäßen Ermessen steht und welche Gesichtspunkte und Anforderungen dabei im Wesentlichen zu berücksichtigen sind. Dies bewirkt die Anbindung der Leistungen an die Präventionsziele nach § 11, an die abgestimmten Konzepte zu ihrer Umsetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums nach § 18 und an die Qualitätsstandards nach § 20. Dabei sind die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

Satz 3 verpflichtet die sozialen Präventionsträger zum einen, bei Entscheidungen über die Durchführung von Leistungen für eine im Land regional angemessene Verteilung der Leistungen Sorge zu tragen und dabei die regionalen Bedarfe zu berücksichtigen. Dies soll sicherstellen, dass mit lebensweltbezogenen Leistungen auch soziale Brennpunkte ausreichend erreicht werden. Zum anderen soll den Unterschieden zwischen den Versicherungszweigen Rechnung getragen werden, indem die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis auf außerbetriebliche und betriebliche Lebenswelten verteilt werden. Damit kann z.B. berücksichtigt werden, dass für die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung betriebsbezogene Aufgaben im Vordergrund stehen und deshalb die aus diesen Zweigen aufgebracht Mittel vor allem in Leistungen in betrieblichen Lebenswelten fließen sollen.

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

Präventionsträgern und dem Träger der Lebenswelt (z.B. einer Gemeinde als Schulträgerin oder einem Betriebsinhaber als Verantwortlichen für den Arbeitsplatz) ist vorgesehen. Dieser eigenanteil kann nicht allgemein beziffert werden, sondern obliegt der Entscheidung der sozialen Präventionsträger nach Maßgabe der Voraussetzungen im Einzelfall. Der Anteil kann nach der Entscheidung der sozialen Präventionsträger auch durch Sach- oder Personalleistungen erbracht werden. Eine zusätzliche finanzielle Beteiligung ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Satz 2 trifft eine Sonderregelung für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten obliegen nach dem Arbeitsschutzrecht zwingend der Verantwortung der Arbeitgeber. Dem entsprechend haben grundsätzlich sie alle Maßnahmen zu finanzieren, die notwendig sind, damit Gefahren für das Auftreten von Berufskrankheiten ermittelt und Maßnahmen zu ihrer Abwehr entwickelt werden können. Vor diesem Hintergrund stellt die Regelung klar, dass auch solche arbeitsschutzbezogenen Aufgaben Bestandteil von Leistungen nach Absatz 1 sein können. Bei Leistungen in betrieblichen Lebenswelten wäre eine starre Aufteilung zwischen Maßnahmen, die auf den Arbeitsschutz ausgerichtet sind, und anderen Maßnahmen weder praktikabel noch sinnvoll. Darüber hinaus bewirkt die Regelung, dass der von den Arbeitgebern nach Satz 1 zu tragende Eigenanteil angemessen um den Aufwand zu erhöhen ist, der den Arbeitsschutz betrifft.

Absatz 5 legt den Umfang der lebensweltbezogenen Leistungen fest. Das dient der Abgrenzung der Verantwortlichkeit zwischen der Sozialversicherung als Kostenträgerin der Maßnahmen einerseits und dem Träger der Lebenswelt andererseits. Der Sozialversicherung kann nur die Aufgabe übertragen werden, lebensweltbezogene Prozesse zu initiieren und zu begleiten. Die Umsetzung von Maßnahmen als Ergebnis der Prozesse - etwa die Umgestaltung von Arbeitsplätzen oder die gesundheitsförderliche Städteplanung - fällt hingegen grundsätzlich in die ausschließliche Verantwortlichkeit des Trägers der Lebenswelt und darf den sozialen Präventionsträgern nicht zugewiesen werden. Vor diesem Hintergrund bestimmen die Nummern 1 und 2, dass die sozialen Präventionsträger grundsätzlich nur Kosten für die Erhebung der gesundheitlichen Situation und für die Organisation von Vorschlägen - z.B. in Gesundheitszirkeln - zur Verbesserung der Situation übernehmen. Nummer 3 lässt erweiternd auch die Übernahme von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu, wenn diese als Sozialleistung erbracht werden können und in die Zuständigkeit eines der an der Gemeinschaftsaufgabe nach Absatz 1 beteiligten Träger fallen. Dadurch wird insbesondere ermöglicht, dass Kurse zur Verhaltensprävention nach § 15 in Lebenswelten auf Kosten der jeweiligen Präventionsträger durchgeführt werden können. Damit wird sichergestellt, dass die Sozialversicherungsträger keine Maßnahmen der primären Prävention in Settings zu finanzieren haben, die über ihren originären Aufgabenbereich hinausgehen.

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

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

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

Zur Herstellung der notwendigen Transparenz über die von den sozialen Präventionsträgern erbrachten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verpflichtet Absatz 8 die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Veröffentlichung aller wesentlichen diesbezüglichen Informationen. Die Veröffentlichung verfolgt den Zweck, die Erfahrungen mit bereits erbrachten Leistungen weiterzugeben und die Möglichkeit zu eröffnen, unmittelbar aus ihnen zu lernen. Damit soll die Verbreitung erfolgreicher Leistungen in Lebenswelten un-

terstützt und gleichzeitig verhindert werden, dass sich Fehler bei der Konzeption oder bei der Erbringung der Leistungen wiederholen. Die Veröffentlichung muss allgemein zugänglich erfolgen, sodass jeder, der sich über die Leistungen nach dieser Vorschrift informieren möchte, auch an die bereits zur Verfügung stehenden Informationen gelangen kann. Insofern bietet sich vor allem die Veröffentlichung in Form einer allgemein zugänglichen Datenbank im Internet an. Damit die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung in die Lage versetzt wird, die Aufgabe nach Satz 1 zu erfüllen, regelt Satz 2 die Verpflichtung der sozialen Präventionsträger zur Weitergabe der notwendigen Informationen.

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

Die Vorschrift regelt die Organisation der Entscheidungsabläufe und der Mittelverwaltung der Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 Abs. 1. Deren Ausgestaltung soll nach Absatz 1 Satz 1 in gemeinsamen Rahmenvereinbarungen geregelt werden. Vertragspartner sind die für die Leistungserbringung zuständigen sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3, die für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 4 zuständigen Verbänden sowie die in den Ländern für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Stellen. Durch die Rahmenvereinbarungen kann zum einen den Erfordernissen der Praxis eher Rechnung getragen werden als durch eine einheitliche und starre gesetzliche Regelung; zum anderen kann die unterschiedliche Verwaltungsorganisation in den Ländern mit der unterschiedlichen Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes besser berücksichtigt werden. Dazu wird den für Leistungen nach § 20 Abs. 1 zuständigen sozialen Präventionsträgern aufgegeben, mit den in den Ländern zuständigen Stellen Rahmenvereinbarungen über die Organisation der Aufgaben abzuschließen. Vorbild dafür ist die Regelung in § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich in der Praxis bewährt hat.

Inhalt der Rahmenvereinbarung sind mindestens die in Satz 2 genannten Gegenstände. Dazu gehören nach Nummern 1 bis 3 insbesondere die Bildung eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums, seiner Besetzung und die Stimmenverteilung bei Entscheidungen. Das gemeinsame Entscheidungsgremium beschließt für die nach § 17 Abs. 1 zuständigen sozialen Präventionsträger und die in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen erstens das Präventionsprogramm im Land nach § 12 Abs. 3 und zweitens die für Leistungen nach § 17 Abs. 1 notwendigen Festlegungen. Weitere Mindestinhalte sind nach den Nummern 4 und 5 Regelungen über die Organisation der Mittelaufbringung für die Leistungen und darüber, welche Maßnahmen getroffen werden, damit die Mittel nach § 17 Abs. 3 S. 3 in den Regionen und nach den Aufgaben der Versicherungszweige angemessen verteilt werden und der regionale Präventionsbedarf berücksichtigt wird. Bei der Ausgestaltung dieser Regelungsgegenstände sind die Vertragspartner weitgehend frei; sie können insbesondere nach den Voraussetzungen in den Ländern prakti-

kable Gestaltungen wählen. Allerdings müssen die Anforderungen gewahrt bleiben, die sich aus der Verwendung von Mitteln der Sozialversicherung für die Aufgaben nach § 17 Abs. 1 ergeben.

Absatz 2 stellt sicher, dass Entscheidungen über lebensweltbezogene Maßnahmen nicht gegen das Votum des jeweiligen Finanziers getroffen werden dürfen. Ein Überstimmen durch die anderen Sozialversicherungsträger mit der Folge der Verpflichtung eines einzelnen sozialen Präventionsträgers zur Beteiligung an der Durchführung einer einzelnen Maßnahme ist damit ausgeschlossen. Dieser Fall ist nur dann relevant, wenn vorab in der Rahmenvereinbarung festgelegt wurde, dass die Durchführung von einheitlichen und gemeinsamen Maßnahmen auch durch einzelne Präventionsträger erfolgen kann. Die in § 17 Abs. 1 vorgeschriebene gemeinsame und einheitliche Erbringung der Leistungen ergibt sich in diesem Fall durch das Zusammenspiel aller auf Landesebene durchgeführten Maßnahmen.

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

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

Absatz 5 enthält eine Rechtsverordnungsermächtigung zu Gunsten der Länder für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung in der festgelegten Frist nicht zustande kommt. In der Rechtsverordnung regelt das Land dann den notwendigen Mindestinhalt der Vereinbarung nach den Nummern 1 bis 5 auf der Grundlage der Vorschriften, die sich für die Leistungen nach § 17 maßgeblich sind. Für die Zusammensetzung gilt nach Satz 2, dass alle Sozialversicherungszweige in dem gemeinsamen Entscheidungsgremium vertreten sein müssen. Im übrigen soll die Zusammensetzung nach Satz 3 insbesondere am Umfang der für Leistungen nach § 17 Abs. 1 aufgebrauchten Mittel ausgerichtet werden. Neben den Vertretern der sozialen Präventionsträger

können auch Vertreter der Landesebene Mitglieder des Entscheidungsgremiums sein. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Versichertengelder grundsätzlich in der Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger verbleiben. Auf diese Weise wird dafür gesorgt, dass einerseits die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 17 Abs. 1 nicht blockiert wird, weil sich die Partner der Rahmenvereinbarung nicht verständigen können und andererseits sowohl die Interessen der Sozialversicherungsträger als auch die der Länder gewahrt werden. Satz 3 schreibt vor, dass durch geeignete Verfahrensregelungen bei allen Entscheidungen sichergestellt wird, dass die Interessen der sozialen Präventionsträger gewahrt bleiben, wenn Mehrheitsentscheidungen von der Rechtsverordnung vorgesehen werden.

Zu § 19 (Ausführung von Leistungen)

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

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

Absatz 3 der Vorschrift benennt die Möglichkeiten, derer sich die Präventionsträger für die Leistungserbringung der Leistungen nach § 15 bedienen können. In dem Katalog der Nummern 1 bis 3 finden sich wesentliche Formen der Leistungserbringung. Die sozialen Präventionsträger können die Leistungen sowohl allein, als auch in Zusammenarbeit mit anderen sozialen Präventionsträgern erbringen. Auch eine Leistungserbringung durch andere soziale Präventionsträger und sonstige Dritte, z.B. Sportvereine, ist vorgesehen. Für Leistungen in Lebenswelten nach § 17 können Pauschalen in der Rahmenvereinbarung vorgesehen werden. Es besteht für die sozialen Präventionsträger bei der Leistungserbringung damit ein weiter Gestaltungsspielraum. Die Auswahl der Leistungsform wird sich regelmäßig danach richten, auf welche Weise die Leistung am wirksamsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann. Satz 3 legt zudem fest, dass die sozialen Präventionsträger bei jeder Form der Leistungserbringung für die Ausführung der Leistungen insbesondere in Bezug auf die Qualität verantwortlich bleiben.

Zu § 20 (Wirksamkeit und Qualitätssicherung)

Der Einsatz von Mitteln aus Steuern und Beiträgen der Sozialversicherten ist nur gerechtfertigt, soweit es sich grundsätzlich um wirksame und qualitätsgesicherte Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung handelt. Der Wirksamkeitsnachweis ist aber auch im Interesse der Menschen zu fordern, die sich von den Leistungen und der Beteiligung an Präventionsmaßnahmen eine Verbesserung ihrer Gesundheit versprechen. Zu ihrem Schutz ist erforderlich, für die Leistungen eine Evidenzbasierung vorzuschreiben. Das heißt, es muss wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen sein, dass die Leistungen den Zweck, zu dem sie erbracht werden, grundsätzlich auch erfüllen können. Absatz 1 Satz 1 knüpft daher die Zulässigkeit von Leistungen der Verhaltensprävention nach § 15 grundsätzlich an den wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit. Die Regelung greift den in § 2 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwendeten Begriff der Wirksamkeit von Leistungen auf. Die Vergabe von Leistungen, deren Wirksamkeit nicht hinreichend nachgewiesen ist, würde dem Gebot einer wirtschaftlichen Verwendung von Finanzmitteln widersprechen.

Abweichend von dem Erfordernis des vorab zu erbringenden Wirksamkeitsnachweises nach Satz 1 lässt Satz 2 die Möglichkeit einer Vereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer zu, den Wirksamkeitsnachweis innerhalb einer angemessenen Frist begleitend zu der Leistung zu erbringen. Die Einräumung dieser Möglichkeit trägt dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit vielfach weder ein Interesse noch eine Notwendigkeit bestand, Leistungen der Verhaltensprävention auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich zu überprüfen. Für viele heute gängige Leistungen steht ein solcher Nachweis daher noch aus. Die Möglichkeit des begleitenden Nachweises stellt für diese Fälle, die bei der Einführung der Wirksamkeitsanforderung notwendige, flexible Lösung zur Verfügung. Relevanz wird die Regelung des Satzes 2 zukünftig aber auch für Präventionsleistungen besitzen, die sich auf neu entwickelte Präventionsmaßnahmen beziehen, für deren Wirksamkeit zunächst nur eine irgendwie, z.B. durch Studien belegte hohe Wahrscheinlichkeit spricht, die aber noch nicht den nach Absatz 3 von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu erarbeitenden Standards für die Erfüllung der Anforderungen nach Satz 1 erfüllen. Stellt sich bei dem begleitenden Nachweisverfahren wider Erwarten die Unwirksamkeit der Leistung heraus, ist sie umgehend einzustellen und für die Zukunft nicht mehr zulässig. Die Angemessenheit der Nachweisfrist hat sich insbesondere nach den Erfordernissen des Einzelfalles für einen verlässlichen wissenschaftlichen Nachweis zu richten. Für den Nachweis der Wirksamkeit werden keine Mittel zur Verfügung gestellt. Einheitliche Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis gibt der Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 vor. Die Kriterien sollen sicherstellen, dass bei dem wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit von Leistungen geschlechtsabhängige Unterschiede berücksichtigt werden. Kann in der vertraglich festgelegten Frist der Nachweis geführt werden,

dass die Leistung die notwendige Wirkung entfaltet, gilt sie als wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen nach Satz 1 und muss nicht weiter wissenschaftlich evaluiert werden. Wissenschaftliche Doppelevaluationen können dadurch vermieden werden.

Da ein Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 sowie für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 17 im Vorhinein nicht erbracht werden kann, enthält Satz 3 für sie modifizierte Durchführungs- bzw. Leistungsvoraussetzungen. Danach dürfen solche Maßnahmen und Leistungen nur durchgeführt oder erbracht werden, wenn vorab nachgewiesen wird, dass ihnen ein präzises, nachvollziehbares und erfolgversprechendes Konzept zu Grunde liegt, das auch ein Konzept zum Qualitätsmanagement umfasst. Der Nachweis hat demnach aufzuzeigen, dass die Maßnahmen oder Leistungen in einer Weise konzipiert sind, die den Eintritt des angestrebten Erfolgs nahe legt. Dafür sind insbesondere die sorgfältige Planung, die Wahl der richtigen Zugangswege, geeignete Instrumente und Methoden im Hinblick auf die besonderen Zielgruppen bzw. Leistungsadressaten und die verfolgten Ziele der Maßnahmen oder Leistungen darzulegen. Bei der Planung und Konzeption sind insbesondere auch geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Einheitliche Kriterien für die Führung des Nachweises werden durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 erarbeitet. Das nachzuweisende Konzept für ein Qualitätsmanagement muss darüber hinaus gewährleisten, dass eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität der jeweiligen Maßnahme oder Leistung erfolgt. Auch hierzu wird es Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nach Absatz 3 geben.

Absatz 2 Satz 1 bindet die Erbringer von Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung in das System der Qualitätssicherung ein, indem er sie zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Dieses muss nach der Regelung auf die stetige Sicherung und Verbesserung der Leistungsqualität ausgerichtet sein und sich an den Qualitätsstandards nach Absatz 3 orientieren. Satz 2 regelt die Verpflichtung der sozialen Präventionsträger, soweit sie die Leistungen durch Dritte erbringen lassen, durch vertragliche Vereinbarungen mit diesen für die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 zu sorgen. Damit ist sichergestellt, dass alle erbrachten Leistungen und Maßnahmen über eine hinreichende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügen. Dabei handelt es sich nicht um eine regelhafte wissenschaftliche Evaluation, sondern lediglich um die begleitende Sicherstellung der in Absatz 3 von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickelnden Anforderungen und Kriterien zu Qualität und Qualitätssicherung.

Eine abgestimmte und möglichst einheitliche Qualitätssicherung ist unabdingbare Voraussetzung für das trägerübergreifende Präventionsmanagement und erleichtert die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger. Absatz 4 Satz 1 überträgt dem Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung deshalb die Aufgabe, im Bereich der primären Prävention und Gesundheitsförderung Empfehlungen zu Qualitätsstandards zu beschlie-

ßen. Diese Qualitätsstandards sollen sich auf die Voraussetzungen nach Absatz 1 beziehen, d.h. sie sollen Kriterien für den wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, die geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen, und Kriterien für den Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts für Maßnahmen und Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 enthalten. Um Chancengleichheit herzustellen, Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und die Vergleichbarkeit der Nachweise erreichen sollen die Kriterien die aktuellen wissenschaftlichen Standards berücksichtigen. Darüber hinaus sollen die Qualitätsstandards bestimmen, welche Aspekte der Qualitätssicherung bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention nach diesem Gesetz zu beachten sind. Dazu gehören - dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend - Vorgaben für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer (Strukturqualität), Anforderungen an die Qualität und Qualitätsbeurteilung der Leistungserbringung (Prozessqualität) und Kriterien zur Beurteilung des Ergebnisses der Leistungserbringung (Ergebnisqualität). Strukturqualität umfasst hierbei im Wesentlichen die fachliche Qualifikation des Personals sowie die Logistik für die Leistung, während Prozessqualität sich auf die Qualitätsaspekte bei der Erbringung der Leistung, z.B. Fragen der Organisation eines Gesundheitszirkels, bezieht. Mit Ergebnisqualität ist beispielsweise die Beurteilung der Zielerreichung und die Zufriedenheit der Leistungsadressaten gemeint.

Daneben sollen auch die Anforderungen an ein Konzept des Qualitätsmanagements nach Absatz 2 klar beschrieben werden. Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann selbstverständlich, soweit sie dies im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung für erforderlich hält, im Rahmen der Empfehlungen weitere Punkte einheitlich regeln. Die Empfehlungen gelten unmittelbar für alle sozialen Präventionsträger. Durch die Mitarbeit der Sozialversicherungsträger in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ist sichergestellt, dass bisherige Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherungskonzepte nicht nivelliert werden.

Absatz 3 regelt das Verfahren, auf welche Weise die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung die Empfehlungen zu den Qualitätsstandards beschließt. Satz 1 sieht vor, dass der Beschluss der Empfehlungen durch den Stiftungsrat erfolgt. Wie die Vorbereitung des Beschlusses erfolgt, bleibt der Stiftung überlassen. Sie kann die Vorschläge für die Empfehlungen zu den Qualitätsstandards sowohl selbst in ihren Gremien erarbeiten, als sie auch ganz oder teilweise bei Dritten in Auftrag geben. Satz 2 stellt klar, dass bei der Erarbeitung dieser Qualitätsstandards den Besonderheiten der verschiedenen Leistungen und Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung Rechnung zu tragen ist. Bei den Qualitätsstandards für die gesundheitliche Aufklärung soll auf den Sachverstand und die bisherigen Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zurückgegriffen werden. Zur Sicherstellung eines zeitgemäßen Beschlusses bestimmt Satz 3, dass nach Ablauf der maßgeblichen Frist gemäß Absatz 7 ein Vorschlag des Vorstandes der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt wird, dem von Mitgliedern des Stiftungsrates widersprochen werden kann. Satz 5 be-

stimmt, dass über Widersprüche gegen Vorschläge zu den Qualitätsstandards die Schiedsstelle im Wege des Schiedsverfahrens nach § 11 Abs. 6 Satz 3 entscheidet.

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

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

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

Zu Abschnitt 6 (Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention)

Zu § 21 (Grundsätze)

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

Die sozialen Präventionsträger und ihre Verbände werden nach Absatz 1 Satz 1 befugt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung durchzuführen oder deren Durchführung mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Modellvorhaben können in allen Bereichen der gesundheitlichen Prävention - also in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie der Gesundheitsförderung - durchgeführt werden. Sie können sich sowohl auf neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung einschließlich der Qualitätssicherung, als auch auf neue Leistungen beziehen, welche die Qualität und die Effizienz der Versorgung verbessern sollen. Modellvorhaben können auch zur Erprobung von Präventionsmaßnahmen und -leistungen in Lebenswelten (Settings) dienen. Nach erfolgreichem Abschluss der Modellprojekte sollen die erprobten Maßnahmen und Instrumente in das Leistungsspektrum mindestens eines Sozialversicherungszweiges übernommen werden können. Sie dürfen aber auch auf mehrere Sozialversicherungszweige ausgerichtet sein. Satz 3 räumt die Möglichkeit ein, die Modellvorhaben auch zusammen mit sonstigen Dritten insbesondere mit den zuständigen Stellen in den Ländern und den Trägern der Sozialhilfe durchzuführen. Solche Kooperationsmodelle mit zuständigen Stellen in den Regionen machen Sinn, da die Vorhaben regelmäßig auf der Versorgungsebene zu erproben und in die örtlichen Strukturen einzubinden sind. Kooperationen für Modellprojekte kommen aber auch mit sonstigen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention tätig sind wie z.B. mit Fachverbänden, Selbsthilfeorganisationen oder alternativen Gesundheitszentren in Betracht. Satz 3 stellt klar, dass Modelle der primären Prävention vorrangig zur Erreichung der von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschlossenen Präventionsziele und -teilziele durchgeführt werden sollen. Damit wird deutlich, dass während der Geltungsdauer von Präventionszielen nach § 11 der Einsatz finanzieller Mittel, auch was die Weiterentwicklung der Versorgung betrifft, auf die Zielbereiche konzentriert werden soll. Satz 4 bestimmt für die Modellvorhaben die Regelhöchstdauer von fünf Jahren. Darin enthalten sein soll die Vor- und Nachbereitung der Projekte.

Absatz 2 bestimmt, dass die Modellvorhaben anerkannten Qualitätskriterien gerecht werden müssen. Im Hinblick auf die Aussagekraft und Übertragbarkeit von Modellvorhaben muss sichergestellt sein, dass sie anerkannten Standards für eine modellhafte Erprobung und ihrer wissenschaftliche Evaluation genügen.

Absatz 3 regelt die Anforderungen, die an die Auswertung der Modellvorhaben gestellt werden, damit die Erreichung aussagekräftiger Ergebnisse gewährleistet ist. Im Hinblick auf die Auswertung der Modellvorhaben wird der bereits in § 21 Abs. 2 für die gesamte Durchführung der Modellvorhaben formulierten Anspruch auf Berücksichtigung der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards bekräftigt. Darüber hinaus knüpft die Regelung die Auswertung der Ergebnisse mit dem Verweis auf § 21 Abs. 1 an die ursprüngliche Zielsetzung der Modellvorhaben. Die Auswertung eines Modellvorhabens hat dem entsprechend zwingend Aussagen dar-

über zu treffen, inwieweit die erprobten Instrumente oder Leistungen zu Verbesserungen der Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen der gesundheitlichen Prävention beitragen können. Absatz 3 Satz 2 bestimmt, dass unabhängige Sachverständige über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einen Bericht zu erstellen und zu veröffentlichen haben. Unabhängig bedeutet, dass die Sachverständigen weder selbst, noch ihr Arbeitgeber oder eine ihnen nahestehende Person in irgendeiner Weise von der Einführung der erprobten Leistungserbringung oder der erprobten Leistung profitieren dürfen. Die Sachverständigen dürfen grundsätzlich kein Eigeninteresse mit dem Ergebnis des Modellvorhabens verbinden. Mit unabhängig nicht gemeint ist dagegen, dass die wissenschaftliche Begleitung und die Erstellung des Abschlussberichtes durch unterschiedliche Sachverständige erfolgen muss. Es wird davon ausgegangen, dass bereits bei der Antragstellung festgelegt wird, wer die Auswertung durchführt. Die Pflicht zur Veröffentlichung dient der Transparenz und ermöglicht die notwendige Verbreitung und Verwertung der Ergebnisse von Modellprojekten auch in Bezug auf die wissenschaftliche Forschung im Bereich der gesundheitlichen Prävention.

Absatz 4 stellt sicher, dass die in § 63 Abs. 4 S. 2 und Abs. 5 S. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Ausschlussgründe und Regelungen auch für die hier geregelten Modellprojekte gelten. Ausgeschlossen ist danach biomedizinische Forschung sowie Forschung zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Darüber hinaus sind die Verträge über Modellprojekte den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Für Modellprojekte der gesetzlichen Krankenversicherung gilt nach Satz 2 zusätzlich, dass Forschung zu Leistungen, die bereits vom gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wurden, nicht betrieben werden darf (§ 63 Abs. 4 S. 1 SGB V) und dass die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellprojekte sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung zu regeln sind (§ 63 Abs. 5 S. 1 SGB V).

Zu § 22 (Mitwirkung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung)

Satz 1 der Vorschrift stellt mit Hinweis auf § 21 Abs. 1 S. 1 klar, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf die Durchführung von bundesweit bedeutsamen Modellprojekten die gleichen Kompetenzen besitzt, wie die anderen sozialen Präventionsträger. Satz 2 überträgt der Stiftung darüber hinaus die Aufgabe, die notwendigen Maßnahmen zur gegenseitigen Information der Präventionsträger über Modellvorhaben, die von ihnen oder mit ihrer Beteiligung durchgeführt werden, zu treffen. Ihr kommt also die Verantwortung zu, für Transparenz und Koordination der Modellvorhaben zu sorgen. Bei der Festlegung der notwendigen Maßnahmen besitzt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung einen Gestaltungsspielraum. Im Ergebnis muss aber mindestens gewährleistet sein, dass der erforderliche

Informationsfluss zwischen den sozialen Präventionsträgern sichergestellt ist. Satz 3 enthält für eigene Modellprojekte der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, soweit diese - wie es etwa bei Settingprojekten häufig der Fall sein wird - Zuständigkeiten der Landesebene berühren, ein zusätzliches Beteiligungserfordernis. Bei solchen Modellvorhaben muss die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung das Einvernehmen des oder der zuständigen gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 einholen. Dadurch sollen vor allem Parallelförderungen auf Bundes- und Landesebene vermieden werden.

Zu Abschnitt 7 (Umfang und Verteilung der Mittel)

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

Die Vorschrift regelt die Aufbringung und Verteilung der jährlichen Mittel für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15, für lebensweltbezogene Leistungen nach § 17 und als Einlage für die Stiftung. Die Regelung knüpft an § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bisher geltenden Fassung an und entwickelt ihn weiter. Die Regelung bestimmt für jeden Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, welchen Betrag er für die genannten Leistungen jährlich aufzubringen hat. Ausgangspunkt ist das Jahr 2008. Ab diesem Zeitpunkt ist die in Absatz 6 geregelte Übergangsphase des kontinuierlichen Aufwachsens der Werte abgeschlossen, und ab dann sind die Aufwendungen für Leistungen zur Verhaltensprävention, für lebensweltbezogene Aufgaben und für begleitende Maßnahmen der Stiftung einheitlich im Verhältnis von 40 % zu 40 % und 20 % aufzuteilen. Dafür ist von allen Trägern im Jahr 2008 eine Gesamtsumme von 250 Millionen Euro aufzubringen. Davon sind in Anlehnung an den bisher geltenden Wert in § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 180 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. In Relation dazu und gemessen an den Aufwendungen für gesundheitlich bedingte Versicherungsfälle sind weitere 40 Millionen Euro von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von den Trägern der sozialen Pflegeversicherung aufzubringen.

Absatz 1 Satz 1 teilt diese Gesamtwerte auf die Leistungsbereiche und die Versicherungszweige auf und verpflichtet die Träger, die sich daraus ergebenden Mittel aufzubringen. Anders als nach geltendem Recht steht dies nicht im Ermessen der Träger. Um sicherzustellen, dass die notwendigen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung auch unter dem Druck knapper Mittel zur Verfügung stehen, wird den Trägern zwingend aufgegeben, die Mittel auszu-

schöpfen. Das bringt die Formulierung zum Ausdruck, nach der die in den Nummern 1 bis 3 genannten Werte aufzubringen „sind“.

Im Einzelnen sind das nach Nummer 1 die Leistungen zur Verhaltensprävention, auf die insgesamt 100 Millionen Euro entfallen, nach Nummer 2 die lebensweltbezogenen Leistungen mit ebenfalls 100 Millionen Euro und nach Nummer 3 die Zuwendungen für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung mit 50 Millionen Euro. Als Besonderheit verweist Nummer 1 für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung auf die nach den Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch zu erbringenden Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Anders als die Träger der anderen Versicherungszweige haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung präventive Leistungen grundsätzlich nicht selbst zu erbringen, sondern sie haben darauf hinzuwirken, dass die Arbeitgeber die notwendigen Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention treffen. Dem trägt die Vorschrift Rechnung und verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren künftig gesetzlich bestimmte Mindestbeträge aufzubringen. Vergleichbar den anderen in Nummer 1 aufgezählten Leistungen soll auch dadurch sichergestellt werden, dass ein zur Erhaltung der Gesundheit bedeutsamer präventiver Ansatz ausreichend beachtet wird.

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

Absatz 2 regelt die Aufteilung der sich aus Absatz 1 ergebenden Werte auf die Träger in den Zweigen. Für sie soll grundsätzlich die Zahl ihrer Versicherten maßgeblich sein. Dem entsprechend bestimmt die Vorschrift für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, dass sich ihr Anteil an den in Absatz 1 festgelegten Werten aus dem Verhältnis zwischen der Zahl ihrer eigenen Versicherten zu der Zahl aller Versicherten im betreffenden Zweig ergibt. Für die gesetzliche Unfallversicherung ist ein anderer Ansatz festgelegt. Hier bereitet zum einen die Zuordnung der Zahl der Versicherten statistische Schwierigkeiten. Zum anderen bildet weniger die Zahl der Versicherten als vielmehr der Gesamtaufwand für Versicherungsleistungen das von einem Unfallversicherungsträger zu tragenden Risiko und den daraus herzuleitenden Bedarf für präventive Leistungen ab. Maßstab für die Verteilung der nach Absatz 1 maßgeblichen Summen auf die einzelnen Unfallversicherungsträger ist deshalb das Verhältnis der eigenen Ausgaben des Trägers zu den Gesamtaufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Satz 2 regelt, dass innerhalb der Pflegeversicherung die Mittel für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 so umgelegt werden, dass sie dem jeweiligen Anteil an über 74jährigen Versicherten entspricht. Dies ist keine Beschreibung der Leistungsberechtigung, sondern beinhaltet lediglich die Berechnung des Ausgleichs zwischen den Pflegekassen, um zu gewährleisten, dass für alle Leistungsberechtigten annähernd gleich viele Mittel zur Verfügung stehen.

Absatz 3 regelt die Verteilung der Mittel nach Absatz 1 für lebensweltbezogene Aufgaben. Diese Aufgaben haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach § 17 Abs. 1 in den Ländern jedenfalls im Grundsatz gemeinsam und einheitlich zu erfüllen. Notwendig ist deshalb ein Verteilungsmaßstab, der die Aufteilung der von den Trägern nach Absatz 1 Nr. 2 aufzubringenden Mittel nach Ländern regelt. Dafür soll grundsätzlich die Zahl der Versicherten in den Ländern maßgeblich sein. Deshalb haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung ihren Anteil an den Mitteln nach Absatz 1 Nr. 2 in den Ländern entsprechend der Zahl ihrer Versicherten dort aufzubringen. Abweichend davon folgt die Aufteilung bei der gesetzlichen Unfallversicherung mangels statistischer Daten der Zahl der Einwohner in den Ländern.

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

Absatz 5 regelt die Übergangsphase bis zur vollständigen Geltung der in Absatz 1 festgelegten Beträge. Sie sieht für die Dauer ab Inkrafttreten der finanzwirksamen Regelungen des Gesetzes am 10. Oktober 2005 bis zum Abschluss der Übergangsphase am 31. Dezember 2007 eine allmähliche Steigerung der Summen vor, die für lebensweltbezogene Leistungen nach § 17 bzw. für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung aufzubringen sind. Dazu ersetzt Satz 1 die in Absatz 1 bestimmten Werte durch entsprechend reduzierte Beträge. Danach sollen noch im Jahr 2005 ein Viertel der für 2006 vorgesehenen Mittel (12,5 % der in Absatz 1 festgelegten Werte) vorgesehen werden. Dieser Betrag soll es insbesondere der Länderebene ermöglichen, bereits 2005 nach Festlegung der notwendigen Strukturen erste lebensweltbezogene Maßnahmen zu bewilligen. Diese Mittel sind ausdrücklich von der Regelung zur Verwendung nichtgenutzter Mittel nach § 24 ausgenommen und verbleiben bei Nichtverwendung auf der jeweiligen Handlungsebene. Im Jahr 2006 muss für Lebensweltleistungen und die Arbeit der Stiftung jeweils die Hälfte der in Absatz 1 festgelegten Werte aufgebracht werden. Im Jahr 2007 muss für lebensweltbezogenen Leistungen ein um 25 % reduzierter Betrag getragen werden. Damit die von den Krankenkassen nach bisher geltendem Recht zu erbringenden Leistungen zur primären Prävention während der Übergangsphase trotz dieser Regelung auf dem bisherigen Niveau

verbleiben, werden die Ansätze für Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2006 und 2007 angehoben. Dazu schreibt Satz 2 vor, um welche Steigerungsfaktoren die in Absatz 1 Nr. 1 festgelegten Werte während der Übergangszeit anzuheben sind. Satz 3 bestimmt, dass für alle von den Sätzen 1 und 2 nicht betroffenen Werte auch in der Übergangszeit die Regelung des Absatz 1 gilt.

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

Zu § 24 (Verwendung nicht genutzter Mittel)

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

Absatz 2 regelt die Folgen, die eintreten, wenn die zur Verwendung von lebensweltbezogenen Leistungen nach § 17 bestimmten Mittel nicht ausgeschöpft werden. Diese Mittel sind im Folgejahr von dem betreffenden Träger zusätzlich für Leistungen nach § 17 zu verwenden. Werden sie auch im Folgejahr nicht ausgeschöpft, sind sie für Leistungen nach § 17 auf Länderebene zur Verfügung zu stellen. Die Entscheidung über die Verteilung in anderen Ländern obliegt der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Sie hat sich bei dieser Entscheidung insbesondere von den Verhältniszahlen leiten zu lassen, die nach § 23 Abs. 3 für die Verteilung von Mitteln in den Ländern maßgebend sind.

Zu Abschnitt 8 (Monitoring zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention)

Zu § 25 (Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zuständigen Stellen)

Die Funktionalität der nach diesem Gesetz neu geschaffenen Strukturen, die Qualität und die Effizienz sämtlicher Maßnahmen und Leistungen zur gesundheitlichen Prävention werden einer kontinuierlichen Systembeobachtung und Erfolgskontrolle unterzogen, die der Weiterentwicklung des Gesamtsystems dienen. Durch dieses sogenannte Monitoring ist die Fortentwicklung der gesundheitlichen Prävention im Sinne eines „lernenden Systems“ im Gesetz selbst bereits angelegt. Die Versorgung mit Leistungen der gesundheitlichen Prävention ist dezentral organisiert, sodass eine Überprüfung der mit dem Gesetz getroffenen Regelungen nur über die Erfahrungsberichte aus der Präventionspraxis zu erreichen ist. Im Interesse der Sammlung und Zusammenführung aller notwendigen Informationen verpflichtet Satz 1 der Vorschrift deshalb die sozialen Präventionsträger über ihre Spitzenverbände bzw. über den Vorstand der deutschen Rentenversicherung Bund über ihre wesentlichen Erkenntnisse zur Umsetzung des Gesetzes und über seine Wirkungen insbesondere im Bereich der Leistungen zur Verhaltensprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zu berichten. Damit wird sichergestellt, dass pro Sozialversicherungszweig jeweils ein Bericht erstellt wird. Satz 2 regelt eine entsprechende Verpflichtung im Hinblick auf die Leistungen der primären Prävention in Lebenswelten für die Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Nr. 1. Die Berichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von vier Jahren vorzulegen und werden zur Erstellung des Präventionsberichts nach § 26 für den Deutschen Bundestag und den Bundesrat an den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung weitergeleitet. Ihnen kommt bei der Beobachtung der gesundheitlichen Prävention besondere Bedeutung zu, weil sich der überwiegende Teil des Präventionsgeschehens unterhalb der Bundesebene vollzieht. Satz 3 nennt dementsprechend einzelne für das Gesamtsystem besonders relevante Punkte, die in den Berichten nach Satz 1 und 2 berücksichtigt werden sollen. Dazu gehören ausdrücklich auch mögliche Schlussfolgerungen der berichterstattenden Stellen. Die Berichte sollen demnach über die bloße Darstellung der Situation hinaus auch wertende Stellungnahmen mit Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Präventionsregelungen enthalten.

Absatz 2 bestimmt, dass der Deutsche Bundestag sowie die Öffentlichkeit insgesamt auch über die Tätigkeit der Stiftung in regelmäßigen Abständen nach Maßgabe der Satzung unterrichtet werden sollen. Der vorzulegende Bericht ist ein wichtiger Beitrag dazu, die Arbeit der Stiftung nach außen transparent zu machen. Die Berichterstattung soll deshalb nicht nur eine Rück-

schau sein, sondern überdies einen Ausblick auf die weiteren Vorhabenplanungen enthalten. Der Bericht soll erstmals zum [Datum eintragen] und ab da alle vier Jahre vorgelegt werden.

Zu § 26 (Präventionsbericht)

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

Absatz 2 Satz 1 sieht vor, dass die Bundesregierung mit der Ausarbeitung des Präventionsberichtes den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (§ 9 Präventionsstiftungsgesetz) beauftragt. Das Modell einer Vergabe des Berichtsauftrages an ein Gremium mit unabhängigen Experten wurde gewählt, da eine neutrale Bewertung insbesondere der gesetzlichen Maßnahmen und ihrer Wirkungen von besonderer Bedeutung ist. Für einen Bericht von unabhängigen Sachverständigen ist aufgrund der vielfältigen unterschiedlichen Interessenlagen im Rahmen der gesundheitlichen Prävention eine höhere Akzeptanz zu erwarten. Diese ist gerade im Hinblick auf die notwendige Kooperationsbereitschaft aller Akteure bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention unverzichtbar. Satz 2 stellt klar, dass die sozialen Präventionsträger dem wissenschaftlichen Beirat auch für zusätzliche Informationen und Nachfragen zur Verfügung stehen. Satz 3 regelt die Beteiligungserfordernisse bei der Erstellung des Berichts. Einbezogen werden muss insbesondere auch das Forum Prävention als maßgeblicher Zusammenschluss vieler auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention tätiger Akteure. Aber auch andere relevante Verbände mit Präventionsbezug sollen beteiligt werden. Die Beteiligung erfolgt im Rahmen der Erarbeitung des Präventionsberichtes durch den wissenschaftlichen Beirat. Weitere Beteiligungen im Rahmen des späteren parlamentarischen Verfahrens zur Erörterung des Präventionsberichtes bleiben hiervon unberührt. Satz 4 ist der Regelung des § 84 Abs. 2 S. 2 des Achten Buches Sozialgesetzbuch nachgebildet und verpflichtet die Bundesregierung dem Bericht des wissenschaftlichen Beirats eigene Schlussfolgerungen

als Stellungnahme beizufügen. In dieser Stellungnahme setzt sich die Bundesregierung mit den wesentlichen Aussagen und Empfehlungen des Berichts auseinander und zeigt die sich für sie daraus ergebenden Konsequenzen insbesondere für die Fortentwicklung des Präventionsrechts auf.

Zu Artikel 2 (Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung)

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

Die Vorschrift sieht vor, dass der Bund die Stiftung als bundesunmittelbare rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in Bonn errichtet.

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

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

Zu § 2 (Zweck der Stiftung)

Zweck der Stiftung ist nach Absatz 1 Satz 1 die Förderung der gesundheitlichen Prävention. Diese Zweckbestimmung bezieht sich auf das, in den allgemeinen Regelungen des Bundes-

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

Nach den Nummern 1 bis 6 des zweiten Absatzes erfüllt die Stiftung ihren Zweck insbesondere durch die Wahrnehmung von Aufgaben, die in den §§ 11, 14, 17 Abs. 9, 20 und 22 Bundespräventionsgesetz beschrieben werden. Sie hat dabei zum einen die Präventionsziele und Teilziele, Vorschläge zu deren Umsetzung sowie Qualitätsanforderungen bundesweit einheitlich zu entwickeln. Sie trägt mit Kampagnen zur Umsetzung der Präventionsziele bei. Außerdem führt sie Modellprojekte mit bundesweiter Bedeutung und ergänzende Settingmaßnahmen durch. Einer eigenen Regelung zur Qualitätssicherung der von der Stiftung zu leistenden Aufgaben bedarf es an dieser Stelle angesichts der grundlegenden Bestimmungen zur Qualitätssicherung im Bundespräventionsgesetz nicht.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Stiftung Präventionsprogramme im Sinne des § 12 Bundespräventionsgesetzes aufzustellen.

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

Zu § 3 (Stiftungsvermögen)

§ 3 sieht vor, dass der Stiftung jährliche Zuwendungen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zufließen. Die Einzelheiten regelt das Bundespräventionsgesetz in § 30.

Nach Satz 2 kann die Stiftung Mittel für ihre in § 2 genannten Zwecke von dritter Seite entgegennehmen. Damit wird der Stiftung die Öffnung für private Zustifter, z.B. für die private Krankenversicherung, ermöglicht.

Zu § 4 (Satzung)

Zur Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen und zur Regelung der Verfahrensabläufe innerhalb der Stiftungsorgane gibt sich die Stiftung nach ihrer Errichtung eine Satzung (Absatz 1). Der Erlass bzw. die Änderung der Satzung kann nur mit einer Zweidrittelmehrheit des Stiftungsrates erfolgen. Dabei bedürfen sowohl die Satzung selbst wie auch nachfolgende Änderungen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Nach Absatz 2 hat die Satzung insbesondere das Nähere zu den in § 5 aufgezählten einzelnen Organen der Stiftung zu regeln, sowohl was deren Aufgaben, wie z.B. die Verfahrensabläufe innerhalb der jeweiligen Organe, als auch das Zusammenwirken der Organe innerhalb der Stiftung betrifft. Sie hat außerdem festzulegen, dass der Stiftungsrat seine Entscheidungen mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit zu treffen hat.

Zu § 5 (Organe der Stiftung)

Bei der Vorschrift handelt es sich um die grundsätzliche Norm, die die Stiftungsorgane festlegt. Eine Ausweitung der Stiftungsgremien ist damit ausgeschlossen. Die Funktion der Gremien und des Vorstands wird in den nachfolgenden Paragraphen näher erläutert.

Zu § 6 (Stiftungsrat)

Die Vorschrift regelt die Zusammensetzung und Aufgabenstellung des Stiftungsrates. Von der Bundesregierung und dem Bundesrat werden jeweils drei Mitglieder, von den kommunalen Spitzenverbänden wird ein Mitglied für den Stiftungsrat vorgeschlagen. Im Übrigen verteilen sich die Vorschlagsrechte auf die jeweiligen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (16), der gesetzlichen Rentenversicherung (4), der gesetzlichen Unfallversicherung (2) und der sozialen Pflegeversicherung (1). Damit soll deutlich gemacht werden, dass die Stiftung im Wesentlichen als Stiftung der Sozialversicherungsträger fungiert.

Die Zahl der vorzuschlagenden Mitglieder orientiert sich im Wesentlichen an der Höhe der Zuwendungen, die die einzelnen Träger zur Stiftung leisten. Um die Handlungsfähigkeit des Stif-

tungsrates nicht zu gefährden, sollte dabei aber die Gesamtzahl von 30 Mitgliedern nicht überschritten werden.

Die Berufung der Mitglieder und ihrer Stellvertreter in den Stiftungsrat erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die Mitglieder werden jeweils für fünf Jahre berufen. Eine erneute Berufung ist zulässig.

Nach Absatz 1 Satz 3 sollen die Vorschlagsberechtigten nach den Nummern 4 bis 7 bereits bei der Ausübung ihres Vorschlagsrechtes für den Stiftungsrat die Zielsetzung des Bundesgremienbesetzungsgesetzes beachten, das eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Gremien anstrebt. Die Regelung erstreckt die nach dem Bundesgremienbesetzungsgesetz bestehende Verantwortung für die Berufung von Gremien auf die vorgelagerte Ausübung des Vorschlagsrechts. Die Verpflichtung, auf eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Gremien hinzuwirken, wird damit auf die Vorschlagsberechtigten außerhalb des Einflussbereichs des Bundes erweitert. Für die Vorschlagsberechtigten nach den Nummern 1 bis 3 gilt das Bundesgremienbesetzungsgesetz ohnehin.

Absatz 2 enthält eine Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die zustimmungspflichtig ist. Danach kann die in Absatz 1 geregelte Zusammensetzung des Stiftungsrates geändert werden, wenn die Zuwendungen, die die einzelnen Sozialversicherungsträger leisten, sich erheblich und dauerhaft verändern. In diesem Fall ist den Veränderungen durch eine entsprechende Anpassung der Anzahl der Mitglieder Rechnung zu tragen, für die die einzelnen Sozialversicherungszweige ein Vorschlagsrecht haben.

Eine Vergrößerung des Stiftungsrates ist möglich, wenn Zustiftungen von dritter Seite so geleistet werden, dass die Stiftung darauf einen Anspruch erhält, so dass der Zustifter quasi als weiterer Stifter anzusehen ist. In diesem Fall kann ihm das Vorschlagsrecht für weitere Mitglieder des Stiftungsrates zuerkannt werden. Voraussetzung ist, dass die Höhe der Zustiftung mindestens den Betrag erreicht, den der Stifter leistet, der das Vorschlagsrecht für ein Mitglied des Stiftungsrates hat. Zur Zeit wären dies ca. 10 Millionen Euro im Jahr.

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

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

Zu § 7 (Kuratorium)

Die Vorschrift regelt Zusammensetzung, Berufung, Aufgaben und Arbeitsweise des Kuratoriums.

Das Kuratorium wird vom Stiftungsrat berufen und hat sechzehn Mitglieder (Absatz 1). Davon werden sieben vom Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Diese im Kuratorium starke Stellung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, in dem u.a. maßgebliche Interessenverbände und Patientenorganisationen vertreten sind, dient einer angemessenen Bürger- und Patientenbeteiligung im Rahmen der Stiftung. Weiterhin werden je ein Mitglied vom Robert Koch-Institut, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie je zwei von der Bundesregierung und dem Bundesrat vorgeschlagen. Bei ihren Vorschlägen sind Bund und Länder gehalten, Repräsentanten aus den Bereichen von Gesundheit, Wirtschaft und Arbeit, Soziales, Kultur, Bildung, Familie, Jugend, Sport und Freizeit zu wählen, sofern diese nicht durch Vorschläge der übrigen Vorschlagsberechtigten abgedeckt sind. Damit soll insgesamt sichergestellt werden, dass im Kuratorium eine möglichst breite gesellschaftliche Repräsentanz gewährleistet ist.

Außerdem sollen nur Personen vorgeschlagen werden können, die wegen ihrer fachlichen Kompetenz zur Mitarbeit im Kuratorium geeignet sind. Damit soll ausgeschlossen werden, dass Personen allein aufgrund der Funktion, die sie ausüben für das Kuratorium vorgeschlagen werden. Der so auf einer breiten Basis ruhende und die Gesellschaft in ihrer Vielfältigkeit abdeckende Sach- und Fachverstand des Kuratoriums gewährleistet, dass es seiner Aufgabe, dem Stiftungsrat als Berater zur Verfügung zu stehen, nachkommen kann.

Mitglieder oder Amtsträger aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger, zu dem auch die Verbände der Träger zählen, können nicht für die Mitgliedschaft im Kuratorium vorgeschlagen werden.

Die Anwendbarkeit des Bundesgremienbesetzungsgesetzes wird nach Satz 4 festgelegt.

Nach Absatz 2 hat das Kuratorium eine beratende Aufgabe im Rahmen der der Stiftung gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten, aber auch bei sonstigen Angelegenheiten, die die gesamte Gesellschaft betreffen. Bei Aktivitäten der Stiftung sowie den Entscheidungen über die Präventionsziele und Teilzeile wirkt das Kuratorium in Form eines Beirates mit. Schließlich unterstützt es die Stiftung bei der Vorbereitung des Präventionsprogramms und der Empfehlungen zur Qualitätssicherung.

Zu § 8 (Vorstand)

Absatz 1 sieht vor, dass der aus drei Personen bestehende hauptamtliche Vorstand nicht durch Mitglieder des Stiftungsrats besetzt werden darf. Er ist ausführendes Organ der Stiftung und wird vom Stiftungsrat berufen. Auch für den Vorstand wird die Anwendung des Bundesgremienbesetzungsgesetzes vorgeschrieben.

Die Aufgaben des Vorstandes sind in Absatz 2 geregelt.

Zu § 9 (Wissenschaftlicher Beirat)

Für die Berufung des wissenschaftlichen Beirates ist der Stiftungsrat zuständig, der mit Zwei-Drittel-Mehrheit über die Mitgliedschaft im Beirat entscheidet (Absatz 1). Die Bestellung erfolgt im Hinblick auf die dem wissenschaftlichen Beirat übertragenen Berichtspflichten nach § 26 Abs. 1 Bundespräventionsgesetz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

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

Zu § 10 (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen)

In Absatz 1 Satz 1 wird die Rechtsaufsicht über die Stiftung dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als zuständiger oberster Bundesbehörde für den Bereich der Gesundheit übertragen. In den Sätzen 2 und 3 wird geregelt, dass die Vorschriften des Sozialversicherungsrechts zur Aufsicht analoge Anwendung finden sollen.

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

Nach Absatz 4 Satz 1 üben die Mitglieder des Stiftungsrates, des Kuratoriums und des Wissenschaftlichen Beirats ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für die Erstattung von Reisekosten und sonstigen Auslagen wird eine Regelung getroffen, die sich wegen der uneinheitlichen Bestimmungen im Bereich der Sozialversicherungszweige nach den Grundsätzen richtet, die für die unmittelbare Bundesverwaltung gelten. Für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates wird in Satz 2 festgelegt, dass sie eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Erstellung der Präventionsberichte nach § 26 Bundespräventionsgesetz beanspruchen können.

Zu Artikel 3 (Gesetz zur Errichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Zu § 1 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

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

Absatz 2 bestimmt Köln zum Sitz der Bundeszentrale.

Zu § 2 (Aufgaben der Bundeszentrale)

Mit dem Bundespräventionsgesetz wird die gesundheitliche Prävention (BZgA) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verankert. Hieran anknüpfend wird in § 2 der Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der gemeinsamen Aufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung festgelegt. Durch den Verweis auf § 2 des Bundespräventionsgesetzes in Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, was unter gesundheitlicher Prävention zu verstehen ist und dass hierzu neben der primären, sekundären und tertiären Prävention auch die Gesundheitsförderung gehört, so dass diese als Betätigungsfeld der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an dieser Stelle nicht ausdrücklich genannt werden muss. Der Katalog in Satz 2 nennt abschließend die einzelnen Aufgabenbereiche, die der BZgA auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung durch das Gesetz zugewiesen werden bzw. durch andere Gesetze

bereits zugewiesen sind. Dabei wird in den Nummern 1 bis 3 auf die §§ 3 bis 5 des Gesetzes verwiesen, in denen die genannten Aufgaben jeweils präzisiert werden. Die Nummern 4 und 5 greifen die Aufgaben auf, die der BZgA durch das Transfusionsgesetz (§ 3 Abs. 4 TFG) und durch das Transplantationsgesetz (§ 2 Abs. 1 TPG) im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung bereits ausdrücklich zugewiesen sind.

In Abgrenzung zu dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung greift Absatz 2 den gesetzlichen Auftrag auf, der der BZgA durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 1 SchKG) im Rahmen der gleichfalls als öffentliche Aufgabe verstandenen Sexualaufklärung zum Zweck der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten ebenfalls bereits zugewiesen ist. Mit der Erstellung von Konzepten zur Sexualaufklärung durch die Bundeszentrale soll ausgeschlossen werden, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Beratungs- und Aufklärungsstrategien Anwendung finden. Die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Nr. 1 des Grundgesetzes.

Zu § 3 (Aufklärung zur gesundheitlichen Prävention)

§ 3 präzisiert den allgemeinen Aufklärungsauftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der durch die spezielleren Regelungen der §§ 4 und 5 und die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Aufgaben nach dem Transfusions- und Transplantationsgesetz ergänzt wird. Der BZgA wird hiermit ein weitgehender Auftrag erteilt, der nicht näher spezifiziert ist, um mögliche zukünftige Bedarfe abzudecken. Die Spezifizierung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen des § 9. Unter Berücksichtigung der aus Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes folgenden konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen wird in der Vorschrift allerdings verdeutlicht, dass sich dieser generelle Auftrag der BZgA als einer Einrichtung des Bundes auf die gesundheitliche Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten beschränkt. Satz 2 regelt, dass auch die BZgA im Rahmen ihres allgemeinen Aufklärungsauftrags die durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 11 des Bundespräventionsgesetzes beschlossenen Empfehlungen zu den vorrangigen Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsziele) und zu den Teilzielen zur Konkretisierung der Präventionsziele (Präventionsteilziele) einbezieht.

Zu § 4 (Aufklärung zur Suchtprävention)

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

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

Zu § 5 (Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere AIDS)

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

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

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

Während die §§ 2 bis 5 die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach fachlichen Gebieten umschreiben, regelt § 6 die Vorgaben für den Umfang der Tätigkeit sowie für deren Zielsetzung und Qualitätssicherung. Nach Absatz 1 Sätze 1 und 2 soll die BZgA themenbezogene Konzepte zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung erarbeiten, die sie in bundesweiten Kampagnen umsetzt. Gleiches gilt für die Konzepte im Rahmen der Sexualaufklärung. Zu diesem Zweck werden in der Regel innerhalb einer Gesamtkonzeption aufeinander abgestimmte Maßnahmen der Massenkommunikation und der personalen Kommunikation entwickelt und eingesetzt. Hierzu gehört unter anderem sowohl die Entwicklung und Verbreitung von Aufklärungsmedien als auch die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die im Rahmen der personalkommunikativen Maßnahmen tätig werden.

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

Satz 3 berücksichtigt Verpflichtungen, die der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen von europarechtlichen Bestimmungen oder internationalen Verträgen obliegen. Hier nimmt die Bun-

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

Absatz 2 verpflichtet die Bundeszentrale zu einer wissenschaftlich abgesicherten Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen und lehnt sich damit an § 20 des Bundespräventionsgesetzes an. Qualitätssicherung ist als stetiger Prozess zu verstehen. Die Maßnahmen müssen in einer Weise konzipiert sein, die den Eintritt des angestrebten Erfolgs nahe legt. Dafür sind insbesondere eine gründliche Planung, die Wahl der richtigen Zugangswege sowie geeignete Instrumente und Methoden im Hinblick auf die verfolgten Ziele notwendig (Planungsqualität). Externe Leistungserbringer, zum Beispiel von der Bundeszentrale beauftragte Agenturen, müssen den Qualitätsanforderungen entsprechen (Strukturqualität). Um die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen während ihrer Erbringung zu gewährleisten oder gegebenenfalls zu verbessern, muss begleitend überprüft werden, ob die Maßnahmen oder ihre Teilschritte über die erforderliche Qualität verfügen und einen Erfolg der gesamten Kampagne gewährleisten (Prozessqualität). Schließlich muss überprüft werden, ob die vorab definierten Ziele erreicht wurden (Ergebnisqualität). Bei der Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen bezieht die Bundeszentrale die Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu den Qualitätsstandards nach § 20 Abs. 3 des Bundespräventionsgesetzes ein.

Zu § 7 (Forschung)

§ 7 benennt die Bereiche, in denen die Bundeszentrale wissenschaftliche Forschung betreiben kann. Es wird klargestellt, dass von der Bundeszentrale durchgeführte Forschungsvorhaben der Erfüllung ihrer Aufgaben dienen müssen. Satz 1 Nr. 1 legt dabei fest, dass bei einzelnen Elementen von Aufklärungskampagnen, z.B. Broschüren oder Ausstellungen, im Rahmen von Forschungsprojekten geprüft werden kann, wie sich der Einsatz dieser Elemente auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten von Menschen auswirken kann. Nummer 2 beschreibt Forschungsprojekte zur Qualitätssicherung von Aufklärungskampagnen, z.B. bezüglich der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierzu können Konzepte und Instrumente wissenschaftlich entwickelt und überprüft werden. Nummer 3 ermöglicht eine flexible und zeit-

nahe wissenschaftliche Erfassung neuer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, die die BZgA auf der Grundlage ihres Wissens und im Hinblick auf ihren Aufklärungsauftrag untersuchen kann. Nummer 4 bezieht sich auf die wissenschaftliche Überprüfung neuer Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, um das Spektrum der in Nummer 1 genannten Elemente fortzuentwickeln und so für ihre Arbeit eine aktuelle wissenschaftliche Basis zu schaffen.

Satz 2 verdeutlicht, dass die Forschungsergebnisse in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes nach § 9 Bundespräventionsgesetz und in den Präventionsbericht nach § 26 Bundespräventionsgesetz einfließen.

Zu § 8 (Wissenschaftlicher Beirat)

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

Zu § 9 (Aufgabendurchführung)

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

Zu § 10 (Zusammenarbeit)

§ 10 verpflichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), im Rahmen ihrer Zuständigkeit mit nationalen und internationalen Stellen zusammenzuarbeiten. Absatz 1 Nr. 1 unterstützt damit die Vorgaben von § 13 Satz 1 und 2 des Bundespräventionsgesetzes und dient zugleich einem intensiven Erfahrungsaustausch auf nationaler Ebene. Die Zusammenarbeit umfasst auch die notwendige inhaltliche Abstimmung mit anderen Fachbehörden des Bundes, zum Beispiel dem Robert Koch-Institut. Die BZgA soll darüber hinaus mit ausländischen und internationalen Stellen und Organisationen zusammenarbeiten (Absatz 1 Nr. 2). Soweit dies zur gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland beiträgt, soll sie grenzüberschreitend tätig

werden und die Erfahrungen aus den nationalen Kampagnen, insbesondere der nationalen AIDS-Kampagne, in bilateralen und internationalen Kooperationen zur Verfügung stellen.

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

Zu § 11 (Aufträge Dritter)

§ 11 eröffnet der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Möglichkeit, in engen Grenzen erwerbswirtschaftlich tätig zu werden. Dabei entspricht Absatz 1 der Regelung des § 20 Abs. 2 des Bundespräventionsgesetzes, nach der die BZgA zur Erfüllung von Aufgaben, die der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung nach § 14 Abs. 3 des Bundespräventionsgesetzes obliegen, tätig werden kann, wenn die Stiftung dies anregt. Dies gilt auch für die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für die Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen im Sinne des § 20 Bundespräventionsgesetz. Voraussetzung ist, dass die Beauftragung der Bundeszentrale wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben und zu der Durchführung der Aufgaben zweckmäßig ist. Zu der Ausführung des Auftrags, der Erstattung der Aufwendungen und den Voraussetzungen der Kündigung werden § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 1 bis 3 sowie § 92 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt.

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

Zu § 12 (Fachaufsicht)

Diese Vorschrift entspricht inhaltsgleichen Bestimmungen anderer Gesetze - zum Beispiel des Gesetzes über die Neuordnung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 24. Juni

1994 - und regelt, dass von Aufgabenbereichen, die dem Geschäftsbereich eines anderen Bundesministeriums als dem des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zugeordnet sind, die Fachaufsicht dem entsprechenden Ministerium obliegt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Bundespräventionsgesetz.

Zu Nummer 2 (§ 20)

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

Zu Nummern 3 bis 7

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

Zu Nummer 8 (§ 68)

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 4

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

Zu Nummer 5

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

Zu Nummer 6 (§§ 20a bis 20d)

Zu § 20 - Verhaltensprävention

Die Neuformulierung knüpft an die Weiterentwicklung der primären Prävention in § 15 und § 17 Bundespräventionsgesetz an und trifft die notwendigen Regelungen zur Einführung der Verhaltensprävention in das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechend weist zunächst Absatz 1 den Krankenkassen den Auftrag für verhaltenspräventive Leistungen so zu, wie sie in § 21 Abs. 1 des Bundespräventionsgesetzes umschrieben ist.

Absatz 2 schließt an die Formulierung in Absatz 1 an, wonach verhaltenspräventive Leistungen erbracht werden „sollen“. Dadurch ist die Entscheidung über die Erbringung der Leistungen in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen gestellt. Vor diesem Hintergrund macht Satz 1 zunächst klar, dass sich das Ermessen nicht nur auf die Grundentscheidung über die Erbringung von Leistungen, sondern auch auf deren Ausgestaltung nach Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung erstreckt. Weiter macht er deutlich, dass dabei stets die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten sind. Satz 2 verbindet die nach Satz 1 zu treffenden Ermessensentscheidungen mit den Empfehlungen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Leistungserbringung. Dazu greift die Regelung aus Gründen der Vollständigkeit eingangs den Grundsatz des § 10 Absatz 1 Satz 2 des Bundespräventionsgesetzes auf und verpflichtet die Kassen, bei der Entscheidung über die Gewährung und Ausgestaltung von Leistungen zur primären Prävention die Empfehlungen der Stiftung zu vorrangigen Präventionszielen und ihren Teilzielen zu berücksichtigen. Zusätzlich stellt die Vorschrift die Verbindung zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung her, die von der Stiftung nach § 20 Abs. 3 des Bundespräventionsgesetzes zu beschließen sind. Auch diese Empfehlungen haben die

Kassen bei der Ausgestaltung von Leistungen zur Verhaltensprävention zu berücksichtigen. Weitere unmittelbar geltende Anforderungen an die Leistungserbringung ergeben sich darüber hinaus insbesondere aus § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Bundespräventionsgesetzes, wonach die Krankenkassen für die Einheitlichkeit und Koordinierung der Leistungen verantwortlich sind.

Absatz 3 trifft eine Vorrangregelung im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der gesetzlichen Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung als den weiteren Versicherungszweigen andererseits, denen gleichfalls Aufträge für verhaltenspräventive Leistungen zugewiesen sind. Die Leistungen bezwecken im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen allgemein den Erhalt der Gesundheit. Demgegenüber zielen sie bei der Rentenversicherung bzw. Pflegeversicherung vornehmlich darauf ab, Erwerbsminderungen bzw. Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund greift die Regelung auf ein im Rehabilitationsrecht bewährtes Prinzip zurück und weist die Zuständigkeit für Leistungen zur Verhaltensprävention vorrangig den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu. Die Krankenkassen sollen Leistungen in allen übrigen Fällen erbringen. Dies steht in Zusammenhang mit dem Auftrag nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Bundespräventionsgesetzes, der die Träger zu einer koordinierten Leistungserbringung verpflichtet. Im Rahmen dieser Koordinierung sollen die sozialen Präventionsträger, die Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung), abstimmen, wer welche Leistungen anbietet. Vor diesem Hintergrund stellt die Regelung sicher, dass die notwendigen Abstimmungen unter den verschiedenen Zweigen zu einer klaren Aufgabenteilung führen. Zu unerwünschten Verschiebungen zwischen den Zweigen kann es gleichwohl nicht kommen, weil die Träger aller Zweige für Leistungen der Verhaltensprävention nach § 30 des Bundespräventionsgesetzes festgelegte Beträge aufzubringen haben.

Zu § 20a -Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

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

Zu § 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Vorschrift passt die Regelung über die betriebliche Gesundheitsförderung in dem bisherigen § 20 Absatz 2 Satz 1 dem Auftrag für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 des Bundespräventionsgesetzes an und fügt sie in das weiterentwickelte Leistungsrecht der primären Prävention ein. Änderungen der Zuständigkeit für die be-

triebliche Gesundheitsförderung sind damit nicht verbunden. Es verbleibt dabei, dass jede Krankenkasse für sich entscheiden kann, ob und wie sie Leistungen zu betriebliche Gesundheitsförderung erbringt. Jedoch fasst Absatz 1 den Auftrag in Anlehnung an die Umschreibung der allgemeinen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 des Bundespräventionsgesetzes konkreter und entwickelt ihn weiter. Vergleichbar dem dort geregelten Auftrag ist es Aufgabe der betriebliche Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu müssen insbesondere Maßnahmen getroffen werden, um die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potentiale zu erheben und um Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln zu können. In dem gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen, um sie für die notwendigen Schritte gewinnen zu können.

Absatz 2 bindet die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an die Präventionsziele und ihre Teilziele sowie die Qualitätsstandards und verweist zur weiteren Ausgestaltung, zu ihren Voraussetzungen und Inhalten auf die entsprechenden Regelungen in § 17 Absatz 4 und 5 des Bundespräventionsgesetzes. Dadurch wird der Leistungsinhalt im Verhältnis zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Arbeitsschutz weiterentwickelt. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten obliegen nach dem Arbeitsschutzrecht zwingend der Verantwortung der Arbeitgeber. Die im geltenden Recht angelegte strikte Trennung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz ist dennoch nicht immer praktikabel. Deshalb ermöglicht die Neuregelung durch den Verweis auf § 17 Absatz 3 S. 3 des Bundespräventionsgesetzes, dass Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach Entscheidung der Krankenkasse auch der Verhütung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten dienen dürfen. Der Verantwortung der Arbeitgeber für die dadurch abgedeckten Leistungen wird Rechnung getragen, indem der von ihnen zu tragende Eigenanteil in solchen Fällen angemessen zu erhöhen ist.

Absatz 3 regelt die Zusammenarbeit der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung betreffen regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen und erfordern deshalb eine Kooperation unter den beteiligten Kassen. Vor diesem Hintergrund ermöglicht Satz 1 zum einen verschiedenen Formen der Zusammenarbeit. Zum anderen bringt er zum Ausdruck, dass Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Grundsatz nur in Zusammenarbeit zwischen mehreren Kassen erbracht werden sollen. Satz 2 verweist zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit bei Aufträgen und in Arbeitsgemeinschaften auf die entsprechenden Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

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

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

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

Zu § 20d (Förderung der Selbsthilfe)

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

Durch die in Absatz 1 Satz 1 vorgenommene Umstellung von der bisherigen Soll-Regelung auf die unbedingte Förderverpflichtung im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3 wird zum einen endgültig sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird. Andererseits macht die Verknüpfung der Förderverpflichtung mit den Festlegungen zur Höhe der Fördermittel deutlich, dass für einzelne Antragsteller auch zukünftig kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht. Schon weil die Fördermittel der Höhe nach begrenzt sind, besteht bei ihrer Vergabe weiterhin ein Entscheidungsspielraum sowohl zur Auswahl als auch zur Gestaltung der Förderungen. Mit der ausdrücklichen Nennung der Verbände der Krankenkassen in Satz 1 wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen gilt. Da die Strukturen der organisierten Selbsthilfe auf diesen beiden Ebenen für die Unterstützung der Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene und zur Interessenvertretung der Selbsthilfe von wesentlicher Bedeutung sind, müssen auch sie bedarfsgerecht gefördert werden. Die Verteilung der Förderung auf die unterschiedlichen Ebenen und die jeweiligen Fördervoraussetzungen sollten in den gemeinsamen Grundsätzen nach Absatz 2 unter Beteiligung der maßgeblichen Vertreter der Selbsthilfe geregelt werden.

Die in Absatz 1 Satz 3 aufgenommenen Anforderungen an Selbsthilfekontaktstellen schließen die Förderung von Einrichtungen, die sich auf wenige Selbsthilfe- und Krankheitsbereiche spezialisiert haben aus. Die Unterstützung durch übergreifend arbeitende Selbsthilfekontaktstellen ist für die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in den Regionen von besonderer Relevanz. Ein Missbrauch der Bezeichnung als Selbsthilfekontaktstelle durch Einrichtungen mit vorrangig anderen Tätigkeitsschwerpunkten wird auf diese Weise verhindert.

Mit Regelung in Absatz 2 Satz 3 werden die projektbezogene Förderung und die Förderung durch pauschale Zuschüsse gesetzlich gleichgestellt. Sie können auch nebeneinander Anwendung finden. Die Regelung soll zu einer stärkeren Nutzung der für die Antragsteller vielfach bedarfsgerechteren und weniger organisationsaufwändigen pauschalen Förderung führen.

Absatz 3 Satz 2 regelt die Verpflichtung der Krankenkassen und ihrer Verbände mindestens 50 % der Fördermittel in eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung einzubringen. Diese Gemeinschaftsförderung kann sowohl über virtuelle, als auch über reale Gemeinschaftsfonds organisiert werden. Auch eine Einbeziehung weiterer Förderer in die Fördergemeinschaft wie z.B. eine Beteiligung der öffentlichen Hand ist möglich. Insoweit sollen alle in der Förderpraxis auf freiwilliger Basis bereits existierende Modelle gemeinschaftlicher Förderung weiter zulässig sein und ausgebaut werden. Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die in Absatz 3 Satz 4 enthaltene Pflicht, nicht verausgabte Fördermittel der kasseneigenen Förderung im Folgejahr in die Gemeinschaftsförderung zu geben, gewährleisten eine verlässliche Bereitstellung des jährlich vorgesehenen Fördervolumens und stellen eine effiziente, zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicher.

Die Gemeinschaftsfonds (virtuell oder real) werden auf den einzelnen Ebenen der Förderung gebildet, die sich auf die jeweilige Unterstützung von Bundes- oder Landesorganisationen der Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen sowie örtlicher Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen beziehen.

Durch die jeweils gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe dieser Fördermittel nach Absatz 3 Satz 3 wird die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht. Das Antragsverfahren wird durch die Bündelung der Förderanträge bei den Gemeinschaftsfonds für die Antragsteller zudem erheblich erleichtert. Bei der Vergabe der Fördermittel sind die nach Absatz 2 Satz 1 beschlossenen gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beachten. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidungen mit den jeweils maßgeblichen Vertretern der Selbsthilfe dient zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel.

Bis zu 50 % der Fördermittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen und Verbänden zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten und zur Bildung von zielgruppenspezifischen Förderungsschwerpunkten. Durch die hiermit eröffnete Möglichkeit von Kooperationen wird die inhaltliche Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Selbsthilfe gestärkt. Zudem ist gewährleistet, dass neben der finanziellen Förderung auch die sächliche und infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe fortgesetzt wird. Absatz 3 Satz 4 verpflichtet die einzelnen Krankenkassen, falls sie den Förderbetrag pro Versicherten insgesamt nicht ausschöpfen, den Differenzbetrag im Folgejahr in die Gemeinschaftsfonds zu geben. Dadurch wird sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel in jedem Fall die Selbsthilfe erreichen.

Zu den Nummern 7 bis 20

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

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Bundespräventionsgesetz. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 8a, 12a und 12b im Wesentlichen mit den Bestimmungen der §§ 15 und 17 des Bundespräventionsgesetzes. Diese wiederum sind verbunden mit der Neufassung der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben).

Zu Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 bis 4

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

Zu Nummer 5

Zu § 1a (Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit)

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

Zu § 1b (Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention)

Die Vorschrift bezweckt die begriffliche Anpassung an das Bundespräventionsgesetz und dient der Klarstellung, dass die Leistungen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auch Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention in dessen Sinn sein können. Der Präventionsbegriff des Bundespräventionsgesetzes ermöglicht diese Auslegung. Im Ergebnis bezweckt z.B. jede Maß-

nahme der Heilbehandlung auch die Verhütung einer Verschlimmerung der akut vorliegenden Krankheit oder von Folgeerkrankungen. Das Gleiche gilt für die Vor- und Nachsorge.

Zu Nummer 6

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

Zu den Nummern 7 und 8

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

Zu Nummer 9

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

Zu Nummer 10

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

Zu den Nummern 11- 17

Redaktionelle Anpassungen infolge der Nummern 1 bis 4.

Zu Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2

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

Zu den Nummern 3 bis 6 und 8 bis 10

Folgeänderungen aufgrund der neuen Terminologie.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Terminologie.

Zu Buchstabe b

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

Zu Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich zu einem großen Teil um Folgeänderungen und um redaktionelle Anpassungen an das Bundespräventionsgesetz. Leistungsrechtlich korrespondieren die neuen Vorschriften der §§ 45d bis 45f im Wesentlichen mit den Bestimmungen der §§ 21 und 23 des Bundespräventionsgesetzes. Diese wiederum sind verbunden mit der Neufassung der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe dazu die Begründung oben).

Zu Artikel 10 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu den Nummern 1 und 2

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des Präventionsbegriffs in § 3 SGB IX.

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 11 (Änderung des Einkommensteuergesetzes)

Die Änderung stellt sicher, dass arbeitgeberfinanzierte (Sach- und Geld)-Leistungen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes nicht als geldwerte Vorteile im steuerrechtlichen Sinne gelten, wenn sie zumindest auch im Interesse des Arbeitgebers liegen.

Sie ersetzt insoweit das von der Rechtsprechung für eine Steuerfreiheit geforderte Kriterium „im ganz überwiegend eigenbetrieblichen Interesse“ durch das Merkmal „auch im eigenbetrieblichen Interesse“. Um sicherzustellen, dass nur anerkannte Maßnahmen steuerlich gefördert werden, wird die Begünstigung auf Leistungen des Gesundheitsschutzes, die auch im Präventionsgesetz verankert sind, beschränkt. Steuerfrei ist dann jede Leistung des Arbeitgebers zum vorbeugenden Gesundheitsschutz, die objektiv auch in seinem eigenen betrieblichen Interesse liegt, und die nach dem Präventionsprogramm gemäß § 16 Präventionsgesetz der Förderung eines vorrangigen Ziels der gesundheitlichen Prävention dient.

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

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

Zu Artikel 13 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Gesetzes. Mit Ausnahme der Regelungen des Artikels 1 §§ 15, 17, 19 bis 22, 23 Abs. 1 bis 5, 24, des Artikels 5 Nr. 6, des Artikels 6 Nr. 7, des Artikels 7 Nr. 9 sowie des Artikels 9 Nr. 5, soll das Präventionsgesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Die ausgenommenen Artikel treten bereits am 1. Oktober 2005 in Kraft

C Finanzielle Auswirkungen

I. Ausgangslage

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

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

Im Einzelnen:

1. Nach § 9 soll das Robert Koch-Institut für den Bund regelmäßig Gesundheitsberichte über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sowie über bedeutsame Krankheiten mit Präventionsbezug erstellen und dazu epidemiologische Erhebungen durchführen. Dafür ist mit regelmäßigen jährlichen Mehrkosten von 1,2 Millionen Euro und in Abständen von sieben Jahren zusätzlich von 3,9 Millionen Euro zu rechnen.

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

3. Nach § 12 sollen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien von Sozialversicherungsträgern und Ländern periodisch Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele nach § 11 entwickeln. Dadurch fällt Koordinierungsaufwand für Vertreter von Sozialversicherungsträgern und Ländern an. Dessen Höhe ist nicht abschätzbar. Im Bereich der Sozialversicherung ist er auf Ebene der Stiftung aus der Einlage nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 zu bestreiten und auf Landesebene den Budgets nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 zuzurechnen.

4. Die §§ 13 und 14 gestalten die Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung aus. Sie knüpfen an den bestehenden Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an und binden zusätzlich die Sozialversicherung in die Verantwortung für die gesundheitliche Aufklärung der Versicherten ein. Die dafür bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erforderlichen Mittel werden in unverändertem Umfang wie bisher im Bundeshaushalt bereitgestellt; gegebenenfalls werden in ihrem Etat Umschichtungen vorgenommen. Für die Sozialversicherung sind die notwendigen Mittel aus der Stiftungseinlage nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 zu bestreiten und vom Stiftungsrat festzulegen.

5. Nach § 15 und den entsprechenden Regelungen im Sozialgesetzbuch sollen die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung durch Leistungen zur Verhaltensprävention bei der Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen unterstützt werden. Die Mittel dafür sind in § 23 gesetzlich festgelegt und begrenzt. Die Regelung ist für die gesetzliche Krankenversicherung aufkommensneutral, da für Leistungen nach § 15, § 17 und als Einlage für die Stiftung nicht mehr als die bisher nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Mittel zu erbringen sind. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung entstehen Mehraufwendungen, deren Höhe von Träger zu Träger unterschiedlich sein und nicht abgeschätzt werden kann. Sie können sich auf

bis zu 16 Millionen Euro jährlich belaufen, die durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszugleichen sind. Bei der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen in Höhe von 4 Millionen Euro, denen konkrete Einsparungen nicht gegenüberstehen.

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

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

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

9. Nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 und der entsprechenden Regelung des Präventionsstiftungsgesetzes haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung künftig Einlagen für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu erbringen. Die Regelung ist für die gesetzliche Krankenversicherung aufkommensneutral, da für Leistungen nach § 15, § 17 und als Einlage für die Stiftung nicht mehr als die bisher nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Mittel zu erbringen sind. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entstehen Mehraufwendungen

gen, die bis zum Jahr 2007 gestuft anwachsen und sich in diesem Jahr auf 8 Millionen Euro bzw. 4 Millionen Euro und 2 Millionen Euro belaufen. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung werden die Mehraufwendungen durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeglichen.

10. Nach §§ 25 und 26 haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, die Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung sowie der wissenschaftliche Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, die beteiligten Stellen in den Ländern und das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung sich an einer periodischen Berichterstattung zur Überprüfung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention zu beteiligen. Die dadurch entstehenden Kosten können nicht abgeschätzt werden. Im Bereich der Sozialversicherung sind sie durch die in § 23 festgesetzten Mittel abgedeckt und lösen deshalb Mehraufwendungen nicht aus.

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

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

Finanztableau für das Jahr 2008 (Erstes Jahr nach Beendigung der Übergangsfrist)

	Regelung	Belastungen der Träger der Sozialversicherung			
		GKV	RV	UV	PfIV
1	Festlegung von Präventionszielen (§ 11 BPrävG)	Durch Stiftungseinlage abgedeckt			
2	Festlegung von Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele (§ 12 BPrävG)	Durch Stiftungseinlage abgedeckt			
3	Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung (§ 13 BPrävG)	Durch Stiftungseinlage abgedeckt			
4	Leistungen zur Verhaltensprävention (§ 15 BPrävG)	Kostenneutral	Kostenneutral	Kostenneutral	4 Mio. Euro
5	Lebensweltbezogene Leistungen (§ 17 BPrävG)	Kostenneutral	Kostenneutral	8 Mio. Euro	4 Mio. Euro
6	Modellvorhaben (§ 21 BPrävG)	Kostenneutral			
7	Leistungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 23 Abs. 1 Nr. 1 BPrävG)			1 Mio. Euro	
8	Stiftungseinlage (§ 23 Abs. 1 Nr. 3 BPrävG)	Kostenneutral	Kostenneutral	4 Mio. Euro	2 Mio. Euro
9	Selbsthilfeförderung (§ 20d SGB V)	Kostenneutral			
	Gesamt			13 Mio. Euro	10 Mio. Euro
	Gesamtsumme	23 Mio. Euro			

II. Preiswirkungsklausel

Als Folge des Gesetzes sind Auswirkungen auf Lohnnebenkosten nicht zu erwarten, sodass zusätzliche Belastungen für Beitragszahler nicht entstehen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau sind daher nicht zu erwarten.

D Sonstige Gesetzesfolgen

Es wurde eine Relevanzprüfung hinsichtlich der gleichstellungspolitischen Gesetzesfolgen vorgenommen, die zu einem negativen Ergebnis geführt hat, da sich aus dem Vorhaben keine unmittelbaren oder mittelbaren Auswirkungen auf die Gleichstellung der Geschlechter ergeben.