

Diakonische Forderungen zur Novellierung des Präventionsgesetzes

VORMERKUNG

Die Diakonie Deutschland hat die über ein Jahrzehnt währende Diskussion um das Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention) intensiv begleitet. Mit ihren zahlreichen Einrichtungen und Diensten in den verschiedenen »Settings« ist sie daran beteiligt, Prävention und Gesundheitsförderung mit Leben zu füllen.

Das 2015 verabschiedete Gesetz hat viele Erwartungen, die mit ihm verbunden waren, enttäuscht. Der Diakonie ist bewusst, dass eine präventiv ausgerichtete Politik mehr umfasst, als das, was in einem Präventionsgesetz geregelt werden kann. Die Leistungen nach § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) »sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen«. Aus der Public Health-Forschung ist bekannt, dass Gesundheit und das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit in erheblichem Maße von makrosozialen Faktoren abhängen: Zu nennen sind soziale Teilhabe, Unterschiede zwischen den Lebenslagen, soziale Sicherheit und in der Praxis erlebte Demokratie. Sind beispielsweise die Arbeitsbedingungen in einer Branche prekär, helfen auch keine Gesundheitszirkel. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses ist präventionspolitisch und für die Präventionspraxis festzuhalten, dass Frauen überproportional von sexualisierter und häuslicher Gewalt mit entsprechenden Folgen für die Gesundheit und die soziale Teilhabe, u.a. im Hinblick auf das psychische Wohlergehen, im Zusammenhang mit Depression, Angst und posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen sind.

Den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit vornehmlich durch ein Präventionsgesetz zu erwarten, wäre vermessen. Zudem: Viele gesundheitlich relevante Aspekte können durch ein Präventionsgesetz nicht geregelt werden, sind aber dennoch für die Gesundheit sehr wichtig: zu denken ist an Fragen der Luftreinhaltung oder der Lebensmittelqualität. Um gesundheitliche Ungleichheit wirksam abzubauen, sind bei sämtlichen Gesetzgebungsprozessen die Auswirkungen auf die Gesundheit haben können zu prüfen, inwiefern gesundheitliche Ungleichheit reduziert wird.

Die komplexen, gegliederten Systeme der sozialen Leistungen (mit einer Vielzahl von Zuständigkeiten und Finanzierungswegen) erschweren eine präventive Politik gleichsam »aus einem Guss«.

Im Mittelpunkt des Präventionsgesetzes stehen – aber bei Weitem nicht ausschließlich – Regelungen zur Krankenversicherung. Mit dem Präventionsgesetz wurde die problematische Erwartung verbunden, die Krankenkassen würden nun die Leistungen anderer Leistungsträger finanzieren. Dagegen hat die Diakonie früh argumentiert, dass durch ein Präventionsgesetz weder die differenzierten Zuständigkeiten für Leistungsangebote eingeebnet, noch Lebenslagen bezogene Primärprävention in erster Linie eine Aufgabe der Krankenkasse ist. Umso wichtiger sind in einem differenzierten System jedoch sektorenübergreifende, alle relevanten Akteure einbeziehende und zugleich partizipativ ausgerichtete Kooperationsstrukturen zur Steuerung der Prävention. Gerade in dieser Hinsicht sind im Präventi-

onsgesetz Konstruktionsfehler festzustellen.
Strukturelle und konzeptionelle Probleme sind (weiterhin) nicht behoben:
Zu nennen sind vor allem

- die Krankenkassen übergreifende Zusammenarbeit vornehmlich nur über die Beauftragung der BZgA
- der Nichteinbezug der Zivilgesellschaft
- der Vorrang der Individualprävention
- sowie die ungenügende und problematische Rolle des Bundes und der Länder

Dazu kommen erhebliche Umsetzungsprobleme, etwa bei der Prävention in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Dennoch sind mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes fachliche und politische Impulse gesetzt. Herausgegriffen werden sollen:

- Bezüglich der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen hat der GKV-Spitzenverband einen Leitfaden formuliert; Krankenkassen haben Ideenwettbewerbe durchgeführt – in der Praxis jedoch kaum umgesetzt
- Ein erster Präventionsbericht (nach § 20d SGB V) wurde erstellt (der an die Stelle des Berichts von MDS und GKV tritt) – mit mäßigem Informationsgehalt
- In der betrieblichen Prävention haben die Krankenkassen ein Onlineportal als kassenübergreifende gemeinsame Koordinierungsstelle eingerichtet
- Einige Bundesländer sind dabei, die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V mit Leben zu füllen
- Die Koordinierungsstellen »Gesundheitliche Chancengleichheit« wurde in den Ländern (mit GKV-Mitteln) ausgebaut – ordnungspolitisch sollte dies eher eine Aufgabe der Länder sein
- Die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Arbeitsförderung wurde intensiviert – die Diakonie hat die konzeptionelle Ausrichtung des Projekts kritisiert

Impulse zur Novellierung des »Präventionsgesetzes«

Vor dem Hintergrund einer kritischen Bilanz – und der konzeptionellen Überlegungen, die an anderer Stelle formuliert wurden: »Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz« (Diakonie Texte, Positionspapier 01.2015, Berlin) – formuliert die Diakonie Deutschland Überlegungen für eine Weiterentwicklung von Präventionspolitik und -recht.

Zur inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung

Prävention deutlicher an Lebenslagen ausrichten und Verhältnisse gestalten - Vorrang für die Verhältnisprävention

Die im Gesetz verankerte Ausrichtung auf eine lebenslageorientierte Prävention und der Auftrag der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit wird nicht ausreichend umgesetzt, die Verhaltensprävention spielt eine zu große Rolle. Dies ist daran festzumachen, dass auf das Individuum zielende Maßnahmen auch in der lebensweltbezogenen Prävention und in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine große Rolle spielen (so sind 46 % der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Individuum bezogen, vgl. Präventionsbericht 2017, S. 62). Auf diese Weise kann der Auftrag des Gesetzgebers, der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, nicht verwirklicht werden. Ein Einfallstor für verhaltenspräventive Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der § 20b Abs. 1 Satz 3 SGB V, der gestrichen werden sollte.

Als lebenslagenbezogene Interventionen werden oftmals Maßnahmen bezeichnet, die in einem »Setting« stattfinden, aber nicht das Setting gesundheitsförderlich gestalten. Unter der Hand – aber mit Bezug auf »Lebenswelten« oder »Lebenslagen« – wird auf diese Weise Verhaltens- statt Verhältnisprävention umgesetzt. Erleichtert wird diese Praxis dadurch, dass die Legaldefinition verhältnispräventiver Leistungen in § 20 Abs. 4 SGB V unscharf ist, nämlich als »Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten« gefasst wird.

Verhaltenspräventive Maßnahmen haben ihr gutes Recht, sie sind dann am wirksamsten, wenn sie im Rahmen eines Settingansatzes betrieben werden. Die Vorliebe für Verhaltensprävention darf die Gestaltung der Lebensbedingungen nicht ausblenden. Mehr noch: Verhältnisbezogene Maßnahmen, die mit den Nutzerinnen und Nutzern gemeinsam gestaltet werden, sind oftmals die Bedingung dafür, die Menschen mit den größten Risiken, aber geringsten Ressourcen überhaupt zu erreichen.

Zugleich ist es wichtig zu betonen, dass es nicht das Ziel der Präventionspolitik und -praxis sein kann, Menschen vorzuschreiben, wie sie leben sollen. In den »Diakonischen Positionen« haben wir es so formuliert:

»Gesundheitsförderung soll befähigen, nicht kontrollieren und sanktionieren. Häufig sind es zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen – objektiv nicht adäquaten – Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel oder finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen« (S. 6 f.). Gegen große Trends unserer Gesellschaft muss Gesundheit in ihrer sozialen Einbettung verstanden werden.

Vulnerable Gruppen beachten

Lebenslagenbezogene Präventionsleistungen müssen deutlich mehr als dies bislang geschieht auf die Lebenssituation von besonders vulnerablen Gruppen ausgerichtet werden. In den bereits zitierten »Diakonischen Positionen« wird ausgeführt, dass einige Bevölkerungsgruppen kaum präventive Leistungen erhalten. So richtig es ist, dass gelungene Präventions-

projekte in die Breite gebracht werden, so wichtig ist es doch auch, dass Maßnahmen, die nicht einem Schema folgen, für Menschen mit besonderen Belastungen mit ihnen zusammen entwickelt werden.

Lebenslagen bezogene Prävention darf sich nicht nur auf »Settings« beschränken, die formale Organisationen sind. Auch das Wohnquartier oder etwa die Familie sind Settings, in und mit denen Leistungen erbracht werden können.

Lebenslagenbezogene Prävention sollte sich auch wenden an Menschen, die (chronisch) krank oder behindert sind, aber von Prävention profitieren. Vor allem ist es ein diakonisches Anliegen, dass präventives Handeln nicht auf einige Handlungsfelder verengt wird. Es ist die Aufgabe der Praktiker vor Ort, sinnvolle Handlungsfelder auszumachen. Im o.g. Papier der Diakonie haben wir Beispiele genannt.

Partizipation der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur mit den betroffenen Menschen zusammen zu verwirklichen – auch, weil die lebenslagenbezogene Prävention auf mehr Teilhabe und Selbstbestimmung zielt. Das Präventionsgesetz hat das (in den §§ 20a, b SGB V) berücksichtigt. In der Praxis jedoch ist festzustellen, dass – ausweislich der Präventionsberichterstattung 2017 – in der betrieblichen Gesundheitsförderung nur zu einem Drittel, in den anderen »Lebenswelten« erheblich geringerer Zahl – die Mitwirkung der Betroffenen geschieht. Dieser Sachverhalt spricht dafür, die Praxis der Prävention unabhängig evaluieren zu lassen und weitere präventive Interventionen an das Kriterium der Partizipation zu knüpfen; es ist nicht umsonst eines der 12 Qualitätskriterien »guter Praxis« des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Deshalb sind Präventionsmaßnahmen, die Betroffene von Anfang bis zum Ende in Planung, Durchführung und Evaluation einbeziehen und Maßnahmen, die die individuelle Entscheidungsfreiheit erhöhen sowie Selbstbestimmung und Befähigung fördern, eher zu fördern als solche, die diesen Kriterien nicht genügen. Positiv angeknüpft werden kann an gute Erfahrungen, die im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung, zu denken ist an Projekte der partizipativen Dorfentwicklung, gemacht wurden.

Projekte ermöglichen – Prävention verstetigen

Ein Problem, das durch die Präventionsgesetzgebung – in den Erwartungen vieler Akteure aus der Zivilgesellschaft – gelöst werden sollte, betrifft die oftmals als »Projektitis« bezeichnete Praxis der zeitlich begrenzten Förderung von Kleinprojekten einschließlich einem pseudoinnovativem Zwang, ständig neue Projekte zu erfinden.

Für die Diakonie Deutschland kommt es darauf an zu unterscheiden zwischen neuen Interventionen, die etwas erproben und präventive Interventionen, die sich als erfolgreich bewährt haben und deshalb auf Dauer zu stellen sind. Diese Unterscheidung zu ermöglichen, wäre auch eine Aufgabe einer neu aufzustellenden Evaluation. Aufgabe der Krankenkassen wäre es vor allem, wirklich neue Interventionen in Projektform zu tragen.

Familien einbeziehen

Aus nachvollziehbaren Gründen wird die Familie (in § 20a Abs.1 Satz 1 SGB V) nicht als für die Gesundheit bedeutsame abgrenzbare Lebenswelt gesetzlich normiert, in der präventive Interventionen stattfinden. Jedoch können präventive Leistungen durchaus familienorientiert sein: Prävention kann mit Familien zusammen gestaltet werden. Zu denken ist an Leistungen für Kinder suchtkrank oder psychisch kranker Eltern, aber auch für Personen, deren Angehörige an einer anderen chronischen Krankheit leiden. Auch an die Leistungen der Familienerholung ist dabei zu denken. Für viele Familien, die in einer schwierigen Lage sich befinden, ist es sinnvoll, die Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger – beispielsweise im Zusammenhang mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter (nach den §§ 24 und 41 SGB V) oder eine Kinderrehabilitation (nach § 15a SGB VI oder § 40 SGB V) – zu verbinden. Die bestehende leistungsrechtliche Engführung ist zu beheben und familienorientierte Leistungen sind aufzunehmen. Das Anliegen einer sektorenübergreifenden Versorgung und Fallbegleitung hat die Diakonie bereits an anderer Stelle ausgeführt (etwa in: Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018. Berlin).

Beratungsarbeit sichern

Die Regelfinanzierung von Personal in Beratungsstellen wird durch die GKV ausgeschlossen. Gleichzeitig stehen vielen Beratungsstellen massiv unter wirtschaftlichem Druck. Statt die Übernahme der Finanzierung regelmäßig durch die GKV und damit die Verschiebung von Kostenverantwortlichkeiten zu befördern, ist es eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, zusammen mit den gemeinnützigen Trägern eine vielfältige sozialräumlich verankerte Beratungsstruktur vorzuhalten.

Im Kontext des Präventionsgesetzes wird vorgeschlagen, dass sich die Akteure der Landesrahmenvereinbarungen darüber verständigen, wie die Beratungsinfrastruktur zu sichern ist. Die Diakonie schlägt (wie es die BAGFW in ihrer Stellungnahme vom 17.08.2018 zum Terminservice- und Versorgungsgesetz bereits formuliert hat) vor, dass in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen über die Sicherung und Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Beratung, insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen gemacht werden. Davon ungeachtet bleiben die Verpflichtungen von Sozialversicherungen und anderen öffentlichen Stellen, die Rechtsansprüche von Versicherten bzw. Bürgerinnen und Bürgern auf Beratung zu sichern. Auf die Forderung der Diakonie nach vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistungen im Kontext der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter sowie pflegende Angehörige sei hier verwiesen (s.u.).

Verhältnis von medizinischer und sozialer Primärprävention evaluieren

Mit dem Präventionsgesetz wurden medizinische Präventionsmaßnahmen ausgeweitet, so neben den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V) auch die Gesundheitsuntersuchungen (nach § 25a SGB V) für Erwachsene. Letzteres ist gesundheitswissenschaftlich umstritten (vgl. Diakonische Positionen, S. 9). Wir sprechen uns deshalb

für eine wissenschaftliche Evaluation dieser Leistungen aus. Die mit dem Präventionsgesetz formulierten Bonusregelungen (nach § 65a SGB V) für gesundheitsbewusstes Verhalten, gegen die sich im Jahr 2015 die Diakonie Deutschland ausgesprochen hat, sind zu evaluieren.

Zur Steuerung der sozialen Prävention

Steuerung der sozialen Prävention neu arrangieren – Zivilgesellschaft einbeziehen

Das institutionelle Arrangement zur Steuerung der sozialen Prävention der Sozialversicherungsträger hat sich in vielerlei Hinsicht nicht bewährt und muss neu ausgerichtet werden. Es sind vor allem folgende Probleme hervorzuheben: die mangelnde Einbeziehung der Zivilgesellschaft, der nur vage inhaltliche Charakter der Vereinbarungen, schwache Kooperationsbeziehungen, die Dominanz der Krankenkassen, die fehlende Evaluation und einseitige Finanzierungsregelungen.

Nationale Präventionsstrategie und nationale Präventionskonferenz gegenüber der Zivilgesellschaft öffnen und neu ausrichten

Die Akteure der »nationalen Präventionsstrategie«, die zusammen die »nationale Präventionskonferenz« bilden, vereinbaren nach § 20d SGB V bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen. Da die stimmberechtigten Akteure nur Vertreter von Sozialversicherungen sind, kann von einer »nationalen« Strategie nicht die Rede sein. Es handelt sich gegenüber der Zivilgesellschaft um eine geschlossene Runde. Den Inhalten nach sind die Bundesrahmenempfehlungen sehr allgemein gehalten und haben vor allem proklamatorischen Charakter ohne Praxisrelevanz.

Die »nationalew Präventionskonferenz« in ihrer bisherigen Zusammensetzung (durch Sozialversicherungen) hat sich nicht bewährt. An ihre Stelle und mit veränderter Zusammensetzung sollte auf Bundesebene ein Gremium (»Bundeskonzferenz Prävention«) geschaffen werden, das sich aus den verschiedenen Präventionsakteuren des Bundes, der Länder, der Kommunen und der Sozialversicherung zusammensetzt.

Die Bundeskonferenz übernimmt die Formulierung von Bundesrahmempfehlungen, zu der sich Bund, Länder und Sozialversicherungszweige vereinbaren. Um die Bundesrahmenempfehlungen substanzieller als bislang zu formulieren, werden sie mit einer Problemanalyse, die sich aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ergibt, verbunden. Diese und weitere Sachgrundlagen sind mit den Präventionszielen zu verbinden. Erst durch den Schritt der Einbeziehung auch der Länder und des Bundes würde eine »nationale Präventionsstrategie« ihrem Begriff gerecht werden. Der Zivilgesellschaft, der bislang die Rahmenempfehlungen lediglich nach ihrer Verabschiedung zur Kenntnis gegeben wird, wird so an der Erarbeitung der Empfehlungen beteiligt.

Landesrahmenvereinbarungen verpflichtender gestalten – Zivilgesellschaft einbeziehen

Um dem Kernauftrag des Präventionsgesetzes gerecht zu werden, eine sektoren- und akteursübergreifend abgestimmte Präventionsstrategie zu entwickeln und umzusetzen, sind die Kooperationsanforderungen auf Landesebene verbindlicher zu formulieren.

Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dass die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen zu gemeinsam zu erbringende Leistungen machen müssen. Auf diese Weise würde auch die Umsetzung der Bestimmung in § 20a Abs. 1 Satz 4 SGB V erleichtert, nach dem die Kassen kassenübergreifend zusammenarbeiten sollen. Über die Zusammenarbeit der Krankenkassen hinaus gelänge es, dass sich alle relevanten Akteure auf Landesebene auf gemeinsame Anliegen verständigen. Damit den Worten auch tatsächlich leistungsträgerübergreifend Taten folgen, sind in den Ländern über die Vereinbarungen hinaus Arbeitsstrukturen zu schaffen, in die die Zivilgesellschaft und ihre Verbände einbezogen werden.

In die Landesrahmenvereinbarungen ist bislang die Zivilgesellschaft, einschließlich der Verbände der Wohlfahrtspflege, nicht einbezogenen. In Zukunft sollten die Landesrahmenvereinbarungen das Ergebnis einer offenen fachlichen und politischen Diskussion zur Rolle und Ausgestaltung der Prävention in den Ländern sein. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege wie auch die Selbsthilfe sind als Vertragspartner einzubeziehen.

Präventionsforum neu gestalten

Das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V hat die Aufgabe, die Nationale Präventionskonferenz zu beraten. Anstelle eines offenen und von der Zivilgesellschaft getragenen Austauschs handelt es sich de facto um eine punktuelle Arbeitstagung, zu der die Zivilgesellschaft eingeladen wird, wie zu anderen Tagungen auch. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mit der Durchführung und übernimmt die Kosten. § 20e SGB V formuliert, dass die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt werden. Damit ist das Präventionsforum als eigenständiger zivilgesellschaftlicher Faktor nicht erkennbar. Das Präventionsforum sollte in Zukunft nicht mehr von der Nationalen Präventionskonferenz beauftragt werden, sondern durch die BZgA, die auch die Finanzierung übernimmt. Das Forum ist als arbeitsfähige Kooperationsplattform der Zivilgesellschaft auszugestalten.

Präventionsbericht

Alle vier Jahre wird im Rahmen der »Nationalen Präventionsstrategie« nach § 20d SGB V ein Präventionsbericht erstellt. Um Strategieformulierung, Berichtspflicht und Bewertung zu entzerren, die bislang in einer Hand sind, sollte die Berichterstellung nicht bei der »Nationalen Präventionskonferenz« liegen. Der Schwerpunkt des im Jahr 2019 erstmals erschienen Berichts liegt bei den Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz, damit reproduziert der Bericht die präventionspolitische Engführung des Gesetzes. Auch um diese zu weiten, ist die Berichterstattung in andere

Hände zu geben. Die Diakonie schlägt vor, dass dies in Zukunft beim RKI liegen sollte.

Rolle der BZgA neu bestimmen

Im Gesetzgebungsverfahren ist die Rolle der BZgA im Präventionsgeschehen durchgängig auf Kritik gestoßen. Nach § 20a Abs. 2 SGB V liegt die Aufgabe der BZgA in der Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten »und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen. Dazu beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die BZgA insbesondere mit der Entwicklung der Art und Qualität Krankenkassen übergreifender Leistungen, deren Implementierung und wissenschaftlicher Evaluation« (ebd.). Die Beauftragung einer Bundesbehörde durch ein Organ der mittelbaren Staatsverwaltung hat sich rechtlich und in der Praxis als hoch problematisch erwiesen. Zudem ist die BZgA als Bundeshörde nicht geeignet, Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene zu betreiben. Der mit der Regelung verbundene Sinn, einen Teil der lebensweltbezogenen Prävention aus dem Wettbewerb der Krankenkassen zu lösen, muss anders geregelt werden, nämlich durch verbindliche Kooperationsregelungen auf Landesebene.

An die Stelle der bisherigen Regelungen sollte die Bundesbehörde klare Aufgaben zugewiesen bekommen: Die Entwicklung und Förderung von Modellprojekten, die Entwicklung einer partizipativ ausgerichteten Qualitätsentwicklung, die fachliche Unterstützung der Bundeskonferenz Prävention – einschließlich die Beauftragung von gesundheitswissenschaftlicher Forschung sowie die Durchführung bundesweiter Kampagnen.

Kassenübergreifendes Handeln sichern

Mit dem Ziel, den präventionspolitisch kontraproduktiven Krankenkassenwettbewerb (um »gute Risiken«) zu begrenzen, wurden im Präventionsgesetz Bestimmungen zum kassenübergreifenden Handeln formuliert, die bislang nicht ausreichend umgesetzt wurden. Kassenübergreifendes Handeln erfolgt vor allem durch die Beauftragung der BZgA.

Um tatsächlich ein kassenübergreifendes Handeln zu sichern, ist in den Landesrahmenvereinbarungen zu fixieren, dass mindestens 50% der Mittel für lebensweltbezogene Maßnahmen in gemeinschaftliche Interventionen fließen, auf die sich die Akteure auf Landesebene verständigt haben.

Leitfaden Prävention der GKV – Zivilgesellschaft beteiligen

Der Leitfaden Prävention wird unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen sowie einer »Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung«) erarbeitet, die Zivilgesellschaft wird ansonsten nicht beteiligt, ihr werden die fertigen Ergebnisse mitgeteilt.

Die Diakonie Deutschland plädiert dafür, dass die Freie Wohlfahrtspflege im o.g. Beirat beteiligt ist. Sie spricht sich dafür aus, dass in lockerer Anlehnung an die Beteiligungsregelungen, die für die Gemeinsamen Empfehlungen der BAR (nach § 26 Abs. 6 SGB IX) gelten, auch beim GKV-Leitfaden gilt: An der Vorbereitung des Leitfadens, das ist seine Erarbeitung,

müssen die Verbände der betroffenen Menschen, der Leistungserbringer bzw. der Zivilgesellschaft beteiligt werden, das sind zumindest die Verbände der Menschen mit Behinderungen und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Evaluation

Mehrfach wurde bereits auf die Notwendigkeit unabhängiger Evaluation hingewiesen. Sinn dieser Forderung ist, dass durch Evaluation ein kritischer und vor allem unabhängiger Blick auf die präventive Praxis geworfen wird, Probleme besser wahrgenommen und Lernprozesse angeregt werden. Derzeit, in der fast alles in der Hand der nationalen Präventionskonferenz, vor allem der Krankenkassen liegt, ist das kaum möglich. Zugleich würden neue Chancen dafür entstehen, dass die Nutzerinnen und Nutzer in die Evaluation einbezogen sind.

Finanzierung

Da Prävention eine, wie es formelhaft oft heißt, »gesamtgesellschaftliche Aufgabe« ist, ist eine Mehrzahl von Trägern an ihrer Finanzierung zu beteiligen. Die Diakonie hat schon in ihren »Positionen der Diakonie zu einem Präventionsgesetz« gegen die Illusion argumentiert, ein Präventionsgesetz entlaste Präventionsakteure von den Finanzierungsleistungen zulasten anderer Träger, vor allem der GKV. »Die Ausgaben für Prävention dürfen nicht zu einem haushaltspolitischen Verschiebeparkplatz führen« (S. 16). Die derzeitigen Bestimmungen beteiligen den Bund und die Länder nicht angemessen an den Kosten für die Prävention. Die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung müssen auf breitere Schultern gestellt und neu gewichtet werden.:

Statt durch die GKV beauftragt zu werden sollte die **BZgA** aus Mitteln des Bundeshaushalts für die ihr zugeordneten Aufgaben finanziert werden. Die in Zukunft vom **RKI** zu leistende Präventionsberichterstattung sollte ebenfalls durch Bundesmittel finanziert werden.

Die Länder – und nicht die Krankenkassen – sollten dafür in die Pflicht genommen werden, die Kooperationsplattformen für die lebenslagenbezogene Prävention in ihren Ländern zu finanzieren.

Da die **Pflegeversicherung** Teilleistungscharakter hat, ist es nicht angemessen, dass ihr Aufgaben zukommen, die in anderen »Lebenswelten« den Krankenkassen zugeordnet werden, nämlich: »unter Einbeziehung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen« (§5 Abs. 1 SGB XI) – eine Aufgabe, die sonst den Krankenkassen zugeordnet ist.

Die **privaten Krankenkassen** sind – wie schon jetzt – nach dem Anteil, den sie an den Versicherten haben, an den Kosten der Prävention zu beteiligen.

Impulse zu einzelnen Handlungsfeldern:

Im Folgenden wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sondern es werden ausgewählte diakonische Handlungsfelder erörtert. Zu grundsätzlichen Überlegungen zu präventiven Handlungsfeldern sei auf die o.g. Veröffentlichung der Diakonie zur Präventionspolitik sowie weitere genannten Schriften verwiesen. An dieser Stelle soll herausgehoben werden, dass es nicht um punktuelle Projekte geht, sondern um die Entwicklung und Verstetigung einer guten Praxis, m.a.W. um die Entwicklung einer stabilen und sachgerechten Präventionsstruktur.

Prävention bei pflegenden Angehörigen

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) wurde (durch eine ergänzende Formulierung in § 40 Abs. 2 SGB V) im Jahr 2018 bestimmt, dass für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige der Grundsatz »ambulant vor stationär« nicht gilt. So sehr dies zu begrüßen ist, so schwer ist nachzuvollziehen, warum die Neuregelung und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll. Die BAGFW hat in ihrer Stellungnahme zum PpSG darauf hingewiesen, dass bereits in § 23 Absatz 5 SGB V vorgegeben wurde, dass bei der Vorsorge die »besonderen Belange pflegender Angehöriger« zu berücksichtigen seien. Für pflegende Angehörige soll nachvollzogen werden, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter für die stationäre Vorsorge wie auch für die stationäre Rehabilitation geregelt und in ähnlich belastenden Alltagssituationen begründet ist. Zudem wird verwiesen auf die Forderungen des Müttergenesungswerks und der BAG der Freien Wohlfahrtspflege zur Etablierung einer vor- und nachstationäre Beratungs- und Betreuungsleistung im Kontext von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGBV. Im präventiven Kontext dienen sie der Fallklärung und der Erschließung bedarfsgerechter auf die Person bezogener Leistungen, z.B. einer individualpräventiven Leistung der Krankenkasse oder einer Vorsorgeleistung durch eine Einrichtung des Müttergenesungswerks.

Prävention in den stationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI

Ein erhebliches Umsetzungsproblem besteht in der Etablierung von Prävention nach § 5 SGB XI. Dieses Handlungsfeld ist bislang weitgehend nicht erschlossen. Einrichtungen, die präventive Leistungen erbringen wollen, sind kaum zum Zuge gekommen. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland sind folgende Anliegen zu formulieren:

- Die Leistungen sollen, wie es im Gesetz formuliert ist (§ 5 Abs. 3 SGB XI), kassenübergreifend erbracht werden. Die Soll-Formulierung ist zu einer verpflichtenden Bestimmung zu verändern
- Der Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wurde ohne Beteiligung der Zivilgesellschaft bzw. der Leistungserbringer

entwickelt, sie wurden auch nicht angehört bzw. um Stellungnahme gebeten. Diese Einbeziehung ist zukünftig rechtlich vorzuschreiben. Zur Bewältigung der derzeitigen Lage sollten sich Kranken- bzw. Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer darüber verständigen, wie die Umsetzung des Leitfadens erfolgen kann und in welchen Punkten er verändert werden muss

- Schließlich sind (wie oben unter dem Punkt »Finanzierung« ausgeführt) die Leistungen von den Pflege- auf die Krankenkassen zu verlagern

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bestimmungen im SGB V zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden zuletzt durch das PpSG noch einmal reformiert (Ausgabenerhöhung, Veränderung des Schlüssels für die Präventionsausgaben, Privilegierung der Krankenhäuser und der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit den Verbänden, Berücksichtigung in der nationalen Präventionsstrategie). Im Nationalen Aktionsplan Pflege (NAP) verpflichten sich die verschiedenen Akteure zur Umsetzung.

Die Diakonie Deutschland regt an, die Informations- Beratungs- und Unterstützungsstruktur für die Unternehmen und die Beschäftigten sozialleistungsträgerübergreifend aufzustellen. Auf diese Weise könnten die Barrieren, die zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen, der Prävention und dem Arbeitsschutz durch die Unfallkassen, dem betrieblichen Eingliederungsmanagements, der medizinischen Rehabilitation und der betrieblichen Prävention durch die Rentenversicherung stehen, besser überwunden werden. Es wird vorgeschlagen dieses Anliegen zu erproben, auch, indem die bestehenden virtuellen Koordinierungsstellen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden. Ebenso ist die betriebliche Prävention, die auch die Suchtprävention umfasst, mit den Diensten der Suchthilfe zu vernetzen.

Suchtprävention

Suchtprävention umfasst alle verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, die darauf abzielen, riskanten und abhängigen Konsum von Suchtmitteln sowie süchtige Verhaltensweisen zu verhindern oder zu reduzieren. Darüber hinaus geht es auch um den Schutz Dritter bzw. des sozialen Umfeldes, wie beim Nichtraucherschutz, der Verhinderung von vorgeburtlichen Schädigungen bei Kindern aus suchtblasteten Familien oder der Schnittstelle zur Gewalt- bzw. Unfallprävention (vgl. DHS Positionen zur Suchtprävention, 2014).

Suchtpräventive Maßnahmen, die ausschließlich im Sinne einer Verhaltensprävention auf eine direkte Änderung des Umgangs des Einzelnen mit sich und seiner Umwelt zielen, sind für positive und dauerhafte Effekte allein nur bedingt geeignet, wenn und solange die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen den Konsum von Suchtmitteln und süchtiges Verhalten begünstigen.

Trotz der eindeutigen Studienlage, die die Wirksamkeit verhältnisbezogener Maßnahmen unterstreicht, fehlt in Deutschland eine konsistente (Sucht-)Politik, die durch Steuerung der Verfügbarkeit durch Preisgestaltung und durch umfassende Werbeverbote den Konsum bzw. Missbrauch von Alkohol und Tabak einschränkt. Durch aktive Lenkung der Preise und

der Verfügbarkeiten sowie ein Werbeverbot muss eine Steuerung von Angebot und Nachfrage der Suchtmittel erfolgen. Suchtprävention kann als gesundheitspolitische Maßnahme nur glaubhaft betrieben werden, wenn sich daraus Konsequenzen für das Steuer- und Sozialleistungsrecht ergeben sowie eine Verpflichtung zur Transparenz jeglicher Lobby-Aktivitäten von beispielsweise Tabak-, Alkohol- und Glückspielindustrie im Bereich staatlicher Politik gesetzlich verankert wird.

Um die Arbeit der Präventionsfachkräfte in der Suchthilfe nachhaltig zu gestalten, ist eine bundesweit vergleichbare Finanzierung erforderlich. Die Suchtprävention muss (neben Beratung und Behandlung) als öffentlich finanzierte Gesundheitsförderung abgesichert und flächendeckend vorgehalten werden.

Es wird vorgeschlagen, die Aufgaben der Suchtprävention und -beratung zur kommunalen Pflichtaufgabe zu machen und entsprechende Bundes- und Landessmittel bereit zu stellen. Darüber hinaus ist die Kranken-, Renten- und die Unfallversicherung an der Suchtprävention zu beteiligen. Auf die Forderungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Suchtberatung (vom 04.06.2019) sei verwiesen.

Kinder und Jugendliche

In der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche haben sich zahlreiche Interventionen unterschiedlicher Träger bewährt. Für die Diakonie Deutschland kommt es darauf an, dass Interventionen verstetigt und gute Kooperationsstrukturen sich etablieren:

- Ganz wesentlich ist, dass alle Akteure, einschließlich die Kinder- und Jugendhilfe und der ÖGD, die Sozialversicherungen und die Zivilgesellschaft in den Ländern und Kommunen ein gemeinsames Verständnis der präventiven Aufgaben entwickeln und sich auf gemeinsame Programme verständigen
- Um die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Frühen Hilfen zu verbessern wird vorgeschlagen, dass in § 26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) SGB V die Kinderärzte auch auf Unterstützungs- und Beratungsangebote der Frühen Hilfen hinweisen
- Krankenkassen, Leistungserbringer und die anderen relevanten Akteure müssen sich in den Landesrahmenvereinbarungen auf gemeinsame Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken bzw. suchtkranken Familien verständigen. Für Personengruppen mit komplexen Bedarfslagen hat die Diakonie Deutschland an anderer Stelle einen Anspruch auf Fallbegleitung und sektorenübergreifende Fallkonferenzen gefordert
- Vielfach bewährt, jedoch nicht durchgängig verfügbar, sind »Babylotsen- Programme«, die rund um die Geburt Hilfen und weitere Unterstützung zugänglich machen. Auch die oftmals durch Familienhebammen geleisteten Hausbesuche bei Geburt eines Kindes stellen ein bewährtes Projekt dar, dessen Finanzierung dauerhaft gesichert werden sollte. Diese Dienste können wichtige Aufgaben der Beratung und Unterstützung durchführen, etwa bei der Wahrnehmung von medizinischen und sozialen Problemen, bei der Information zu Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendlichen (nach § 26 SGB V), bei Fragen zur Mutter-Vater-Kind-Beziehung oder bei Suchtproblemen.

- Viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kinder und Jugendlichen müssen endlich auf regelfinanzierte Beine gestellt werden. Das trifft auf viele bislang projektförmig finanzierte Leistungen zu, die etwa zur Prävention von psychischen Störungen bzw. Suchterkrankungen von Kindern psychisch kranker bzw. suchtkranker Eltern beitragen.
- Schließlich ist zu beachten, dass auch die Arbeit in und mit Netzwerken refinanziert werden muss.

Prävention psychischer Krankheiten und Förderung psychischer Gesundheit

Die hohe Bedeutsamkeit von psychischer Gesundheit und psychischem Wohlergehen ist unumstritten. Auch vor dem Hintergrund der steigenden Zahl psychisch bedingter Frühverrentungen ist eine größere Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit geboten. Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Feld sind häufig Suizidprävention, Anti-Stigma-Programme, Früherkennung, Kinder psychisch kranker Eltern und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz.

Auch bei der Prävention psychischer Krankheiten dominieren bislang verhaltenspräventive Ansätze. Die Maßnahmen müssen sich zudem daran messen lassen, dass sie nicht soziale Problemlagen medikalisieren bzw. eine Stigmatisierung (auch eine Selbststigmatisierung) befördern. Die gesellschaftliche Be- bzw. Abwertung bestimmter Lebensstile und die individuelle Schuldzuweisung bei Erkrankung erschweren Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung-Aspekte, die in akuten psychischen und psychosozialen Krisen, oft als eingeschränkend erlebt werden. Um dem zu entgegen, sind die oben erwähnten Kriterien einer partizipativen Prävention gerade für die Förderung psychischer Gesundheit unerlässlich. In der Praxis haben sich die Stigma-Prävention und Recovery-Ansätze bewährt.

- Stigma-Prävention: In unterschiedlichsten Settings (verschiedenste Schultypen, Betriebe, Polizei etc.) haben sich Seminare und Projekte unter Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen unter den Überschriften »Es ist normal verschieden zu sein« oder »Verrückt? Na und!« bewährt. Diese Angebote sind alle spenden- oder projektfinanziert und müssen dringend auf eine Regelfinanzierung umgestellt werden. Die Thematik müsste verbindlich in allen Schulen und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verankert werden
- Recovery-Ansätze: inzwischen gibt es vielfältige Bildungsangebote von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatrieerfahrene, die Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleitern und insbesondere die Idee der Recoverycolleges, in denen Psychiatrieerfahrene ihr Erfahrungswissen als Bildungsangebot anderen zur Verfügung stellen. Diese Ansätze sollten systematisch gefördert werden

Die Umsetzung und Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Störungen ist dadurch zu institutionalisieren, dass Präventionsfachkräfte, ähnlich denen in der Suchthilfe, regional in den psychosozialen und sozialpsychiatrischen Fachstellen die Regel sein sollen. Sie sind im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu refinanzieren.

Public Health-Forschung

Die Praxis der lebenslagenbezogene Prävention ist auf eine Public Health-Forschung angewiesen, die über die komplexen Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Lage, wie auch die Möglichkeiten der Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit aufklärt. Eine Aufgabe der sozialwissenschaftlich angelegten Forschung bestünde auch darin, in viel stärkeren Maße als dies bislang geschieht, die Chancen von verhältnispräventiver Prävention, etwa in Bezug auf psychische Gesundheit, zu erkunden.

Eine Aufgabe der Präventionspolitik ist es, Interventionen, deren Güte wissenschaftlich belegt ist, bei Bedarf auch tatsächlich flächendeckend zu etablieren, zu denken sind etwa an die Projekte zur Stigmaprävention und Recovery-Ansätze.

Die Förderung wissenschaftlicher Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung durch die Sozialversicherung ist zu begrüßen; jedoch kann dies nur ergänzend zum Tun von Bund und Ländern stattfinden.

Ältere und hochaltrige Menschen

Präventive Leistungen für alte Menschen mit eingeschränkter Selbständigkeit dienen (auch) dazu, dass sie weiterhin selbstbestimmt am sozialen Leben teilhaben. Die Diakonie Deutschland hat dazu ein Konzept zur Gesundheits- und Teilhabesicherung alter Menschen vorgelegt (vgl. »Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen«. Diakonie Texte, Positionspapier 01.2017. Berlin). Zwei Aspekte sollen herausgegriffen werden:

- Ein Instrument, das in besonderem Maße auf die Lebensumstände älterer Menschen bezogen ist, stellen die präventiven Hausbesuche dar. Die Diakonie setzt sich dafür ein, die erprobten Modelle nach erfolgreicher Evaluation leistungrechtlich im SGB V zu verankern
- Damit in verhältnispräventiver Perspektive der Sozialraum auf die Bedürfnisse von alten Menschen hin gestaltet werden kann, ist die Gemeinwesen orientierte Altenarbeit als kommunale Pflichtaufgabe (mit kommunalem Basisbudget) rechtlich zu verankern

Langzeitarbeitslose Menschen

Präventive Leistungen können für langzeitarbeitslose Menschen von Interesse sein, um die mit dem Status oftmals verbunden Aspekte der Stressbewältigung und Alltagsstrukturierung besser zu bewältigen. In einer Ausarbeitung der Diakonie Deutschland mit dem Titel »Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit« (Diakonie Texte Position 04.2018) auch als Kurzfassung verfügbar: »Auf den Punkt gebracht«, April 2018) wurde auch die gegenwärtige Präventionspraxis kritisch erörtert und ein Strukturmodell entwickelt, das Prävention, Rehabilitation, Fallbegleitung und Teilhabe an Arbeit verbindet. Fünf Anliegen der Diakonie sollen hervorgehoben werden:

- Vorwiegend oder nach Schema durchgeführte individuelle Präventions-

maßnahmen ohne Veränderungen der Lebenslage sind problematisch, da an den Belastungen und Handlungsmöglichkeiten der Versicherten vorbeigegangen wird

- Eine übergreifende Verquickung von gesundheitlicher Beratung und Vermittlung in Arbeit ist zu vermeiden
- Ein einzelfallbezogenes Clearing und die Bedarfsermittlung sollten durch eine fachlich unabhängige Beratungsstelle über Sektorengrenzen hinweg (und nicht durch Integrationsfachkraft im Jobcenter) erfolgen
- Es ist bekannt dass sehr viele langzeitarbeitslose Menschen erhebliche gesundheitliche Probleme haben. Deshalb ist bei Anzeichen für eine gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinschränkung eine rehabilitativ ausgerichtete Bedarfserhebung sinnvoll
- Die Selbstorganisation von Arbeitslosen (etwa im Rahmen der (Arbeitslosenzentren) ist zu unterstützen

**Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik
der Diakonie Deutschland, Oktober 2019**

Herausgeber:

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Kontakt:

Dr. Tomas Steffens, MPH
Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
tomas.steffens@diakonie.de