

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

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG),
Bundestags-Drucksache 18/4282,**

zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Vermin-
derung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten
Bundestags-Drucksache 18/4322**

und zum

**Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch
ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz
Bundestags-Drucksache 18/4327**

Berlin, 20. April 2015

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)	6
Prävention in Lebenswelten (§ 20 a SGB V)	8
Nationale Präventionsstrategie und Präventionskonferenz (§§ 20 d, e SGB V)	10
Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)	12
Präventionsempfehlungen im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)	13
Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung (§ 45 SGB VIII)	15
Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)	17
Präventionsempfehlung (§§ 18, 18 a SGB XI)	21
Pflegekurse (§ 45 SGB XI)	22
Expertenstandards zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113 a SGB XI)	24

II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. 25

III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 26

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der bpa **begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung**, die Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Deswegen muss deren Finanzierung auf eine möglichst breite Basis gestellt werden. Es darf daher kein Tabu sein, auch **Steuermittel in die Finanzierung der Prävention einzubeziehen**. 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 pflegebedürftige Menschen sowie Kinder und einkommensschwache Personen zu berücksichtigen.

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 Multimorbidität und chronische Erkrankungen. Ein Ausbau der Prävention ist deshalb notwendig, um einerseits die gesundheitliche und pflegerische Situation von alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und andererseits – neben den Maßnahmen der Unfallversicherung – eine

effektive Gesundheitsförderung für die Beschäftigten in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

Leider versäumt es der Gesetzentwurf an mehreren Stellen, die **Prävention in den Lebenswelten der pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigen konsequent zu stärken**, sondern stellt vorrangig auf die verhaltensbezogene Prävention ab. Unbestritten ist dies ein wichtiger Ansatz, aber nur in Verbindung mit einer ebenso gleichrangigen Förderung der Prävention in den Lebenswelten kann das Ziel einer langen Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger und damit einhergehend ein möglichst später Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erreicht werden.

Der bpa bedauert, dass der Gesetzentwurf nicht einen stärkeren Fokus auf Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bzw. einer Verhinderung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit legt. Es bleibt im Wesentlichen beim auch bisher schon im Gesetz befindlichen Auftrag an die Pflegekassen, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (bisher § 5 Abs. 1 SGB XI, neu § 5 Abs. 4 SGB XI). Als mögliche präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit kommen die gezielte Anleitung, die Motivation zur Eigeninitiative und zur Verhaltensänderung in der Lebenswelt in Frage. Diese Maßnahmen sollten von den Krankenkassen finanziert und von den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.

Kritisch sieht der bpa die Verpflichtung der Pflegekassen zur Erbringung von primärpräventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Bereits heute ist es Aufgabe der Krankenkassen, Leistungen der Prävention zu erbringen. Leider ist nicht zu erkennen, dass den Krankenkassen aktiv daran gelegen ist, präventive und rehabilitative Maßnahmen zu ergreifen, die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vermeiden. Vielmehr muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass die Krankenkassen ihren Auftrag ernst nehmen, anstatt diese Aufgabe auf die Pflegeversicherung abzuwälzen. Damit besteht die Gefahr eines weiteren Verschiebebahnhofs zu Lasten der Pflegeversicherung in der Art, dass die gesetzliche Krankenversicherung immer mehr Leistungen der Prävention an die Pflegeversicherung überträgt. Leidtragende wären dann die Pflegebedürftigen, die höhere Eigenanteile aufbringen müssten, und der Sozialhilfeträger. Schon jetzt gibt es eine Ungleichbehandlung bei der stationären Behandlungspflege. Dies darf keine Fortsetzung finden.

Die Zuständigkeit der Krankenkasse für Leistungen der Prävention muss sowohl für ambulant als auch für stationäre versorgte Pflegebedürftige gelten. Der bpa lehnt sowohl eine unterschiedliche Finanzierung als auch eine Zuordnung zur Pflegeversicherung entschieden ab.

Denn eine Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen – und damit eines Teilleistungssystems – bedeutet, dass letztendlich die Kosten privatisiert oder der Sozialhilfe aufgebürdet werden.

Begrüßt wird ausdrücklich die Stärkung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI, da diese die pflegenden Angehörigen in ihren Kompetenzen schulen, zur Entlastung beitragen und den Verbleib in der Häuslichkeit maßgeblich unterstützen. Zur weiteren Stärkung der Pflegekurse unterbreitet der bpa einen konkreten Vorschlag.

Im Einzelnen:

§ 20 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Artikel 1, Nr. 4, Gesetzesbefehl S. 9f., Begründung S. 32 ff

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung vorzusehen. Weiterhin wird die Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Konkretisierung des Präventionsauftrags erweitert. Im Rahmen der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien soll der GKV-Spitzenverband u.a. auch pflegerischen Sachverstand einbeziehen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, dass die Krankenkassen (nach Absatz 1) nun verpflichtet werden, Leistungen der Prävention zu erbringen. Das Potenzial, das die Prävention bietet, wurde bisher von den meisten Krankenkassen nicht hinreichend genutzt. Insofern setzt der Gesetzgeber hier an der richtigen Stelle an, um die Prävention zu stärken.

Der bpa begrüßt weiter, dass (in Absatz 2) ein weites Spektrum an Akteuren in die Festlegung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen einbezogen werden soll. Damit wird der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention Rechnung getragen. An dieser Stelle möchte der bpa zu bedenken geben, dass unter die Begrifflichkeit des pflegerischen Sachverstandes nicht nur die Pflegewissenschaft zu fassen ist. Auch die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen als Vertreter der Lebenswelt Pflege gilt es hierbei einzubeziehen, um eine reibungslose Umsetzung in der Praxis sicherzustellen.

Richtig ist es, dass (in Absatz 3) Diabetes als ein Schwerpunkt genannt wird, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei seinen Handlungsfeldern und Kriterien zu berücksichtigen hat. Diabetes ist eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten. Diabetes kann aber gut behandelt werden, wenn Patienten rechtzeitig gut informiert sind und sie richtig eingestellt sind. Folgeschäden können so vermieden werden. In besonderer Weise sollte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ältere Diabetes-Patienten bei seinen Handlungsfeldern im Blick haben. Sie sind auf vielfältige Art besonders verletzlich, ihre oft geschwächte Immunabwehr begünstigt Infektionen. Die Wundheilung ist verringert und birgt die Gefahr von Amputationen. Die Selbstversorgungscompetenz der Patienten ist

oftmals eingeschränkt und der Pflegeaufwand steigt. Zudem stellen Stoffwechselentgleisungen eine akute Bedrohung für die Patienten dar. Daraus ergibt sich entsprechender präventiver Handlungsbedarf, der durch kompetente, diabetologisch geschulte Pflegefachkräfte abgedeckt werden kann. Die Diabetespflege erfolgt idealerweise im interprofessionellen Netzwerk v. a. zusammen mit Hausärzten, Diabetologen, Podologen und Wundmanagern. Hohe Problemsensitivität und solide Diabeteskompetenz ermöglichen frühzeitiges Reagieren und tragen zur Sicherheit bei Pflegenden und Betroffenen bei. Die Lebensqualität der älteren Diabetes-Patienten steigt. Dazu wird vom bpa zusammen mit Kooperationspartnern seit 14 Jahren die Qualifikation zur Diabetes-Pflegefachkraft angeboten. Die Kompetenz und die Erfahrungen der Diabetespflege sollten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend beim Handlungsfeld Diabetes berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung sollte klargestellt werden, dass als Vertreter des pflegerischen Sachverständigen auch die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen einzubeziehen sind.

§ 20 a SGB V: Prävention in Lebenswelten

Artikel 1, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 10 f., Begründung S. 35 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier erfolgt die Definition der Lebenswelten. Als solche werden u.a. für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme des Wohnens und der pflegerischen Versorgung genannt, für die die Krankenkassen die gesundheitliche Situation der Versicherten erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln sollen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf bei der Prävention in Lebenswelten auch ausdrücklich die pflegerischere Versorgung mit einbezieht. Allerdings lehnt der bpa die in § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen, ab. Der bpa fordert stattdessen, dass sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege die Krankenkasse für die Leistungen der Prävention verantwortlich ist. Es wird dazu auf die Ausführungen zu § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI verwiesen.

Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sollte ein **konkreter Rechtsanspruch auf präventive Hausbesuche** verankert werden. In der Gesetzesbegründung (Seite 23) wird darauf verwiesen, dass es die Aufgabe der Krankenkassen bleibt, ambulante Pflegeeinrichtungen in die Erbringung gesundheitsfördernder Angebote einzubeziehen. Die Etablierung von präventiven Hausbesuchen wäre eine sachgerechte Konkretisierung dieser Aufgabe.

Präventive Hausbesuche sollten von besonders qualifizierten Pflegefachkräften bei potentiell Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Im Ergebnis dieser Hausbesuche können Maßnahmen zur frühzeitigen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Hierbei ist die Einbeziehung der häuslichen Lebenswelten und der ambulanten Pflegedienste als Leistungserbringer von besonderer Bedeutung.

Zur weiteren Begründung wird ebenfalls auf die Ausführungen zu § 5 SGB XI verwiesen (s. Seite 17).

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung wird der Verweis auf § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI gestrichen.

Zudem wird § 20 a Abs. 1 SGB V wie folgt gefasst:

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. **Versicherte haben zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch durch Pflegeeinrichtungen gem. § 71 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.** Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

§ 20 d SGB V: Nationale Präventionsstrategie

§ 20 e SGB V: Nationale Präventionskonferenz

Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 11 f., Begründung S. 36 f.
Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 12 f. Begründung S. 37 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den anderen Sozialversicherungsträgern eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Im Rahmen dieser sollen bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen u.a. zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention, zur Zusammenarbeit der zuständigen Akteure und zu gemeinsamen Zielen entwickelt und vereinbart werden.

Mit der Nationalen Präventionskonferenz soll die Nationale Präventionsstrategie institutionell abgesichert werden. Mitglieder sind die gesetzlichen Spitzenorganisationen der Kranken- und Pflegekassen, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Ebenfalls beteiligt sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die private Pflegeversicherung wirkt nur mit, sofern sie sich finanziell angemessen an der Präventionsstrategie beteiligt.

B) Stellungnahme

Der Ansatz des Gesetzgebers, eine Nationale Präventionsstrategie im „Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention“ von den Sozialversicherungsträgern entwickeln zu lassen, ist zunächst positiv zu bewerten. Ebenfalls zu begrüßen ist die Bildung einer Nationalen Präventionskonferenz als Plattform zur Beratung der Präventionsstrategie. Doch diese kann nur dann sinnvoll agieren und umfassende Vorschläge erarbeiten, wenn ein möglichst weitreichender Kreis an Akteuren an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligt ist. Nach Auffassung des bpa sind die Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger, so auch die der pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigen, in der jetzigen gesetzlichen Ausgestaltung nicht ausreichend vertreten. Dem Anspruch, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten, wird damit nicht genügend Rechnung getragen. Die Pflegekassen vertreten weniger die Interessen der Pflegebedürftigen, sondern vielmehr die wirtschaftlichen Belange. Um die Prävention in der Lebenswelt der pflegerischen Versorgung zu stärken, bedarf es daher nach Ansicht des bpa auch der Einbindung der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Mindestens ein Recht zur Anhörung oder zur Stellungnahme im Rahmen der Erarbeitung der Präventionsstrategie sollte den Ver-

bänden eingeräumt werden, so wie es die Begründung bereits jetzt für die Einbeziehung der Patienten und Menschen mit Behinderung vorsieht.

Außerdem sollten in der Präventionsstrategie die besonderen Belange der Kinder und Jugendlichen, der Behinderten sowie der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 d Abs. 3 SGB V wird wie folgt geändert:

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. **Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen, Behinderten sowie Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen.** Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. **Den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.**

§ 23 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen

Artikel 1, Nr. 11, Gesetzesbefehl S. 14, Begründung S. 39 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung sollen Versicherte mit besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen die Möglichkeit erhalten, ambulante Vorsorgeleistungen in wohnortfernen Kurorten wahrzunehmen, ohne dass zuvor Leistungen am Wohnort erbracht worden sind. Der Zuschuss der gesetzlichen Krankenkassen wird erhöht.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt das Vorhaben. Insbesondere für pflegende Angehörige, die in der Gesetzesbegründung auch explizit genannt werden, ist dies eine sinnvolle Maßnahme, da sie den praktischen Anforderungen gerecht wird. Aufgrund des pflegerischen Alltags, der oft nicht planbar ist, ist es pflegenden Angehörigen kaum möglich, regelmäßige (auf einen bestimmten Wochentag festgelegte) Angebote zur medizinischen Vorsorge wahrzunehmen. Eine mehrwöchige Kur am Stück ist hingegen planbarer. Zudem kann für diese Zeit eine Verhinderungspflege organisiert werden. Gleichzeitig kann der gesundheitliche Effekt nachhaltiger sein, wenn man auch am Kurort die Möglichkeit hat, Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

§ 25 SGB V: Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Artikel 1, Nr. 14, Gesetzesbefehl S. 14f., Begründung S. 40f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sollen künftig einen Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen haben, die neben der Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer Krankheiten und der Überprüfung des Impfstatus auch primärpräventive Maßnahmen enthalten soll. Im Rahmen der Untersuchung soll – sofern medizinisch angezeigt – auch eine Präventionsempfehlung ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu berücksichtigen ist. Die nähere Ausgestaltung der Präventionsempfehlung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

B) Stellungnahme

Zunächst befürwortet der bpa die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten und des Leistungsumfangs der Gesundheitsuntersuchungen. Bei konsequenter Inanspruchnahme können die Gesundheitsuntersuchungen einen wertvollen Beitrag leisten, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und auch Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Kritisch sieht der bpa allerdings die Beschränkung auf Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Bei hochbetagten und/oder chronisch kranken Menschen, die kurz vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stehen oder bereits einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt haben, sind solche Empfehlungen, die sich auf die Bereiche Bewegung, Ernährung oder Suchtmittelkonsum beziehen, zwar hilfreich, aber gleichzeitig ist es auch notwendig, für diese Personengruppe auch vorpflegerische Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V neu) in die Präventionsempfehlung einfließen zu lassen.

In diesem Zusammenhang wäre auch zu prüfen, inwieweit für den Kreis der Pflegebedürftigen neben Ärzten auch andere Leistungserbringer für die Erteilung einer Präventionsempfehlung in Frage kämen. Pflegefachkräfte stehen grundsätzlich in einem viel engeren, häufig täglichen Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen. Alternativ wäre zu prüfen, ob die Pflegefachkräfte eine entsprechende Bewertung erteilen könnte, die der Arzt in seine Empfehlung einfließen lassen sollte. Dies würde die Kompetenz und die Erfahrungen der Pflegekräfte anerkennen und wäre ein Beitrag zu der von der Bundesregierung angestrebten stärkeren Anerkennung der Pflegeberufe.

C) Änderungsvorschlag

§ 25 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch **und pflegerisch angezeigt**, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 **und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a.**

§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB VIII: Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

Artikel 5, Gesetzesbefehl S. 18, Begründung S. 46

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 45 SGB Abs. 2 VIII regelt, wann in der Regel eine Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung zu erteilen ist. Die im Gesetz enthaltenen Beispiele, wann eine Erlaubnis zu erteilen ist, wird erweitert um den Aspekt der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt in dafür ein, dass der Nachweis eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes nicht einseitig betriebserlaubnisrelevant gemacht werden darf, ohne an geeigneter Stelle im Dritten Abschnitt des SGB VIII (Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung) auf die Finanzierungspflicht durch die Jugendämter zu verweisen.

Aufgrund der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, namentlich der Hilfen zur Erziehung, hält der bpa die vorgesehene Änderung insbesondere deshalb nicht für notwendig, weil die gesundheitliche Vorsorge gerade in stationären Einrichtungen bis zum heutigen Tag eine zentrale Aufgabe aller Einrichtungsträger ist. Probleme haben die Einrichtungsträger durchgängig bei der Finanzierung derjenigen Gesundheitskosten, die die Krankenkassen nicht mehr finanzieren und die Jugendämter nicht übernehmen. Das fängt an bei den Zuzahlungen für Medikamente und Verbandsmaterialien und endet bei der Weigerung, notwendige Therapien zu finanzieren, die von den Krankenkassen nach Art oder Umfang nicht mehr bezahlt werden. Daran wird der Gesetzentwurf nichts ändern. Deswegen ist es nicht sinnvoll, durch die vorgesehene Änderung von § 45 SGB VIII eine ordnungsrechtliche Änderung vorzunehmen, die an der Praxis nichts ändern wird.

Wenn eine Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung an gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen gekoppelt wird, dann müssen den Einrichtungen dafür auch die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Außerdem müssen bei Gesundheitsleistungen, die mit Präventionsleistungen korrespondieren, die aufgezeigten Restriktionen gestoppt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 45 SGB VIII sollte gestrichen werden. Stattdessen sollte ein Rechtsanspruch gegen die Kostenträger (Kranken-

kassen und Jugendämter) verankert werden, der sicherstellt, dass die notwendigen präventiven Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge von Kindern und Jugendlichen vollständig erbracht werden können.

§ 5 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen

Artikel 6, Nr. 1, Gesetzesbefehl S. 18 f., Begründung S. 46 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen künftig Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll den Präventionsauftrag der Pflegekassen konkretisieren. Für das Jahr 2016 sollen die Pflegekassen für die Präventionsleistungen 0,30 Euro je Versicherten aufwenden, der Wert ist in den Folgejahren entsprechend der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr) zu erhöhen.

B) Stellungnahme

Der bpa befürwortet die Einbeziehung von pflegebedürftigen Menschen und deren Lebenswelten in den Bezug von Präventionsleistungen. Die hier vorgenommene Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung korrespondiert mit dem geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ermöglicht konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen oder der Verhütung von fortschreitender Pflegebedürftigkeit. Die Begrenzung der Leistungen auf voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist allerdings in keiner Weise sachgerecht. Die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen – und damit eines Teilleistungssystems, welches letztendlich die Kosten privatisiert oder der Sozialhilfe aufbürdet – lehnt der bpa entschieden ab. Der bpa fordert stattdessen für ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Präventionsleistungen gegenüber ihrer Krankenkasse.

Aus Sicht des bpa ist die im Gesetzentwurf vollzogene Trennung zwischen ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen bei den Präventionsleistungen nicht nachvollziehbar:

- Die Krankenkasse soll die Präventionsleistungen übernehmen, wenn die Versicherten ambulante Pflegeleistungen erhalten.
- Die Pflegekasse soll die Präventionsleistungen übernehmen, wenn die Versicherten stationäre Pflegeleistungen erhalten

Zuständigkeit der Krankenversicherung

Begründet wird dieses allein mit der speziellen Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung. Zu trennen ist hier aber die Lebenswelt von der Finanzierung der Präventionsleistungen. Der bpa begrüßt ausdrücklich,

dass Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsleistungen erhalten sollen. Sie erhalten diese aber als Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Genau darauf bezieht sich § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V. Dort heißt es: „Leistungen ... werden erbracht als ... Leistungen zur Gesundheitsförderung und **Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte** nach § 20 a ...“.

Den Anspruch auf Leistungen der Prävention hat der Versicherte also als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen der Prävention sind eine Aufgabe der Kranken- und nicht der Pflegeversicherung. Bereits heute obliegt es den Krankenkassen, für ihre Versicherten Leistungen der Prävention zu erbringen (s. § 20 SGB V zur primären Prävention, § 20 d SGB V Schutzimpfungen, § 23 SGB V medizinische Vorsorgeleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit).

Es steht zu befürchten, dass durch die geplante Verschiebung der Präventionsleistungen in die Pflegeversicherung die Krankenkasse – ohne ausreichende sachliche Begründung – finanziell entlastet werden soll. Auch wenn der zunächst vorgesehene Beitrag der Pflegekassen von 0,30 Euro pro Versicherten bzw. 21 Millionen Euro insgesamt angesichts der Gesamtausgaben von 25,45 Milliarden Euro gering erscheinen mag, so hat dieser systemwidrige Eingriff dennoch zukünftig nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Versicherten und andere soziale Sicherungssysteme. Der bpa befürchtet hier, dass zukünftig der Beitrag, den die Pflegekassen für die Prävention zu leisten haben, steigt. Gerade angesichts der von der Bundesregierung geplanten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird jeder Euro für die Pflegeversicherung benötigt. Nur wenn es gelingt, mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Pflegebedürftigen noch einmal spürbar besser zu stellen, wird das 2. Pflegestärkungsgesetz und die Soziale Pflegeversicherung insgesamt akzeptiert werden. Finanzielle Belastungen der Pflegekassen, wie durch das Präventionsgesetz vorgesehen, erschweren dieses.

Deswegen teilt der bpa auch nicht die Kritik des Bundesrates, der sich dafür einsetzt, dass die Pflegekassen auch die Leistungen der Prävention für ambulant versorgte Pflegebedürftige übernehmen sollen. Es ist zwar richtig, zu gewährleisten, dass ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige gleichermaßen Präventionsleistungen erhalten, allerdings sind die Kosten hierfür von der Krankenkasse und nicht von der Pflegekasse zu tragen.

Systemwidrige Zuordnung wie bei der Behandlungspflege

Der bpa sieht in der geplanten Zuständigkeit der Pflegekassen für die Prävention in der stationären Pflege eine **weitere systemwidrige Benachteiligung von Versicherten**, die es auch bei der Zuordnung der **Behandlungspflege** gibt: Offensichtlich herrscht eine gewisse Gewöhnung

an eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa 177 Euro geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören und darf nicht noch durch das Präventionsgesetz ausgeweitet werden. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten Prävention ebenso wie die der medizinischen Behandlungspflege tragen.

Für die Behandlungspflege wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung denkbar, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Es geht nicht um eine zusätzliche Belastung der Krankenversicherung, sondern schlicht um die Beendigung einer nicht systemkonformen finanziellen Entlastung.

Praktische Umsetzung

Der Gesetzentwurf lässt die praktische Umsetzung der vorgeschlagenen Regelung zur Finanzierung der Präventionsleistungen völlig außen vor. Zwar ist festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Kriterien für die Präventionsleistungen bestimmen soll, es ist aber nicht geregelt, wie und von wem die Leistungen erbracht und abgerechnet werden sollen. Wenn auch die stationären Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer für die Präventionsleistungen vorgesehen sind, wäre zu klären, ob die Pflegeeinrichtungen direkt mit der Pflegekasse abrechnen können (wie es bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI möglich ist, wenn eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde), oder ob womöglich die Leistungen über den Pflegesatz zu finanzieren sind. Im letzteren Fall würde es bedeuten, dass aufgrund der Präventionsleistungen die Zuzahlungen der Heimbewohner oder ihrer Angehörigen steigen würden bzw. das Sozialamt mehr Kosten übernehmen müsste. Dieses lehnt der bpa entschieden ab.

Der bpa begrüßt, dass die Leistungen einheitlich kassenübergreifend erbracht werden sollen. Es bedarf aber dringend der **Konkretisierung der Leistungen und der Festlegung, dass diese mit den Einrichtungen zu vereinbaren sind**. Das gilt in gleicher Weise für Präventionsleistungen für stationär wie auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige.

Prävention in der eigenen Häuslichkeit

Künftige Pflegebedürftige leben derzeit in ihrer eigenen Häuslichkeit. Bei fast 75 % der Pflegebedürftigen sind die eigene Häuslichkeit oder neue Wohnformen die jeweilige Lebenswelt. Deswegen muss Prävention auch in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten ansetzen. Dort kann Pflegebedürftigkeit besonders zielgerichtet vermieden werden. Hierzu müssen entsprechende Präventionsleistungen, beispielsweise in Form präventiver Hausbesuche, verankert werden. Auf diese Weise kann auch den besonderen Belangen der ambulanten Versorgung bei der Prävention Rechnung getragen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 5 SGB XI in Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzentwurfs wird gestrichen.

§§ 18 und 18 a SGB XI: Präventionsempfehlung

Artikel 6, Nr. 2 und 3, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit muss künftig eine Beratungsempfehlung hinsichtlich des Bedarfes an Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention enthalten sein. Die Rehabilitationsempfehlung wird somit um eine Präventionsempfehlung ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung der Rehabilitationsempfehlung um eine Präventionsempfehlung ist nach Ansicht des bpa eine sachgerechte Maßnahme, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder möglichst lange hinauszuzögern. Aber wie bereits in den Ausführungen zur Präventionsempfehlung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V neu) beschrieben, ist es aus Sicht des bpa nicht zielführend, das Präventionsspektrum lediglich auf individuelle Verhaltenskurse nach § 20 Abs. 5 SGB V zu begrenzen. Die Empfehlung muss konsequenterweise auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4, Nr. 2 SGB V) enthalten. Nur dann ist eine umfassende Analyse und Dokumentation der tatsächlich notwendigen Prävention möglich. Auf dieser Grundlage kann dann eine entsprechende Beratung erfolgen und es können Maßnahmen zur frühzeitigen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Die Beratungsleistungen sind insbesondere dort am effektivsten, wo der präventive Hausbesuch durch besonders qualifizierte Pflegefachkräfte von potentiell Pflegebedürftigen ansetzt. Hierbei ist die Einbeziehung der häuslichen Lebenswelten und der ambulanten Pflegedienste als Leistungserbringer von besonderer Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

§ 18 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 **und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a** des Fünften Buches besteht.“

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige

Artikel 6, Nr. 4, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekurse für pflegende Angehörige, welche die Pflegekassen anbieten, werden in ihrer inhaltlichen Ausrichtung erweitert. Neben der Minderung bestehender pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen sollen sie künftig auch das Ziel verfolgen, bereits der Entstehung dieser Belastungen von vornherein vorzubeugen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Der Gesetzgeber anerkennt mit der inhaltlichen Stärkung der Pflegekurse diese ausdrücklich als wichtiges Instrument zur Stärkung der Kompetenzen der pflegenden Angehörige. Im Zuge der Leistungen werden Angehörige geschult und entlastet. Damit wird der Verbleib in der Häuslichkeit nachdrücklich unterstützt. Der bpa hat nach § 45 SGB XI Verträge zur Pflegeberatung mit diversen Pflegekassen geschlossen. Auf dieser Grundlage werden nach einem mit den Pflegekassen abgestimmten Curriculum examinierte Pflegekräfte als Pflegeberater geschult, die anschließend individuelle Schulungen, Pflegekurse und Überleitungspflege aus dem Krankenhaus heraus erbringen. Rund 3.000 Pflegeberater wurden so qualifiziert und sind täglich in der Häuslichkeit und in Krankenhäusern beratend tätig. Dieses Potential sollte weiter genutzt werden. Das grundsätzliche Problem der Pflegekurse ist jedoch, dass diese vielen pflegenden Angehörigen gar nicht bekannt sind. Da eine verbesserte Inanspruchnahme wünschenswert wäre, setzen wir uns für eine weitere Stärkung der Leistungen nach § 45 SGB XI ein. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine Verknüpfung mit den Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI), den Kombinationsleistungen (Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld; § 38 SGBXI) und dem Beratungsbesuch für Pflegegeldbezieher (§ 37 Abs. 3 SGB XI).

C) Änderungsvorschläge

§ 36 Absatz 5 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die häusliche Pflege erhalten, und deren Angehörigen sind im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach Absatz 1 auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

§ 38 Satz 6 (neu) SGB XI

Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

§ 37 Abs. 3 SGB XI

In § 37 SGB XI sollte ein neuer Absatz 3 a eingefügt werden. In diesem Absatz sollte festgelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben. Dabei müssen die Leistungen selbstverständlich nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

Die Vergütung für die Pflegepflichteneinsätze in § 37 Abs. 3 SGB XI muss außerdem angepasst werden. Derzeit sind im Gesetz für diese Einsätze eine Vergütung von 22 Euro (für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II) bzw. 32 Euro (für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III) vorgesehen. Diese Vergütung ist in keiner Weise auskömmlich und gefährdet die notwendige Beratung. Nach einem Gutachten von Prof. Görres ist für eine entsprechende Beratung ein Zeitumfang von einer Stunde anzusetzen. Dementsprechend sollte im Gesetz der Zeitumfang festgelegt werden. Dieser sollte für Pflegebedürftige der Stufen I und II mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Stufe III mindestens anderthalb Stunden betragen. Auf dieser Grundlage können Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung verhandeln (wie es auch für die Sachleistungen üblich ist).

§ 45 Abs. 1 SGB XI

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen **sowie bei dessen Aufenthalt im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung auch dort** stattfinden.

§ 113 a SGB XI: Expertenstandards zur Sicherstellung Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Artikel 6, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird um Leistungen der Prävention ergänzt.

B) Stellungnahme

Die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege beinhalten bereits präventive (prophylaktische) Maßnahmen. Gleichwohl sind diese nicht den Regelungen des § 113 a SGB XI gleichgestellt und entsprechend im Bundesanzeiger veröffentlicht. Insofern anerkennt der bpa die mit der Regelung verfolgte Absicht des Gesetzgebers. Allerdings stellt sich die Frage, wie die Expertenstandards das Ziel, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, berücksichtigen sollen. Die Formulierung ist unkonkret und wirkt an dieser Stelle deplatziert. Auch aus der Begründung des Gesetzentwurfs geht nicht hervor, wie und in welchem Umfang und auf welcher rechtlichen Grundlage die Berücksichtigung erfolgen soll.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 sollte Nr. 5 gestrichen werden.

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Gesundheitsförderung und Prävention konsequent
auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitli-
cher Ungleichheit ausrichten

Bundestags-Drucksache 18/4322

Zur Vorbemerkung, Ziffer I:

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE hat die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten zum Ziel. Gesundheitsförderung, Prävention und soziale Ungleichheit seien eng miteinander verknüpft. Daher müssen Gesundheitsförderung und Prävention konsequent darauf ausgerichtet sein, sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gute Entwicklungsmöglichkeiten und –voraussetzungen für alle zu schaffen.

Zu den Antragsforderungen, Ziffer II:

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE enthält einige Positionen, die der bpa für unterstützenswert erachtet. Auch der bpa ist der Ansicht, dass Gesundheitsförderung und (nichtmedizinische Primär-) Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind und als solche anerkannt und gestaltet werden müssen. Der bpa ist ebenfalls der Auffassung, dass der Fokus stärker auf lebensweltbezogenen Maßnahmen liegen muss. Dies kommt im Gesetzentwurf der Bundesregierung an einigen Stellen leider zu kurz. Zur Finanzierung der geforderten Maßnahmen verweist der Antrag auf Steuermittel.

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und
Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsför-
derungsgesetz

Bundestags-Drucksache 18/4327

Zur Vorbemerkung, Ziffer I:

Nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN liegt das vorrangige Ziel eines Präventionsgesetzes in der Gesundheitsförderung. Damit könne man die Kompetenzen, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtbarkeit der Menschen steigern und die aktive Teilhabe und Teilnahme an der Gestaltung der eigenen Umwelt ermöglichen. Nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht umfassend genug, sondern beschränkt sich zu sehr auf den medizinischen Präventionsbegriff (Krankheiten, Verhinderung bzw. Früherkennung dieser, Behandlung).

Zu den Antragsforderungen, Ziffer II:

Der bpa teilt die Kritik der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN am unzureichenden gesamtgesellschaftlichen Ansatz des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, obgleich die einzelnen Forderungen des Antrags selbst sehr vage bleiben und allgemein gehalten sind. Auch der bpa plädiert für eine stärkere Ausgestaltung der Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen. Insbesondere für das Setting der pflegebedürftigen Menschen wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzentwurf der Bundesregierung konkretere Maßnahmen zur Stärkung der Lebenswelt enthielte. Wie beim Antrag der Fraktion DIE LINKE ist der bpa allerdings zurückhaltend, was eine Ausgabenerhöhung der Mittel angeht. Es darf nicht sein, dass die von der Pflegeversicherung aufzubringenden Mittel für Prävention zu Lasten des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung gehen.