

## **Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention des Bundesministeriums für Gesundheit (Präventionsgesetz - PräVG)**

### **Vorbemerkung**

Der Paritätische Gesamtverband e. V. ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von Kindertagesstätten, von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, ambulanter Pflegedienste, stationärer Einrichtungen und Krankenhäuser sowie von Selbsthilfekontakt- und Patientenberatungsstellen.

Zudem ist der Paritätische Gesamtverband der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen.

Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ im Paritätischen Gesamtverband haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Vertreter des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140 f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Der Paritätische Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

## **1. Allgemeine Bewertung des Gesetzesvorhabens**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (kurz: PrävG) hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken und die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln. Zudem soll mit dem geplanten Präventionsgesetz das Zusammenwirken von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung verbessert werden.

Der Paritätische Gesamtverband nimmt die Gelegenheit gerne wahr, zu dem vorliegenden Referentenentwurf wie folgt Stellung zu nehmen.

Nach den letzten drei gescheiterten Versuchen der Vorgängerregierungen, ein Präventionsgesetz zu verabschieden (2005, 2008 und 2013), richten sich enorme Hoffnungen auf den nunmehr vierten Anlauf, den großen und ungenutzten Potenzialen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung einen gesetzlichen Rahmen zu geben.

Grundsätzlich begrüßt der Paritätische Gesamtverband die Bemühungen der Bundesregierung, ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz noch im Jahr 2014 auf den parlamentarischen Weg bringen zu wollen.

Der Paritätische hat bei der Bewertung des vorliegenden Referentenentwurfs besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen gelegt und darauf, welche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels von der Bundesregierung geplant sind.

Denn: Die Gesundheit des Menschen wird nicht allein durch eigenverantwortliches Handeln erhalten und gefördert. Gesundheit ist ganz grundsätzlich auch ein Ergebnis gesellschaftlicher, ökonomischer und ökologischer Rahmenbedingungen. Es ist mittlerweile unstrittig und allgemein anerkannt, dass die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit des Menschen gravierend sind. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, geringem Bildungs- und Ausbildungsstand sterben nicht nur früher, sie werden auch eher chronisch krank und früher pflegebedürftig. Die Lebenserwartung von Menschen mit niedrigem Sozialstatus ist knapp zehn Jahre geringer als die von Menschen mit hohem sozioökonomischen Status. Chronische Erkrankungen treten bei sozial Benachteiligten insgesamt häufiger auf, was einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität hat. Ebenso tritt Pflegebedürftigkeit bei ihnen in einem früheren Lebensalter ein als bei Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in Deutschland die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinandergeht und die Durchlässigkeit zwischen den

unterschiedlichen sozialen Schichten mehr und mehr abnimmt, ist sogar noch mit einer Verschärfung der geschilderten Situation zu rechnen.

Die gesundheitliche und die soziale Situation beeinflussen das Gesundheitsverhalten sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien in erheblichem Maße. Diese Fähigkeiten werden bereits im frühen Kindesalter erworben und erlernt und haben langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit im gesamten Leben eines Menschen. Den größten Anteil an sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit hat der soziale Status selbst. Unmittelbar damit verknüpft sind die Bildungs-, Wohn- und Arbeitsbedingungen. Individuelle Faktoren wie das Gesundheitsverhalten begründen die Gesundheitsunterschiede nur zu einem geringen Teil. In erster Linie ist das Gesundheitsverhalten eines Menschen von seiner sozialen Position beeinflusst.

In einem wichtigen Punkt sieht der Paritätische Gesamtverband mit dem vorliegenden Referentenentwurf den Aspekt der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit erfüllt:

In Zukunft sollen die ab 2016 deutlich steigenden und als Pflichtleistung von den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufzubringenden Gelder für Prävention zu einem überwiegenden Teil für präventive Maßnahmen in den Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen der Versicherten investiert werden. Die Lebenswelten - auch Settings genannt - sollen mit den Geldern der Krankenkassen gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Damit könnten auch nachhaltige Impulse für die Entwicklung und Stärkung einer guten Selbstachtsamkeit (Umgang mit sich selbst) und eines guten Selbstwertgefühls bereits ab dem Kindesalter gesetzt werden. Durch die Stärkung dieser Ressourcen kann wiederum nachhaltig auf das Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen eingewirkt werden. Diese Ressourcen sind nicht mit einfachen Präventionskursen beeinflussbar, da diese lediglich auf isolierte, individuelle Verhaltensänderungen abzielen.

Die Forderungen und Erwartungen auf ein eigenständiges Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Primärprävention werden mit dem vorliegenden Referentenentwurf leider nicht erfüllt. Ein solches Gesetz - etwa als neues Sozialgesetzbuch (z. B. als SGB XIII) - hätte Prävention und Gesundheitsförderung endlich und angemessen den gleichen Rang verliehen wie der Pflege, der Rehabilitation und der medizinischen Therapie. Es hätte auch die Chance geboten, einen Rechts-, Finanzierung- und Qualitätsrahmen für die gesamte öffentlich geförderte Prävention, also einschließlich der Programme von Bund, Ländern und Kommunen und aller öffentlich geförderter Präventionsakteure - unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger - zu schaffen. Das hätte auch mögliche Ausweichreaktionen - Akteur A zieht sich unter Verweis auf Akteur B aus präventiven Aktivitäten zurück - zumindest erschwert. Diese Aufgabe bleibt das Desiderat künftiger Gesetzgebung.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf wird ein reines Artikel- und Leistungsgesetz geschaffen, das vor allem im SGB V und punktuell auch in den SGB VI, VII, VIII und XI neue gesetzliche Bestimmungen zur Prävention einfügt bzw. bestehende Bestimmungen verändert. Die Sozialversicherungsträger sollen dabei als reine Geldgeber fungieren. Beispielsweise soll die Pflegeversicherung (SGB XI) mit rund 21 Millionen Euro zusätzlicher Ausgaben für die Prävention belastet werden; dieses Geld wird jedoch nur zu einem Teil den Versicherten zu Gute kommen. Nur die Pflegeeinrichtungen selbst werden diese Gelder für Präventionsmaßnahmen einsetzen können. Die ambulante Versorgung ist in der jetzigen Planung nicht vorgesehen. Dies wäre allerdings sehr wünschenswert und im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes sinnvoll, da Präventionsmaßnahmen bereits vor einer Pflegebedürftigkeit, die einen stationären Aufenthalt erfordert, einsetzen sollten. Hier besteht innerhalb des Referentenentwurfs ein Widerspruch: Prävention soll zwar bereits vor dem Eintritt von gesundheitlichen Einschränkungen einsetzen, wird jedoch über den Gesetzesanspruch erst in stationären Einrichtungen gewährleistet.

Die geplanten Änderungen des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) werden vom Paritätischen ebenfalls sehr kritisch bewertet. Insbesondere wird bemängelt, dass bei der Ausgestaltung und Formulierung der Gesundheitsziele des § 20 Absatz 3 SGB V diejenigen Ziele fehlen, die auf gravierende gesundheitsrelevante Belastungen junger Menschen abstellen. Dazu zählen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt, die zwar auch quer durch alle Schichten, aber verstärkt bei sozial Benachteiligten zu verzeichnen ist. Eine Berücksichtigung elementarer Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen findet sich auch an anderer Stelle des Referentenentwurfs leider nicht.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert zudem, dass die Arbeitslosenversicherung und die Grundsicherung für Arbeitsuchende in dem Referentenentwurf nur eine untergeordnete Rolle spielen. Bei der vorliegenden Konzipierung sind die Bundesagentur für Arbeit und die Grundsicherungsträger nur an Vorberatungen beteiligt. Zudem gibt es keine Festlegung darüber, dass der Versicherungsträger und der Bund für die Grundsicherung für Arbeitsuchende überhaupt Geld für die Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen sollen. Es wird damit außer Acht gelassen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Krankheit besteht. Erwerbslose, insbesondere Langzeiterwerbslose, sind häufiger von psychischen Erkrankungen wie Depressionen betroffen. Bereits heute weist jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung gesundheitliche Einschränkungen auf (vgl. IAB-Studie „Soziale Sicherung“, 2009). Insbesondere im Hinblick auf die verfestigten (Langzeit-)Erwerbslosenzahlen wäre es ein wichtiger Schritt, diesen Aspekt mit einzubeziehen. Allerdings sollten sich entsprechende Maßnahmen nicht auf einen verbesserten Zugang zu Präventionskursen der Krankenkassen beschränken, sondern müssten grundlegender angegangen werden. Auch hier ist es entscheidend, die Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein der Betroffenen zu stärken.

Suchtmittelkonsum und die Abhängigkeit von Drogen werden nur marginal und oberflächlich in dem Referentenentwurf aufgegriffen. Da der Konsum legaler und illegaler Drogen jedoch einen großen Anteil an der Entwicklung chronischer Erkrankungen hat, muss es wesentliches Ziel eines Präventionsgesetzes sein, den Konsum von Suchtmitteln zu reduzieren. Darüber hinaus umfasst aus Sicht des Paritätischen eine wirksame Suchtprävention sowohl Maßnahmen der Verhaltensprävention als auch Maßnahmen der Verhältnisprävention.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Begriff der „Lebenswelt“ in dem Entwurf nicht klar definiert ist und entsprechend auch nicht einheitlich verwendet wird. Bei der Aufzählung der Lebenswelten fehlen an manchen Stellen die zentralen Settings Stadtteil, Dorf, Kiez und Quartier. Das besonders im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten wichtige Quartiersmanagement sowie das Programm „Soziale Stadt“ fehlen in dem Entwurf gänzlich. Eine Berücksichtigung und Einbindung dieser Sozialräume wird vom Paritätischen als elementar wichtig angesehen.

Die Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen wird in dem Referentenentwurf leider ebenfalls vernachlässigt. Es wird offenbar erwartet, dass diese von den gesetzlichen Krankenkassen und den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie sichergestellt wird. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen muss bezweifelt werden, dass diese Erwartung in Erfüllung geht. Die möglichst wirksame Gestaltung vor allem von Lebensweltinterventionen in den verschiedenen Settings ist derzeit ein Suchprozess, den bislang die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Form eines „Good Practice“-Prozesses steuert.

Notwendig wäre jedoch die systematische Auswertung der zum Teil disparaten Erfahrungen mit einem Mix der vorliegenden - und gegebenenfalls neu zu entwickelnden - Methoden und Instrumentarien wie beispielsweise der Ergebnismessung, der Validierung intermediärer Wirkungsindikatoren (Gesundheits-“Marker“), partizipative Methoden und der Prozessevaluation. Die Ergebnisse dieser fortlaufenden wissenschaftlichen Anstrengungen müssten zudem beständig in die Präventionspraxis zurückgemeldet und in der Praxis möglichst verbindlich beachtet werden.

Für die Organisation dieser Rückkopplungsschleife wäre in Deutschland fachlich und institutionell in erster Linie die BZgA geeignet. Es wäre zu prüfen, ob - nach längerem Vorlauf zum Aufbau entsprechender Expertise - auch das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137 SGB V entsprechende Aufgaben übernehmen müsste.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sowohl der Paritätische und seine Mitgliedsorganisationen als auch andere Verbände der Freien Wohlfahrtspflege seit vielen Jahren ihre eigenen Qualitätssysteme entwickeln. Sie haben ihre

Qualitätsziele u. ä. in einem Grundsatzpapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (zuletzt beschlossen am 27.08.2014) näher beschrieben.

Im Paritätischen Qualitätssystem PQ-Sys® werden bereits jetzt zahlreiche Qualitätskriterien in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung angewendet, sowohl in Bezug auf die Nutzer/innen als auch auf die Mitarbeitenden.

Im Kontext der Sicherstellung der Qualität und Wirksamkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten daher die bestehenden Qualitätssysteme der Freien Wohlfahrtspflege adäquat berücksichtigt werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Entwicklung von validen Indikatoren, z. B. im Rahmen von Forschungsprojekten und der Erprobung in sozialen Einrichtungen. Die Freie Wohlfahrtspflege bringt Kompetenzen und Erfahrungen der praktischen Arbeit mit und ist aufgeschlossen, innovative Lösungen umzusetzen (z. B. in der Pflege das "Wingefeld-Projekt").

Eine enge Verzahnung bzw. Ergänzung des internen Qualitätsmanagements mit externer Qualitätssicherung birgt wichtige Potentiale, ist effizient und wirkungsvoll. Langfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung, um einfachere Übergänge zu Dienstleistungen und -hilfen auch auf der Basis unterschiedlicher Sozialgesetzbücher für die Nutzerinnen und Nutzer zu ermöglichen. Die vorhandene Expertise stellt der Paritätische gerne zur Verfügung.

## **2. Bewertung des Gesetzesvorhabens im Einzelnen**

Der vorliegende Referentenentwurf enthält - im Vergleich zu den Gesetzentwürfen der Vorgängerregierungen - auch einige durchaus positive Ansätze. Der Paritätische sieht jedoch bei vielen der geplanten Neuregelungen einen Änderungs- und Nachbesserungsbedarf. Zu ausgewählten Punkten des Gesetzesvorhabens nimmt der Paritätische Gesamtverband e. V. wie folgt Stellung:

### **Änderung des SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung**

#### **Artikel 1**

##### **§ 2b - Geschlechtsspezifische Besonderheiten**

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass bei den Leistungen der Krankenkasse zukünftig geschlechtsspezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden sollen. Zahlreiche Studien und Expertisen der Gesundheitsforschung weisen nach, dass sich das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern nach wie vor stark unterscheidet. Dass diese Unterschiede zukünftig bei der Prävention und Krankenbehandlung beachtet werden sollen, wird als richtiger Schritt angesehen.

##### **§ 20 - Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

**Absatz 1:** Prävention soll - wie bisher - „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ leisten. Damit wird auf die wohl wichtigste Herausforderung der Gesundheitspolitik reagiert. Zusätzlich - und das ist neu - soll Prävention auch „geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen“ bearbeiten. Zwischen Männern und Frauen gibt es zweifellos Unterschiede in der Lebenserwartung, im Krankheitsspektrum, in der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, im Verlauf zahlreicher Erkrankungen, im Gesundheitsverhalten, in der Inanspruchnahme von Leistungen und vielem mehr, die auch zu Unterschieden der Gesundheitschancen führen. Bei Frauen und Männern dominiert aber gleichermaßen eindeutig die sozial bedingte Ungleichheit der Chancen auf ein langes und gesundes Leben. Beispielsweise leben Frauen im Durchschnitt etwa fünf Jahre länger als Männer. Welche genaue Rolle dabei biologische Faktoren, unterschiedliche Lebensverläufe, soziale Verhältnisse und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten spielen, ist bis heute nicht in Gänze geklärt. Das Ziel, geschlechtsbezogene Ungleichheit zu vermindern, kann wissenschaftlich kaum begründet werden. Sehr wohl begründet ist dagegen die Forderung, bei Prävention und Gesundheitsförderung die Besonderheiten von Frauen und Männern zu berücksichtigen.

### Formulierungsvorschlag:

(1) (...) „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Dabei sind die Besonderheiten der Geschlechter, der Altersstufen und der Lebenslagen angemessen zu berücksichtigen.“

**Absatz 2:** Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) legt seit vielen Jahren alle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung fest. Dies umfasst neben den sogenannten „Handlungsfeldern“ unter anderem die Kriterien Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalt, Methodik, Qualität sowie die wissenschaftliche Evaluation. Da der GKV-Spitzenverband die primäre Aufgabe hat, die Interessen der vertretenen Krankenkassen zu vertreten, auch in finanzieller Hinsicht, besteht möglicherweise in Hinblick auf die neuen Aufgaben ein Interessenkonflikt des GKV-SV. Um mögliche Interessenkonflikte zu vermeiden wäre es sinnvoll, diese Aufgaben zu trennen.

**Absatz 3:** In diesem Absatz werden „Gesundheitsziele“ benannt, die bei der Prävention berücksichtigt werden sollen. Diese sind an sich nicht falsch, jedoch sind diese „Gesundheitsziele“ keine Präventionsziele und gehören nach Ansicht des Paritätischen nicht in das geplante Präventionsgesetz. In dem Referentenentwurf werden Präventionsziele mit Zielen der medizinischen Versorgung vermischt („Diabetes mellitus... früh erkennen und behandeln“, „Depressive Erkrankungen... früh erkennen, nachhaltig behandeln“). Hier liegt ein innerer Widerspruch des Referentenentwurfs.

Gesundheitsziele sind variabel und sollten über die dafür geplante und zuständige Kommission, die Nationale Präventionskonferenz, vereinbart und festgelegt werden. Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes stellen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt schwere psychische und körperliche Belastungen für junge Menschen dar, die in einem hohen Maße auch Gesundheitsrisiken und -folgen beinhalten, die mit präventiven Maßnahmen gemindert werden könnten.

Der - auch in der Begründung zum Gesetzestext - für zuständig erklärte Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ ist von seiner Zusammensetzung her nicht dafür prädestiniert, Präventionsziele zu erarbeiten.

**Absatz 5:** Die Vorschrift, dass zur individuellen Verhaltensprävention zukünftig nur noch zertifizierte Leistungen erbracht werden dürfen, ist an sich zu begrüßen. Diese neue Vorschrift birgt jedoch auch die Gefahr, dass ein neuer, großer Markt für die Anbieter von Verhaltenspräventionsmaßnahmen entsteht.

Des Weiteren läuft die vorgesehene Bindung der Krankenkasse an (betriebs-) ärztliche Präventionsempfehlungen in der Praxis ins Leere: Sie würde nur greifen, wenn die Krankenkassen bislang Versicherten den Zugang zu existierenden Leistungen verweigern würden. Solche Fälle sind in der Praxis nicht bekannt.



**Absatz 6:** Bei der Finanzierung der Primärprävention durch die GKV gibt es einen wirklichen Fortschritt: Ab 2016 sollen die Krankenkassen pro Versichertem und Jahr mindestens zwei Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und ebenso viel für die Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten (Kita, Schule u.a.) ausgeben. Dies läuft auf eine Summe von jeweils rund 140 Millionen Euro pro Jahr hinaus. Der Rest der verfügbaren Mittel, das heißt mindestens drei Euro pro Versichertem sollen für individuelle Verhaltensprävention aufgewendet werden. Das ist zwar weniger als die in Aussicht gestellte Umkehrung der heutigen Relation von individueller Verhaltensprävention zu Prävention im Setting (Verhältnisprävention). Angekündigt wurde, das Verhältnis von 80 Prozent Verhaltensprävention zu 20 Prozent Verhältnisprävention umzukehren - auf 20 Prozent zu 80 Prozent. Im Referentenentwurf ist aber immerhin ein Verhältnis von rund 43 Prozent für individuelle Verhaltensprävention zu 57 Prozent für die Prävention in Settings festgelegt worden.

Der Paritätische vertritt nach wie vor die Ansicht, dass das Verhältnis von 80 Prozent Verhältnisprävention zu 20 Prozent Verhaltensprävention richtig und angemessen ist.

## **§ 20a - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

**Absatz 1, Satz 1:** Bei der Aufzählung der Lebenswelten taucht - im Gegensatz zur Präambel - auch das soziale System „Wohnen“ auf, besser wäre hier eine weiterreichende Formulierung, die über das Wohnen hinaus auch das Dorf, den Stadtteil, den Kiez, und/oder das Quartier benennt.

Die Formulierung „soziale Systeme (...) der medizinischen Versorgung (...)“ lädt zu - fachlich nicht gedeckten - Versuchen ein, auch Arztpraxen, Therapieeinrichtungen u. ä. als interventionsrelevante Lebenswelten zu definieren. Der Paritätische plädiert dafür, hier eine fachlich eindeutige Begrifflichkeit für abgrenzbare, soziale Systeme zu wählen.

Zu betonen - auch im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes - ist, dass die Lebenswelt z. B. in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung sich nicht nur in stationären Einrichtungen abspielt, sondern in einem wesentlich größeren Anteil in der eigenen Häuslichkeit. So werden zum Beispiel zwei Drittel der Pflegebedürftigen nach SGB XI von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten in der eigenen Wohnung versorgt. Auch sorgen die kürzeren Verweildauern im Krankenhaus dafür, dass sich die medizinische Nachsorge nach z. B. Operationen vermehrt in der eigenen Häuslichkeit abspielt. Diese Realitäten bildet der Referentenentwurf nicht ab.

**Absatz 1, Satz 2:** Die Festlegung der Priorität auf die Förderung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten ist ein wichtiger, positiv zu bewertender Schritt und erhöht die Schwelle gegen reine Verhaltensprävention im Setting.

**Absatz 1, Satz 4:** Die hier gefundene Legaldefinition für Lebensweltinterventionen lässt immer noch zu viele Schlupflöcher offen, um unter der Überschrift „Lebensweltintervention“ wenig wirksame Interventionen reiner Verhaltensbeeinflussung in Lebenswelten zu legitimieren. Der Paritätische schlägt daher vor, folgenden Satz 4 in § 20a Absatz 1 zu ergänzen:

Formulierungsvorschlag:

„Hierzu erheben sie die gesundheitliche Situation in der jeweiligen Lebenswelt einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten, unterstützen deren Umsetzung und sichern die Qualität der Leistungen. Die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen sind an allen Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen.“

Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sind aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes um das Konzept der Salutogenese zu ergänzen. Als konzeptioneller Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention schlägt der Paritätische folgende Prinzipien bzw. Leitlinien vor, die in der Gesetzesbegründung zu verankern sind: Stärkung der Lebenssouveränität, Förderung positiver Entwicklungsbedingungen, Prinzip der Befähigungs- und Bildungsgerechtigkeit, Inklusionsperspektive, Lebenslaufperspektive, interprofessionelle Vernetzung sowie Akteursperspektive statt Anbieterperspektive.

## **§ 20a - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

**Absatz 2:** Der Paritätische kritisiert, dass die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in Lebenswelten lediglich als „Kann“-Regelung formuliert sind. Der Paritätische fordert, diese Regelung wie folgt umzuformulieren:

Formulierungsvorschlag:

„(2) Die Krankenkasse muss Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelten Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht (...)“.

**Absatz 3:** Der Paritätische erachtet es als ordnungspolitisch bedenklich, eine leistungsfähige aber chronisch unterfinanzierte Bundesbehörde wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) dadurch „sanieren“ zu wollen, dass die beitragsfinanzierte GKV dieser Bundesbehörde per Gesetz einen unbefristeten Handlungsauftrag in Höhe von rund 35 Millionen Euro pro Jahr zu erteilen hat. Der Paritätische vertritt die Ansicht, dass es nicht die Aufgabe der Krankenkasse ist, eine staatliche Institution wie die BZgA zu finanzieren, sondern dies eine primäre Aufgabe der öffentlichen Hand ist.

Die Organisation kassen(arten)übergreifender Leistungen in Lebenswelten wäre - ordnungspolitisch - besser beim Spitzenverband Bund der GKV aufgehoben. Andererseits ist die BZgA zur Erfüllung dieses Auftrages fachlich und organisatorisch zweifellos qualifiziert, vor allem über den von ihr organisierten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, dem nahezu alle relevanten Akteure dieses Handlungsfeldes angehören. Dieser Kooperationsverbund sollte als potenzieller Umsetzungsbeauftragter für den der BZgA erteilten Auftrag zumindest in der Gesetzesbegründung (vgl. S. 38) auch explizit genannt werden.

Bei der Aufzählung der von der BZgA zu bearbeitenden Aufgabenfelder fehlen wiederum die Lebenswelten Stadtteil, Dorf und Quartier, obgleich sich das vom Bundesministerin für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit organisierte Programm „Soziale Stadt“ als bewährter Kooperationspartner für lebenslagebezogene und auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gerichtete Prävention und Gesundheitsförderung geradezu aufdrängt und diese Kooperation auch schon praktisch besteht.

### **§ 20b - Betriebliche Gesundheitsförderung**

Der Paritätische erachtet die Beteiligung des Arbeitsschutzes an der betrieblichen Gesundheitsförderung als grundsätzlich richtig. Diese sollte jedoch nicht auf die Betriebsärzte eingeschränkt sein.

Der Paritätische schlägt die folgende Formulierung vor:

#### Formulierungsvorschlag:

„Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. Die Kassen fördern dabei insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Versicherten und die Verantwortlichen im Betrieb einschließlich des Arbeitsschutzes sind an allen Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen.“

### **§ 20d - Nationale Präventionsstrategie**

**Absatz 1:** Bei den Sozialversicherungsträgern fehlt hier die Arbeitslosenversicherung (Bundesagentur für Arbeit). Dieser Sozialversicherungsträger ist aus nicht nachvollziehbaren Gründen nur an der Vorbereitung der

Rahmenempfehlungen, nicht aber an deren Vereinbarung und Umsetzung beteiligt. Zudem sollten die Kommunalen Spitzenverbände einbezogen werden.

Die bisherigen Erfahrungen mit Lebensweltinterventionen zeigen, dass die Delegation der Sicherung und Entwicklung der Qualität an die Akteure der Nationalen Präventionsstrategie ohne weitere Spezifizierung nicht zu den bestmöglichen Ergebnissen führen wird. Die möglichst wirksame Gestaltung vor allem von Lebensweltinterventionen in den verschiedenen Settings ist derzeit ein Suchprozess, den bislang die BZgA in Form eines „Good Practice“-Prozesses steuert. Notwendig wäre die systematische Auswertung der zum Teil disparaten Erfahrungen mit einem Mix der vorliegenden - und gegebenenfalls neu zu entwickelnden - Methoden und Instrumentarien. Dazu zählen: Ergebnismessung, Validierung intermediärer Wirkungsindikatoren (Gesundheits-,Marker), Verfahren nach dem Schweizer Modell „Quintessenz“, partizipative Methoden und Prozessevaluation. Die Ergebnisse dieser fortlaufenden wissenschaftlichen Anstrengungen müssen zudem beständig in die Präventionspraxis zurückgemeldet und in der Praxis möglichst verbindlich beachtet werden. Für die Organisation dieser Rückkoppelungsschleife käme in Deutschland fachlich und institutionell in erster Linie die BZgA, und auch gegebenenfalls - nach längerem Vorlauf zum Aufbau entsprechender Expertise - das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V infrage.

Im Kontext der Sicherstellung der Qualität und Wirksamkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind die bestehenden Qualitätssysteme der Freien Wohlfahrtspflege adäquat. Eine enge Verzahnung bzw. Ergänzung des internen Qualitätsmanagements mit externer Qualitätssicherung ist effizient und wirkungsvoll und wirkt der Überregulierung entgegen. Langfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung, um einfachere Übergänge zu Dienstleistungen und -hilfen auch auf der Basis unterschiedlicher Sozialgesetzbücher für die Nutzerinnen und Nutzer zu ermöglichen. Die Expertise stellt der Paritätische gerne zur Verfügung.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt grundsätzlich die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer Nationalen Präventionsstrategie. Der Paritätische schlägt vor, dass die zuständigen Akteure den Nationalen Aktionsplan im Dialog mit der Zivilgesellschaft entwickeln und fortschreiben.

**Absatz 2 Nr. 1:** Aufgrund der großen Bedeutung des Quartiersmanagements und des Programms „Soziale Stadt“, das vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit getragen wird, sollte auch dieses Bundesministerium beteiligt werden.

**Absatz 2 Nr. 2:** Der Paritätische erwartet nicht, dass von den vorgesehenen Trägern und beauftragten Stellen, die die Nationale Präventionsstrategie entwickeln und umsetzen sollen, ein besonders aussagefähiger Bericht über die „Entwicklung der

Gesundheitsförderung“ vorgelegt wird. Der Paritätische fordert an dieser Stelle zumindest die Beteiligung unabhängigen, gesundheitswissenschaftlichen Sachverständigen, besser noch die Übertragung der Berichtsaufgabe auf unabhängige Gesundheitswissenschaft.

### **§ 20e - Nationale Präventionskonferenz**

In dem noch zu bildenden Gremium der Nationalen Präventionskonferenz ist die Mitgliedschaft von Patientenvertreter/innen nicht vorgesehen. Der Paritätische fordert, dass in diesem Gremium auch Vertreter/innen maßgeblicher Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patient/innen beteiligt werden und nicht nur auf Landesebene. Patientenvertreter/innen müssen auch bei der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie auf Bundesebene beteiligt werden.

Der Paritätische fordert zudem, an diesem Gremium auch die Bundesagentur für Arbeit als ordentliches Mitglied zu beteiligen.

### **§ 20f - Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

Auch an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sollte die Bundesagentur für Arbeit als ordentlicher Akteur und nicht nur wie im Referentenentwurf vorgesehen „an der Vorbereitung“ beteiligt werden.

Der Paritätische weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Freien Wohlfahrtsverbände als zentrale Akteure an keiner Stelle des Referentenentwurfs Berücksichtigung finden.

### **§ 25 - Gesundheitsuntersuchungen**

In der Neufassung des § 25 wird eine gesundheitswissenschaftlich nicht begründbare Vermischung von Primärprävention (Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit für bestimmte Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt) und Sekundärprävention (medizinische Früherkennung bereits bestehender, aber meist noch symptomloser Erkrankungen zwecks Vorverlegung der individuellen medizinischen Therapie) vorgenommen. Durch diese Vermischung wird die Begrifflichkeit des Paragraphen unscharf und inkonsistent. ‚Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen‘ (in sich bereits inkonsistent bzw. pleonastisch, da eine erhöhte Belastung allermeist auch ein erhöhtes Risiko

bedeutet) ist fachlich und systematisch ein ganz anderer Vorgang als die Untersuchung auf symptomlose Vorstufen einer bestimmten Erkrankung.

Auslöser für primäre Prävention muss keineswegs immer eine ärztliche Untersuchung sein. Angebote der Gesundheitsförderung richten sich primär an Gesunde. Wenn ärztlich untersucht wird, bezieht sich die Untersuchung nicht primär auf Krankheiten, sondern auf erhöhte Risiken infolge einer Dysbalance zwischen Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen (d. h. in der Regel erhöhtes Risiko für eine Mehrzahl von Krankheiten). Aus einer solchen Diagnose folgt keineswegs immer eine sinnvolle Empfehlung für individuelle Prävention. Ob ärztliche Beratung und Empfehlungen tatsächlich zu einer verstärkten Inanspruchnahme und konsequenten Nutzung individueller Prävention (i.d.R. Kurse) führt, ist unklar. Zudem ist nicht sichergestellt, dass die niedergelassenen Ärzte in Deutschland durchgängig für professionelle Gesundheitsberatung qualifiziert sind. Belastbare Evidenz über die Qualität ärztlicher Gesundheitsberatung und zur Wirkung solcher Gesundheitsberatung auf Inanspruchnahme individueller Prävention bzw. auf das individuelle Gesundheitsverhalten liegt nach unserer Kenntnis hierzu nicht vor.

Früherkennung definierter, (noch) symptomloser Erkrankungen ist hingegen eine ärztliche Aufgabe, aus der auch definierte individuelle medizinisch-therapeutische Konsequenzen folgen. Für das Screening werden seit Jahrzehnten die bereits 1968 entwickelten und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommenen Kriterien (vgl. Wilson & Jungner) verwendet, die sich auch in der aktuellen Fassung des § 25 Absatz 3 SGB V finden.

Es wird dringend empfohlen, zur bewährten Unterscheidung zwischen der ärztlichen Früherkennung als Weg zur effektiveren individuellen Therapie und den sehr verschiedenen Wegen zu den verschiedenen Formen der nicht-medizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung zurückzukehren und die unglückliche und missverständliche Vermengung in der vorgeschlagenen Fassung des § 25 SGB V wieder aufzulösen. Dann ergäbe sich auch wieder ein sinnvolles Verhältnis zwischen Absatz 1 und Absatz 3 des § 25 SGB V. In Absatz 3 wäre dann wieder ausschließlich von „Krankheiten“ die Rede, während sich die Untersuchungen nach Absatz 1 eben keineswegs auf definierte Krankheiten beziehen (können).

**Absatz 1:** Der Referentenentwurf sieht ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“ vor. Die Untersuchungen sollen auch – sofern medizinisch angezeigt - eine Präventionsempfehlung zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen.

Nach Kenntnis und Ansicht des Paritätischen gibt es für die gesundheitliche Wirksamkeit des vorgesehenen Verfahrens keine wissenschaftliche Evidenz. Es wird

daher abgelehnt. Gleiches gilt im Hinblick auf die diagnostische Kompetenz von Kinder- und Jugendärzt/innen für gesundheitlich wirksame Beratungen. Es widerspricht der Logik der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte, medizinische Leistungen, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt, gesetzlich vorzuschreiben.

## **§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche**

**Absatz 1:** Die Absicht, gesundheitsrelevante Entwicklungsstörungen früher und präziser zu erfassen und darauf professionell zu reagieren, wird vom Paritätischen grundsätzlich unterstützt. Allerdings erscheint die Formulierung in Absatz 1 Satz 1 verrutscht: Regelmäßig geht es bei Kinderuntersuchungen in diesem Kontext eben nicht um die ‚Früherkennung von Krankheiten, die die (...) Entwicklung gefährden‘, sondern es ist gerade umgekehrt. Der Paritätische schlägt folgende Formulierung vor:

### Formulierungsvorschlag:

„Versicherte haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Erkennung von Störungen ihrer körperlichen, geistigen und psychosozialen Entwicklung, die das Risiko der Entstehung von Krankheiten in nicht geringfügigem Maße erhöhen.“

Der Paritätische gibt in diesem Zusammenhang nochmals zu bedenken, dass keine hinreichende Evidenz besteht, die belegt, dass Kinder- und Jugendärzt/innen in Deutschland über hinreichende diagnostische Qualifikationen verfügen, solche Störungen sicher zu identifizieren. Im Rahmen von Vorsorge und Früherkennung ist aus Sicht des Paritätischen daher gesetzgeberisch dafür Sorge zu tragen, dass die zuständigen Kinder- und Fachärzt/innen über eine entsprechende Qualifizierung und Fortbildung verfügen, die sie befähigt, Untersuchungen zur Erkennung von Störungen und Fehlentwicklungen durchzuführen und Eltern zu beraten.

Auch können die dabei gegebenenfalls diagnostizierten Beziehungs- oder Entwicklungsstörungen nicht mit der üblichen kassengeprägten, individuellen Verhaltensprävention (Präventionsempfehlung nach § 20 Absatz 5 SGB V) oder generell mit dem Instrumentarium des vorliegenden Referentenentwurfs bewältigt werden.

Für die gesundheitliche Wirksamkeit der nunmehr bis zum 18. Lebensjahr vorgesehenen Untersuchungen und Beratungen liegt keine wissenschaftliche Evidenz vor. Nur beim Vorliegen solcher Evidenz ließe sich auch abschätzen, in welchen Intervallen solche Untersuchungen und Beratungen sinnvoll wären; Angaben hierzu fehlen im vorliegenden Referentenentwurf. Erst mit Vorliegen einer

solchen Evidenz ließe sich auch einschätzen, ob die ärztliche Beratung anderen Formen der Beratung über- oder unterlegen ist.

Der Paritätische gibt nochmals zu bedenken, dass es der Logik der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte widerspricht, medizinische Leistungen, für die keine wissenschaftliche Evidenz vorliegt, gesetzlich vorzuschreiben.

## **Änderung des SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung**

### **Artikel 2**

Die Aufhebung der Deckelung für „medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ in § 31 Absatz 1 Nr. 2 ist zu begrüßen.

Allerdings geht es hier nur um medizinische Leistungen. Es fehlt eine Bevollmächtigung der Rentenversicherung zur Durchführung nicht-medizinischer Gesundheitsförderung. Zudem ergeben sich hier Abgrenzungsprobleme zwischen Primär- und Tertiärprävention.

## **Änderung des SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung**

### **Artikel 3**

Der Paritätische begrüßt, dass die Unfallversicherungsträger an der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie beteiligt werden sollen.

## **Änderung des SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe**

### **Artikel 4**

Die geplanten Gesetzesänderungen betreffen die Kinder- und Jugendhilfe durch die Änderungen des § 16 (allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) und des § 78c (Inhalt der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen) im SGB VIII sowohl direkt als auch indirekt. Der Referentenentwurf nimmt einerseits konkreten Bezug auf Angebote der Kinder- und Jugendhilfe - insbesondere auf Kindertageseinrichtungen - und zielt andererseits auf den „Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen“.

In seiner vorliegenden Form hat der Referentenentwurf jedoch wenig Gebrauchswert für die Kinder- und Jugendhilfe. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass bei den geplanten Änderungen des § 20 Absatz 3 des SGB V, bei der Benennung und Aufzählung der Gesundheitsziele ein Ziel fehlt, das konkret die Prävention gesundheitsrelevanter Belastungen junger Menschen anstrebt. So stellen



beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt schwere psychische und körperliche Belastungen für junge Menschen dar, die in einem hohen Maße auch Gesundheitsrisiken und -folgen beinhalten. Auch für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder drogenabhängigen Eltern bestehen erhebliche gesundheitliche Risiken, die mit präventiven Angeboten und Maßnahmen gemindert werden könnten.

Der vorliegende Referentenentwurf hat zwar den Anspruch, wie es heißt: „(...) die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Kindertageseinrichtungen, der Schule, dem Betrieb oder den stationären Pflegeeinrichtungen“ zu stärken sowie eine „Stärkung gesundheitlicher Strukturen in der Lebenswelt“ mit „niedrigschwelligen Zugängen“ zu erreichen. Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Menschen mit Erfahrungen häuslicher Gewalt oder sexualisierter Gewalt oder niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Heranwachsende psychisch kranker oder suchtabhängiger Eltern werden jedoch an keiner Stelle erwähnt.

Der Referentenentwurf schlägt ferner vor, in § 78c Absatz 1 Satz 3 nach den Wörtern „wirtschaftlich sind“ die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis zu schaffen“ einzufügen. Der Paritätische erachtet diese Änderung als vollständig kontraproduktiv. Es ist zu befürchten, dass damit die „Pflichten der Träger“ sogenannter erlaubnispflichtiger Einrichtungen - wie z.B. Kitas oder Heime - erweitert werden sollen. Mit der geplanten Neuregelung soll erreicht werden, dass die Voraussetzung einer Betriebserlaubnis daran festgemacht wird, ob „über verhaltenspräventive Ansätze in Gestalt pädagogischer Leistungen (z. B. Gesundheitserziehung) hinaus gesundheitsförderliche Strukturen in Einrichtungen unterstützt werden“. Weiter heißt es: „Wesentlicher Bestandteil gesundheitsförderlicher Strukturen ist eine entsprechende Konzeption und Ausgestaltung der Einrichtung, etwa in Gestalt gesunder Verpflegungsangebote und vorhandener Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten sowie Einrichtungsregeln zum Umgang mit Suchtmittelkonsum“.

Der Paritätische bestreitet, dass aufgrund der genannten Maßnahmen, eine Reduktion des Drogenkonsums zu erreichen ist. Auch die Ausführungen im Begründungsteil sind dazu sehr schwach. Eine Berücksichtigung neuester Erkenntnisse aus der Suchtforschung sowie Erfahrungen aus der praktischen Arbeit der Suchtprävention unterbleiben hier vollständig.

Der Paritätische fordert daher, die geplanten Änderungen des SGB VIII entweder grundlegend nachzubessern oder in ihrer jetzigen Form zu streichen.

## **Änderung des SGB XI - Soziale Pflegeversicherung**

### **Artikel 5**

Die Verpflichtung der Pflegekassen zur Setting-Prävention in der stationären Altenpflege ist zu begrüßen, wird jedoch dem Gesetzesanspruch nicht gerecht. Prävention für ältere Menschen und zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit muss bereits vorher ansetzen, d. h. vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit und erst recht vor der Notwendigkeit einer stationären Versorgung. Soll der Gesetzesentwurf älteren Menschen gerecht werden, müssen neben Menschen in der stationären Versorgung auch Menschen in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden. Für die Erstellung des notwendigen Maßnahmenplans müssen neben den Pflegebedürftigen ebenfalls alle in die Versorgung Involvierten (u. a. Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte des ambulanten Dienstes etc.) einbezogen werden.

Der Finanzrahmen von rund 21 Millionen Euro pro Jahr erscheint knapp bemessen.

Die Formulierung zur Legaldefinition von Lebensweltinterventionen in der stationären Pflege sollte derjenigen zu den anderen Lebensweltinterventionen angeglichen werden (vgl. Formulierungsvorschlag des Paritätischen: § 20 a Absatz 1 Satz 4 SGB V).

Berlin, den 20.11.2014

Der Paritätische Gesamtverband e. V.

Oranienburger Straße 13-14

10178 Berlin

[www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de)