



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(41)
vom 07.03.2005**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

des

**Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der gesundheitlichen Prävention**

(Bundestags-Drucksache 15/4833)

Berlin, 3. März 2005

Der bpa bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme und für die Einladung zur Anhörung. Vor dem Hintergrund, dass der bpa bundesweit rund 4.000 private ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vertritt, liegt der Fokus dieser Stellungnahme vor allem auf der Prävention in der Pflege.

Zusammenfassung

1. **Der vorliegende Gesetzesentwurf betont den grundsätzlichen Stellenwert von Prävention, unterlässt es aber, die Prioritäten auf wesentliche Zielgruppen – wie chronisch Kranke und alte Menschen – zu setzen.**
2. **Der bpa bedauert, dass sich das Präventionsgesetz auf die Primärprävention konzentriert. Deshalb bleiben Versorgungslücken in der tertiären Prävention, z.B. hinsichtlich der Verordnung von Prophylaxen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, bestehen.**
3. **Die pflegerischen Maßnahmen sollten als Maßnahmen der primären Prävention explizit ins Gesetz aufgenommen werden.**
4. **Der Versicherte hat keinen Anspruch auf konkrete Leistungen der Primärprävention durch die Pflegeversicherung. Hier setzt sich der bpa für eine Präzisierung ein.**
5. **Die Mittel für die Prävention sind insgesamt zu gering. Die von der Pflegeversicherung aufzubringenden Gelder für die Primärprävention dürfen keinesfalls zu Lasten des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung gehen. Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist auch als solche zu finanzieren.**

1. Prioritäten stärker auf Alte und chronisch Kranke setzen

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die vorrangige Eigenverantwortung eines jeden Bürgers in diesem Bereich muss durch gezielte Maßnahmen der Kommunen, der Länder, des Bundes und der Sozialversicherungsträger, aber auch der Sachleistungserbringer, in vielfältiger Weise unterstützt werden. Die Effizienz von Präventionsmaßnahmen sowie deren Nachhaltigkeit ist abhängig von der Nähe zur Lebenswelt und den dort zu erzielenden Veränderungen der Lebensstile und Lebensbedingungen. Hierbei gilt es, gezielt die von einer Gesundheitsbeeinträchtigung besonders bedrohten Bevölkerungsgruppen zu unterstützen. Hier sind insbesondere chronisch Kranke und alte Menschen sowie Kinder und einkommensschwache Personen zu berücksichtigen.

Denn bereits heute ist in Alten- und Pflegeheimen sowie in der Versorgung durch ambulante Pflegedienste eine Entwicklung spürbar, die sich in den nächsten Jahren noch verstärken wird: Der Grad der Pflegebedürftigkeit steigt und der Anteil der Pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Patienten nimmt insgesamt zu;

die Ursachen hierfür sind häufig chronische Erkrankungen. Ein Ausbau der Prävention ist deshalb notwendig, um die gesundheitliche und pflegerische Situation von insbesondere alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern.

Der vorliegende Gesetzesentwurf betont zwar den grundsätzlichen Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung, unterlässt es aber, die Prioritäten auf wesentliche Zielgruppen – wie chronisch Kranke und alte Menschen – zu setzen und überträgt diese sowie die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der gesundheitlichen Prävention der neuen Stiftung. Durch die darüber hinaus im Gesetzesentwurf vorgesehenen Institutionen mit einer Vielzahl von Gremien entsteht ein umfänglicher Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf, der die angestrebte Effizienz und Bündelung bereits bestehender Leistungen gefährdet.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der bpa das vorgelegte Präventionsgesetz als einen ersten Schritt, um den Stellenwert von Prävention zu erhöhen, auch wenn wesentliche Präventionsbereiche unberücksichtigt bleiben und die konkreten Maßnahmen nicht ausreichend transparent und konsequent erscheinen.

2. Tertiäre Prävention in das Gesetz stärker einbeziehen

Weil es in unserer Gesellschaft immer mehr alte Menschen geben wird, die potenziell besonders von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit bedroht sind, ist es besonders wichtig, diese durch präventive Maßnahmen zu unterstützen, um eine Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten oder Behinderung als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu verhindern (tertiäre Prävention). Dadurch könnten Funktionseinschränkungen sowie der Verlust körperlicher und mentaler Fähigkeiten hinausgezögert oder sogar verhindert und die Lebensqualität nachhaltig verbessert werden. Neben den positiven Auswirkungen für die Betroffenen selbst dürften sich nachhaltige Kostensenkungen im Gesundheitswesen durch solche zielgerichteten Maßnahmen für diese Personengruppen ergeben.

Diesen Aspekt würdigt das vorgelegte Präventionsgesetz allerdings nicht, weil der Schwerpunkt auf der primären Prävention liegt. Die notwendige Kompetenz soll vermittelt und die persönliche Gesundheits- und Lebenssituation verbessert werden. Damit stellt der Entwurf hohe Anforderungen an die Leistungsempfänger, die in der Regel von chronisch Kranken oder Pflegebedürftigen bzw. hiervon bedrohten, nicht erfüllt werden.

Der bpa bedauert deshalb, dass der Gesetzesentwurf keine Ausgestaltung der sekundären und tertiären Prävention vornimmt. Gerade weil das Gesetz einen hohen Anspruch erfüllen soll, wären auch Regelungen für diese Bereiche dringend erforderlich gewesen. Wie ausgeführt, wird insbesondere die tertiäre Prävention nicht zuletzt angesichts des demographischen Wandels immer wichtiger. Hier sind insbesondere die **Prophylaxe-Leistungen** zu nennen, bei denen es immer noch erhebliche **Versorgungslücken** gibt. Diese betreffen insbesondere alle pflegerischen Interventionen, die unmittelbar auf die Verbesserung der Lebensqualität, sowie die Verhütung von Pflegebedürftigkeit oder dessen Verschlimmerung ausgerichtet sind.

Als Beispiel seien hier die Prophylaxen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V genannt. So ist es nach den Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege gem. § 92 SGB V den Ärzten nicht möglich, Prophylaxeleistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu verordnen. In dem für die Ärzte verbindlichen Richtlinienverzeichnis sind keine Prophylaxen enthalten, sodass sie der Arzt nicht verordnen und der Pflegedienst nicht erbringen kann. Erst wenn beispielsweise ein Dekubitus entstanden ist, ist die Behandlung des Dekubitus verordnungsfähig. Diese Versorgungslücke bleibt bestehen und zeigt, dass es weiterer Regelungen zur Krankheitsvorbeugung bedarf, um die Ziele des Präventionsgesetzes zu verwirklichen.

Neben der stärkeren Einbeziehung der tertiären Prävention in das vorgelegte Gesetz schlägt der bpa vor, die Definition der tertiären Prävention in § 2 Nr. 3 um die Pflegebedürftigkeit zu ergänzen:

§ 2 Präventionsgesetz

„Gesundheitliche Prävention im Rahmen der Zwecksetzung nach § 1 ist:

...

3. Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen **und Pflegebedürftigkeit** (tertiäre Prävention); ...“

Da in § 3 Abs. 4 Ziffer 6 ausdrücklich „pflegerische Maßnahmen“ als Maßnahmen der tertiären Prävention genannt sind, muss in der entsprechenden Definition der tertiären Prävention die Pflegebedürftigkeit auch aufgenommen werden. Auch bei allen anderen Maßnahmen, beispielsweise der Rehabilitation, ist es so, dass die in § 3 aufgeführten Maßnahmen einen Bezug haben zur Definition in § 2. Vor dem Hintergrund einer einheitlichen Systematik des Gesetzes sollte bei der Pflege ebenso verfahren werden.

4. Pflege als primäre Prävention

Der bpa unterstützt die Zielsetzung des Gesetzesentwurfes, die Präventionsmaßnahmen an den Lebenswelten der Adressaten auszurichten. Eine Orientierung an dem konkreten Umfeld und der Alltagswelt der Betroffenen ist sowohl hinsichtlich der Erfolgsaussichten von Verhaltensänderungen als auch der Nachhaltigkeit zu unterstützen. Konkret sieht der Entwurf bezüglich der Leistungen für Pflegebedürftige die Verhaltensprävention nach § 15 und die Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten nach § 17 vor. Diese Leistungen sind der primären Prävention und Gesundheitsförderung zugeordnet. Für beide Leistungen sollen aus der Pflegeversicherung, nach Ablauf der Übergangsfrist, jährlich je vier Millionen Euro aufgewendet werden. Die Umsetzung dieser Leistungen im Rahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung soll im SGB XI durch die neuen §§ 45 d – f erfolgen. Von diesen Leistungen sollen alle Versicherten der Pflegeversicherung profitieren können.

Durch die bisher vorgesehenen Maßnahmen werden aber die Chancen zur Vorbeugung und Gesundheitsförderung von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen nur halbherzig und unzureichend genutzt. Deshalb schlägt der bpa eine Verankerung der Pflege bei den Maßnahmen (§ 3) der primären Prävention vor:

§ 3 Bundespräventionsgesetz

„(2) Maßnahmen der primären Prävention im Sinne dieses Gesetzes können insbesondere sein

5. Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -belastungen vor Krankheitseintritt,
6. Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, ~~und~~
7. medizinische Maßnahmen zur Abwehr von Gesundheitsrisiken und -belastungen und
8. **pflegerische Maßnahmen, um die körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten zu erhalten oder wiederherzustellen und eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung oder der Pflegebedürftigkeit zu verhüten.**“

Dieser Ergänzung müssten die entsprechenden Leistungen für die beschriebenen Zielgruppen folgen. Darüber hinaus könnten die in Artikel 10 (Änderung des SGB XI) vorgesehenen Maßnahmen der Primärprävention im Rahmen der Pflegeversicherung, zumindest im Ansatz, bedarfsorientierter ausgestaltet werden.

9. Konkretisierung des Leistungsanspruchs der Versicherten

Gerade wenn das Gesetz seinem eigenen Auftrag umfassend gerecht werden will, die Prävention zu stärken und dabei einen „Paradigmenwechsel“ (Gesetzesbegründung S. 75) herbeiführen will, müssen die Leistungen klar definiert sein. Der Versicherte, der mit seinen Sozialversicherungsbeiträgen die Leistungen der Prävention finanziert, sollte einen eindeutig beschriebenen Anspruch auf die bestimmten Leistungen haben. Das ist aber im vorliegenden Präventionsgesetz nicht vorgesehen. Ob und welche Leistungen der Versicherte erhält, kann er selbst weder entscheiden noch beeinflussen. Einem konkreten Rechtsanspruch auf bestimmte Präventionsleistungen hat der Versicherte nicht. Auch der Arbeitgeber oder der Träger von Lebenswelten, z. B. Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen oder Wohnheime, der an der Finanzierung dieser Leistungen durch zusätzliche Eigenanteile beteiligt ist, hat keinen Anspruch auf konkrete Präventionsmaßnahmen in seinem Betrieb, sondern kann sich lediglich um entsprechende Projekte bewerben.

Angesichts des Äquivalenzprinzips in der Sozialversicherung erscheint dieses Vorgehen höchst bedenklich. Deutlich wird dieses bei den vorgesehenen Änderungen im SGB XI.

In § 5 Abs. 1 SGB XI soll es heißen:

„Die **Pflegekassen erbringen** Leistungen zur primären Prävention“.

Dieser Leistungsanspruch wird in den neu einzufügenden §§ 45 d bis 45 f aber nicht spezifiziert, sondern relativiert (hier: § 45 e Abs. 2 SGB XI):

Die **Pflegekasse „entscheidet** (...) unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ über die „aufzubringenden Mittel **nach pflichtgemäßem Ermessen**.“

Damit wird der Anspruch, der in § 5 SGB XI aufgenommen werden soll, erheblich eingeschränkt. Die Leistungsgewährung sowie „Gegenstand, Umfang und Ausführung“ dieser Leistungen stehen lediglich in der pflichtgemäßen Ermessensentscheidung des Präventionsträgers. Dieser entscheidet im Rahmen der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Eine Umsetzung der auch in der Pflege dringend notwendigen präventiven Ansätze ist damit in die Abhängigkeit der Selbstbeteiligung von Trägern und das Ermessen der Pflegekassen gestellt. Da die Pflegekassen bereits seit einigen Jahren ein Defizit aufweisen, sind die Leistungen mit Hinweis auf die wirtschaftliche Situation gefährdet oder belasten den bestehenden Leistungsumfang für die heutigen Sachleistungsbezieher in der Pflegeversicherung.

Der bpa setzt sich für eine Stärkung der Rechte der Versicherten durch Präzisierung eines Leistungsrechtsanspruches der Versicherten ein. Dieser darf aber keinesfalls dazu führen, dass die ohnehin gedeckelten und seit zehn Jahren nicht angepassten Sachleistungsansprüche der Pflegebedürftigen reduziert werden, indem Finanzmittel für die Prävention abgezogen werden.

10. Finanzierung

a) Umfang

Gerade angesichts der besonderen Bedeutung, die der Gesetzgeber der Prävention beimisst, ist es wünschenswert, dass sich auch der Bund, die Länder und die Bundesanstalt für Arbeit an der Finanzierung der Präventionsleistungen beteiligen, und diese Aufgabe nicht alleine den Versicherten der Sozialversicherungen überlassen. Die geplante Finanzierung der Prävention in einem Umfang von 250 Millionen Euro p.a. wird den Ansprüchen des Gesetzes nicht gerecht. Damit entspricht das Budget der Prävention nur 0,1 % der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Grundsätzlich spricht sich der bpa dafür aus, die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen und auch als solche zu finanzieren. Dies gilt besonders angesichts Postulats, dass Prävention und Gesundheitsförderung, zumindest langfristig, zur nachhaltigen Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen sollen.

b) Pflegeversicherung

Die Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Prävention mit 10 Milli-

onen Euro pro Jahr ist zum jetzigen Zeitpunkt problematisch. Die Pflegeversicherung hat nach neusten Angaben 860 Millionen Euro Verlust im Jahr 2004 erzielt. Jetzt die Pflegeversicherung mit weiteren Ausgaben zu belasten, ohne dass deren Finanzierung geklärt wäre, ist fragwürdig.

Derzeit arbeiten alle Parteien an Reformmodellen zur Pflegeversicherung. Welches davon umgesetzt wird und wie die finanziellen Ressourcen der Pflegeversicherung dann ausgestaltet sein werden, kann niemand zum jetzigen Zeitpunkt vorhersagen. Der bpa fordert seit langem eine Diskussion um den Beitragssatz in der Pflegeversicherung. Wir brauchen eine Debatte darüber, was der Gesellschaft die Pflege wert ist und welchen Beitragssatz sie bereit ist dafür aufzubringen. Es muss auf jeden Fall sichergestellt werden, dass die jetzt von der Pflegeversicherung aufzubringenden Mittel für die Primärprävention keinesfalls zu Lasten des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung gehen. Bei der Reform der Pflegeversicherung müssen daher die Mittel zur Primärprävention in jedem Fall zusätzlich mit einkalkuliert werden.

1. Institutionelle Umsetzung: Stiftung

Die neue Stiftung Prävention soll die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention betreiben, die Präventionsziele präzisieren und der Koordination sowie der Qualitätssicherung dienen. Sowohl in der Stiftung als auch bei der Umsetzung auf Landesebene wird die Pflege nicht beteiligt. Dabei ist die Beteiligung der Pflege und deren Einrichtungen sowohl hinsichtlich der Zielpräzisierung als auch bei der Durchführung von zielgruppenspezifischen Maßnahmen für chronisch Kranke und Pflegebedürftige unabdingbar. Die Planung und Beurteilung der Angemessenheit präventiver Maßnahmen muss dem Umstand der breit gefächerten Ansatzmöglichkeiten effektiver Prävention auch durch pflegerische Maßnahmen Rechnung tragen. Dem steht entgegen, dass im Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ausschließlich Vertreter von Bund, Land und Kommunen sowie den Kassen vertreten sind. Auch im Kuratorium der Stiftung sind die Leistungserbringer der Pflege nicht explizit berücksichtigt.