

Diakonische Forderungen zur Novellierung des Präventionsgesetzes – eine Aktualisierung

ZUSAMMENFASSUNG:

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in der Coronavirus-Pandemie gemacht wurden einerseits und Konstruktionsproblemen des Präventionsgesetzes andererseits aktualisiert die Diakonie Deutschland ihre präventionspolitischen Positionen zur Novellierung des Präventionsgesetzes. Mit dem vorliegenden Papier engagiert sie sich für folgende Anliegen:

KONZEPTIONELLE AUSRICHTUNG:

- Die Präventionspolitik und die präventive Praxis¹ müssen, um gesundheitliche und geschlechtsbezogene Ungleichheit zu verringern, stärker Lebenslagen gesundheitsförderlich gestaltet werden. Auch verhaltenspräventive Maßnahmen müssen sich an Lebenslagen ausrichten.
- Deutlicher als bislang muss Prävention auf vulnerable Gruppen ausgerichtet sein, auch auf Personen, die chronisch krank, behindert oder pflegebedürftig sind.
- Prävention muss stärker partizipativ gestaltet werden, denn die Personen, um die es geht, sollen ihre Lebensbedingungen mehr selbstbestimmen.
- Projekte, die sich bewährt haben, müssen verstetigt werden. Dazu braucht es einen Mechanismus.
- Prävention muss inklusiv ausgerichtet werden, um Gesundheit und soziale Teilhabe für Menschen mit Behinderungen zu unterstützen.
- Eine vielfältige Beratungslandschaft in den Ländern und Kommunen muss gesichert werden; dazu können auch Vereinbarungen der Partner der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V beitragen.
- Prävention ist sozialräumlich zu gestalten, denn die Gestaltung des Quartiers bzw. der Kommunen hat großen Einfluss auf Gesundheit und Teilhabe. Die Etablierung von Präventionsketten ist ein Beitrag dazu.

¹ Ist von Prävention die Rede, ist immer Belastungsverringerung und Ressourcenvermehrung (Gesundheitsförderung) zugleich gemeint.

STEUERUNG UND FINANZIERUNG:

- In einer Bundespräventionskonferenz werden Bundesrahmenempfehlungen mit konkreten Vorhaben erarbeitet und vereinbart welcher Präventionsträger in welcher Form dazu beiträgt. Die bisherige Fixierung auf die Krankenkassen wird überwunden. Die Zivilgesellschaft (z.B. die Verbände der Wohlfahrtspflege und die Selbsthilfe) wird an der Erarbeitung beteiligt. Ein Beirat berät zu Fragen der Umsetzung und Weiterentwicklung.
- Auch die Landesrahmenempfehlungen werden verbindlicher und unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft erarbeitet.
- Ein gestärkter Öffentlicher Gesundheitsdienst sollte in den Ländern und Kommunen Koordinierungsaufgaben in der Prävention wahrnehmen.
- Die Aufgaben des Bundes sind neu zu bestimmen. Hierzu macht die Diakonie Vorschläge zur Aufgabenbeschreibung des zu gründenden Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit.
- Die Präventionsberichterstattung sollte auf das Robert Koch – Institut übertragen werden.
- Die lebensweltbezogenen Maßnahmen der Krankenkassen und die präventiven Leistungen der Pflegekassen werden gemeinsam und einheitlich erbracht.
- Bei der Erarbeitung des Leitfadens Prävention der Kranken- und Pflegekassen sind die Zivilgesellschaft, die Verbände der behinderten Menschen und der Wohlfahrtspflege zu beteiligen.
- Die Finanzierung der Prävention ist neu zu regeln: Bund und Länder müssen sich stärker finanziell beteiligen; die verhältnisbezogenen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen werden durch den Bund refinanziert.

IMPULSE ZU EINZELNEN HANDLUNGSFELDERN:

- **Prävention mit pflegenden Angehörigen:**
Für Vorsorgeleistungen mit pflegenden Angehörigen (wie schon bei der med. Rehabilitation bei pflegenden Angehörigen) sollte der Grundsatz ambulant vor stationär aufgehoben werden; die Kapazitäten in med. Rehabilitation und Vorsorge sind für pflegende Angehörige auszubauen; vor- und nachstationäre Beratungs- und Betreuungsleistungen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sind im SGB V zu verankern.
- **Prävention und Gesundheitsförderung in den (stationären) Pflegeeinrichtungen nach SGB XI:**
Prävention und Gesundheitsförderung müssen in Zukunft auch in der ambulanten Pflege möglich sein; die präventiven Leistungen müssen kassenübergreifend gemeinsam erbracht werden; der Leitfaden Prävention für die Pflegeeinrichtungen (und -dienste) ist in Zukunft gemeinsam mit den Leistungserbringern und der Zivilgesellschaft zu erarbeiten.
- **Betriebliche Prävention:**
Die Diakonie Deutschland regt an, die Informations-, Beratungs- und Unterstützungsstruktur für die Unternehmen und die Beschäftigten sozialleistungsträgerübergreifend zu verzahnen. In den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen für die Pflegeeinrichtungen müssen ermöglichende Bedingungen für die betriebliche Prävention vereinbart werden.

- **Suchtprävention:**
Verhältnispräventive Schritte zur Verringerung riskanten Suchtmittelkonsums müssen ergänzt werden um eine abgestimmte und transparente Strategie der verschiedenen Akteure, die Sicherung der Suchtfachkräfte und die Verankerung der Suchtberatung als kommunale Pflichtaufgabe.
- **Prävention mit Kindern, Jugendlichen und Familien:**
Alle Präventionsakteure, einschließlich die Kinder- und Jugendhilfe und der ÖGD, die Sozialversicherungen und die Zivilgesellschaft müssen sich in den Ländern und Kommunen auf der Grundlage einer soziallagen- und sozialraumorientierten Gesundheitsberichterstattung auf gemeinsame Programme zur Gestaltung der regionalen Präventionsketten in den Bundesrahmenempfehlungen und in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V verständigen. Die Babylotsen-Programme und die Arbeit der Familienhebammen haben sich bewährt und müssen dauerhaft refinanziert werden.
- **Prävention psychischer Krisen und Förderung seelischer Gesundheit:**
Stigmaprävention, Unterstützung bei der Bewältigung einer psychischen Krise, die Einbindung von Psychiatrieerfahrenen und die infrastrukturelle Absicherung der Prävention im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge sind Elemente einer partizipativ ausgerichteten Präventionspolitik.
- **Public Health-Forschung:**
Die lebenslagenbezogene Prävention ist auf Public Health-Forschung angewiesen und muss durch Bund und Länder (und ergänzend die Sozialversicherungen) gesichert werden. Sie richtet ihren Blick auch auf die sozialen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit und die Praxis lebenslagenbezogenen Primärprävention.
- **Präventiver Hausbesuch für ältere Menschen:**
Das für die Bürger: innen freiwillige, niedrighschwellige und aufsuchende Angebot für ältere Menschen (75+) der Information, Beratung, Anleitung und Leistungerschließung, um Gesundheit und soziale Teilhabe zu sichern, hat sich in Modellprojekten bewährt. Der präventive Hausbesuch ist als Element der kommunalen Daseinsvorsorge rechtlich (im SGB XII) zu verankern, die am Gemeinwesen orientierte Altenarbeit ist als Pflichtleistung auszugestalten.
- **Prävention mit langzeitarbeitslosen Menschen:**
Die oftmals vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Probleme langzeitarbeitsloser Menschen machen im Einzelfall eine sektorenübergreifende Bedarfsklärung, Fallbegleitung und Leistungscoordination sinnvoll machen. Präventive Maßnahmen sind ein Baustein unter mehreren. Strukturelle Bedingung ist die Verankerung und Vernetzung der Leistungsangebote in der Kommune.

EINLEITUNG

Die Diakonie Deutschland hat die weit über ein Jahrzehnt währende Diskussion um das Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention) und seiner Umsetzung (ab 2016) intensiv begleitet. Mit ihren zahlreichen Einrichtungen und Diensten in den verschiedenen »Settings« ist sie daran beteiligt, Prävention und Gesundheitsförderung mit Leben zu füllen.

Mit den vorliegenden Eckpunkten aktualisiert und pointiert die Diakonie Deutschland ihre präventionspolitischen Überlegungen².

Fünf Gesichtspunkte bewegen die Diakonie Deutschland dazu, ihre Positionen noch einmal zuzuspitzen:

1. Mit der Coronavirus-Pandemie wurde (noch) deutlicher, dass Prävention eine »gesamtgesellschaftliche« Aufgabe ist und zugleich wie schwierig es ist, in einer komplexen, differenzierten Gesellschaft mit einem sehr differenzierten Sozialsystem dies umzusetzen. Prävention muss über die Zweige des Sozialversicherungssystems hinaus verbindlicher als bislang konzipiert und umgesetzt werden.
2. Eine weitere Lehre der Pandemie ist, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in den Kommunen, im Land und auf Bundesebene in der Prävention – neben anderen Funktionen – stärkere Aufgaben der Koordinierung wahrnehmen muss.
3. Das Bundessozialgericht (vgl. Bundessozialgericht Urteil vom 18.05.2021, B 1 A 2/20 R) hat die Bestimmungen in § 20a SGB V, wonach der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegen einen Pauschalbetrag beauftragt, die Kassen bei der Prävention in Lebenswelten zu unterstützen und die Qualität zu sichern, als rechtswidrig eingestuft. Die Intention der bisherigen Regelung war es, den Wettbewerb der Kassen einzuschränken. Eine zu Beginn des Jahres 2023 aus den Reihen des Parlaments angestoßene Formulierungshilfe zielt auf eine Änderung der bisherigen Bestimmungen (vgl. die Ausführungen zu den Aufgaben des Bundes sowie zu gemeinschaftlichem Handeln der Krankenkassen im vorliegenden Text).
4. Es wurde in der Pandemie deutlich, wie wichtig der Einbezug der Zivilgesellschaft ist. Die Personengruppen, um deren Gesundheit und Teilhabe es geht, sind ergebnisoffen in die Planung und Umsetzung von Prävention einzubeziehen; aber auch die verbandlichen Beteiligungsmöglichkeiten sind zu erweitern. Maßnahmen und Aktivitäten sind auch daran zu messen, wie Vertreter:innen der betroffenen Personengruppen partizipativ eingebunden sind und inwiefern Selbstbestimmung und Befähigung, Gesundheit und Teilhabe gefördert werden.
5. Angesichts der vielfältigen psychosozialen Belastungen durch die Krisen der vergangenen zwei Jahre ist die Bedeutung der seelischen Gesundheit stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein gerückt. Um zu verhindern, dass die enormen psychischen Belastungen zu psychischen Störungen werden, sind die Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Krisen und Erkrankungen noch wichtiger geworden. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche.

Der Diakonie ist bewusst, dass eine präventiv, d.h. auch immer gesundheitsförderlich ausgerichtete Politik mehr umfasst, als das, was in einem Präventionsgesetz geregelt

2 Zur Suizidprävention hat sich die Diakonie Deutschland positioniert in: Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Thema »Stärkung der Suizidprävention« anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestags am 28.11.2022

werden kann. Die Leistungen nach § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) »sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener 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. Zu wenig in den Blick geraten sind in der präventiven Praxis bislang Wohnverhältnisse, die Belastung durch Lärm und Emissionen, und ein Mangel an öffentlichen Begegnungs- und Bewegungsräumen in hochverdichteten Lagen sowie die Auswirkungen des Klimawandels. Vieles ist nicht auf ein wohlabgegrenztes (organisatorisches) Setting zu beziehen, jedoch auf Sozialräume. Sie müssen stärker gesundheitsförderlich gestaltet werden. Ebenso muss die Verringerung geschlechtsbezogener ungleicher Gesundheitschancen ein Querschnittsthema der Politik und präventiven Praxis werden.

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

Vor diesem Hintergrund muss in einer Novellierung des Präventionsgesetzes auch die Rolle der GKV klarer bewertet werden. Auch durch ein novelliertes Präventionsgesetz werden weder die differenzierten Zuständigkeiten für Leistungsangebote eingeebnet, noch wird die auf lebenslagenbezogene Primärprävention in erster Linie eine Aufgabe der Krankenkassen. Ferner müssen die Regelungen auf Bundes- und Landesebene verbindlicher gestaltet werden. Die Zivilgesellschaft ist stärker als bislang in die Regelungen einzubeziehen.

ZUR INHALTLICH-KONZEPTIONELLEN AUSRICHTUNG DER PRÄVENTION

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

Um die sozialen Determinanten von Gesundheit zu beeinflussen und sozial bedingte und geschlechtsbezogene gesundheitliche Ungleichheit abzubauen, ist Prävention und Gesundheitsförderung deutlich stärker als bislang auf die Gestaltung von Lebenslagen zu beziehen. Das gilt auch für die auf Arbeitsbedingungen bezogene betriebliche Gesundheitsförderung (der GKV). Dazu sind auf der Basis der Gesundheitsberichterstattung verbindliche Kooperationsbeziehungen der Leistungsträger untereinander und mit Leistungserbringern bzw. der Zivilgesellschaft zu entwickeln.

Als lebenslagenbezogene Interventionen werden oftmals Maßnahmen bezeichnet, die in einem Setting stattfinden, aber nicht das Setting gesundheitsförderlich gestalten. 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. Beide Interventionstypen haben ihr Recht. Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, die definitorische Unterscheidungen in § 20 SGB V einzutragen; auch in der Praxis und der Präventions-

berichterstattung sollte in Zukunft zwischen den Interventionstypen stärker unterschieden werden.

Verhaltenspräventive Maßnahmen in Settings sind dann am wirksamsten, wenn sie im Rahmen eines Settingansatzes betrieben werden. 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. Vielmehr soll Gesundheitsförderung befähigen, nicht kontrollieren und sanktionieren: Die an Lebenslagen ausgerichtete Stärkung von Gesundheitskompetenz ist ein wichtiges Feld präventiver Praxis. Sie kann Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten erweitern, damit Menschen die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrnehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen – objektiv nicht adäquaten – Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel oder finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Gegen große Trends unserer Gesellschaft muss Gesundheit in ihrer sozialen Einbettung verstanden werden. Die Novellierung des Präventionsgesetzes muss der Verhältnisprävention neue Impulse geben, um die Chancen auf Gesundheit und Teilhabe für alle zu vergrößern.

Vulnerable Gruppen beachten

Lebenslagenbezogene Präventionsleistungen müssen deutlicher, als dies bisher geschieht, auf die Lebenssituation von besonders vulnerablen Gruppen ausgerichtet werden. So richtig es ist, dass gelungene Präventionsprojekte in die Breite gebracht werden, so wichtig ist es doch auch, dass Maßnahmen, die nur auf kleinere Bevölkerungsgruppen bezogen sind, dennoch mit ihnen zusammen entwickelt werden.

Lebenslagenbezogene Prävention darf sich nicht nur auf Settings beschränken, die formale Organisationen sind. Auch über das Setting Wohnquartier bzw. die Kommune können Personengruppen erreicht werden, zu denen sonst kein Zugang gewonnen werden kann.

Lebenslagenbezogene Prävention sollte sich auch an Menschen wenden, die (chronisch) krank oder behindert sind, aber von Prävention und Gesundheitsförderung 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 und Akteure vor Ort auszumachen. Dies verlangt von den Akteuren vor Ort, die Prävention unterstützen – auch finanziell – Offenheit und Flexibilität; auch der Leitfaden Prävention der GKV muss das ermöglichen.

Partizipation der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur mit den Personen zusammen zu verwirklichen, um deren Gesundheit es geht – auch, weil die lebenslagenbezogene Prävention auf mehr Teilhabe und Selbstbestimmung zielt. In der Praxis jedoch ist festzustellen, dass – sowohl in der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch in den »Lebenswelten« – die Beteiligung der Betroffenen nicht die Regel ist. Organisationsinteressen und Anliegen von betroffenen Personen decken sich nicht von selbst. In Zukunft sollten präventive Interventionen an das Kriterium der Partizipation geknüpft werden; es ist nicht umsonst eines der zwölf Qualitätskriterien »guter Praxis« des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Deshalb sind in Prävention und Gesundheitsförderung die betroffenen Personen bzw. ihre Vertreter:innen in die Entwicklung, Durchführung und Evaluation einzubeziehen. Interventionen, die Selbstbestimmung und Befähigung unterstützen sind eher zu fördern, als solche, die diesen Kriterien nicht genügen.

Projekte ermöglichen – Prävention verstetigen

Ein Problem, das durch die Novellierung des Präventionsgesetzes in der Sicht vieler Akteure der Zivilgesellschaft gelöst werden sollte, betrifft die oftmals als »Projektitis« bezeichnete Praxis der zeitlich begrenzten Förderung von (Klein-)Projekten einschließlich einem pseudoinnovativem Zwang, ständig neue Projekte zu erfinden.

Für die Diakonie Deutschland kommt es darauf an zu unterscheiden zwischen präventiven Interventionen, die etwas erproben und den präventiven 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 im Kontext der Präventionsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Aufgabe der Krankenkassen und des zu schaffenden Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit wäre es, neue Interventionen in Projektform zu tragen. Auf der Grundlage der Präventionsberichterstattung ist es die politische Aufgabe der Länder, der Kommunen und des Bundes (unterstützt durch die Krankenkassen) erfolgreiche Projekte auf Dauer zu stellen.

Prävention inklusiv ausrichten

Prävention mit Menschen mit Behinderungen ist derzeit ein randständiges Thema. Dies ist nicht kompatibel mit der Lebensrealität von Menschen mit Behinderungen, dem Inklusionsgebot der UN-BRK und dem SGB IX. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind folgende Aspekte bei der Fortentwicklung der Prävention zu beachten:

Alle präventiven Angebote sind danach zu befragen, ob sie inklusiv ausgerichtet sind; verhaltenspräventive Angebote sind auch auf die Bedarfe der in sich hoch differenzierten Gruppen der Menschen mit Behinderung auszurichten; verhältnispräventive Maßnahmen sollten die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen gestalten, dies gilt auch für die betriebliche Prävention (etwa in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen); in Modellprojekten sind lebenslagenbezogene Präventionsmaßnahmen zu erproben und zu evaluieren. Kommunikation und Kampagnen sind inklusiv zu gestalten. Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände sind an der Konzeption von Präventionsmaßnahmen zu beteiligen.

Beratungsarbeit sichern

Vor allem Menschen mit multiplen Problemen sind auf eine gut aufgestellte Beratungsstruktur im Sozialraum angewiesen. Aus sehr nachvollziehbaren Gründen wird die ausgesprochen hohe Komplexität des Sozialsystems beklagt: viele Menschen erfahren das Gesundheits- und Sozialsystem als Dschungel. In politischer und fachlicher Hinsicht besteht aus Sicht der Diakonie im komplexen System der gesundheitlichen und sozialen Leistungen eine Bringschuld, um Menschen Leistungen zugänglich zu machen. Beratungsstellen nehmen dabei eine wichtige Rolle ein. Zugleich stehen viele Beratungsstellen massiv unter wirtschaftlichem Druck. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist es eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, zusammen mit der Sozialversicherungen und in Kooperation mit gemeinnützigen Trägern eine vielfältige sozialräumlich verankerte Beratungsstruktur vorzuhalten.

Mit der Novellierung des Präventionsgesetzes kann ein Beitrag dazu geleistet werden: Die Diakonie schlägt (wie es die BAGFW bereits im Jahr 2018 formuliert hat) vor, dass in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen über die Sicherung und Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur gesundheitlichen und psychosozialen Beratung, insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen, gemacht werden.

Auch das Vorhaben der Bundesregierung, Gesundheitskioske zu etablieren, kann die sozialräumliche Beratungslandschaft zum Besseren verändern, denn die Gesundheitskioske sollen auch präventive Aufgaben (z.B. in der Entwicklung der Gesundheitskompetenz), der Beratung und der Fallbegleitung wahrnehmen oder sie vermitteln.

Davon ungeachtet bleiben die Verpflichtungen von Sozialversicherungen und anderen öffentlichen Stellen, die Rechtsansprüche von Versicherten bzw. Bürgerinnen und Bür-

gern auf Beratung zu sichern.

Prävention sozialräumlich orientieren

Im Sozialraum drückt sich gesundheitliche und soziale Ungleichheit räumlich aus. In dieser Hinsicht ist der Sozialraum eine Dimension »eigenen Rechts«, denn seine Ausgestaltung ist eine wichtige soziale Determinante von Gesundheit. Prävention findet im Sozialraum statt und kann den Sozialraum gesundheitsförderlich gestalten. Dabei geht es um die gesundheitsförderliche Gestaltung u.a. von Wohnen und Verkehr, von Freizeit-, Bewegungs- und Begegnungsmöglichkeiten. Auch die Bewältigung des Klimawandels hat eine starke sozialräumliche Dimension. Da Prävention partizipativ zu gestalten ist, sind vor Ort, im Sozialraum, Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen. Sozialräumliche Prävention ist eine Frage der kommunalen Demokratie.

Der Sozialraum der Ort, in dem Präventionsketten institutionalisiert sind. Sie können auch in sozialräumlich ausgerichteten Versorgungsverbänden integriert sein, zu nennen ist z.B. der präventive Hausbesuch, auf den unten eingegangen wird. Viele diakonische Einrichtungen und Dienste sind eng mit dem Sozialraum verwoben, leicht zugänglich und mit der Lebenswelt ihrer Nutzer:innen vertraut; sie arbeiten bereits in Verbänden und reflektieren ihre Rolle in den Versorgungsprozessen. Projekte der Gesundheitsförderung im Quartier bzw. der Kommune nehmen eine Brückenfunktion zwischen Politik, Gesundheit und der Bewältigung sozialer Problemlagen wahr.

Neben den fachlichen Fragen der Gestaltung von Prävention und Versorgung nehmen die Diakonischen Werke in den Ländern und Regionen politische Aufgaben der Gestaltung von Versorgungsstrukturen wahr. Dies ist deshalb zu betonen, weil Prävention im Sozialraum im als auch die präventiv ausgerichtete Gestaltung des Sozialraums eine Querschnittsaufgabe mehrerer Leistungsträger, -erbringer und weiterer Akteure ist, die sich verpflichten, eine sektorenübergreifende Kooperation auf der Grundlage einer sozialräumlich ausgerichteten Gesundheits- und Sozialberichterstattung einzugehen.

ZUR STEUERUNG DER LEBENS- LAGENBEZOGENEN PRÄVENTION

Steuerung der lebenslagenbezogenen Prävention neu arrangieren – Zivilgesellschaft einbeziehen

Das institutionelle Arrangement zur Steuerung der lebenslagenbezogenen Prävention 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 einseitige Ausrichtung auf die Krankenkassen, die geringe Verbindlichkeit der Vereinbarungen, die sehr schwache Rolle des Bundes und einseitige Finanzierungsregelungen (zu Lasten der Krankenkassen).

Bundesweite Präventionsstrategie und Präventionskonferenz zur 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 Vertreter von Sozialversicherungen (plus die PKV) 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 »nationale 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, der Sozialversicherung und der Zivilgesellschaft zusammensetzt. Angesiedelt werden könnte die Bundeskonferenz beim neu zu schaffenden Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit.

Die Bundeskonferenz übernimmt die Formulierung von Bundesrahmenempfehlungen, zu der sich Bund, Länder und Sozialversicherungszweige vereinbaren. Um die Bundesrahmenempfehlungen inhaltlich substantieller 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. Deshalb macht es Sinn, den Kooperationsverbund »gesundheitsziele.de« in den Prozess einzubinden.

Vertreter der Zivilgesellschaft, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, denen bislang die Bundesrahmenempfehlungen lediglich nach ihrer Verabschiedung zur Kenntnis gegeben wird, werden in Zukunft an den Beratungen und an der Erarbeitung beteiligt; ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Werden in einem anschließenden Stellungsnahmeverfahren ihre Anliegen nicht aufgenommen, dann ist dies zu begründen.

Nach geltendem Recht ist das Präventionsforum Ort des Austauschs mit der Zivilgesellschaft. Das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V hat die Aufgabe, die Nationale Präventionskonferenz (NPK) zu beraten. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg), die ihrerseits präventionsfachliche und -politische Positionen entwickelt, mit der Durchführung und übernimmt die Kosten. Anstelle eines offenen und von der Zivilgesellschaft getragenen Austauschs handelt es sich de facto um eine punktuelle Arbeitstagung, zu der die Zivilgesellschaft eingeladen wird. Das Präventionsforum ist nicht als zivilgesellschaftliches Forum erkennbar. Mediatisiert durch die BVPg sind die Anliegen der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und anderer zivilgesellschaftlicher Kräfte nicht deutlich zu artikulieren.

An die Stelle des Präventionsforums sollte ein beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit angesiedelter, aber unabhängig arbeitender und mit Geschäftsstelle und Ressourcen ausgestatteter Präventionsbeirat treten, der die Aufgabe erhält, den zivilgesellschaftlichen Austausch zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen zu gestalten.

Präventions- und Gesundheitsberichterstattung

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 Berichtserstellung nicht bei der »Nationalen Präventionskonferenz« liegen. Der Schwerpunkt des Berichts liegt derzeit 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 diese Aufgaben in Zukunft beim Robert Koch-Institut liegen. In inhaltlicher Hinsicht sollte der Bericht die lebenslagenbezogene Prävention mit der Gesundheitsberichterstattung verbinden.

Hinsichtlich der Evaluation sollten wissenschaftliche Formate genutzt werden, durch die die Leistungserbringer und Nutzerinnen und Nutzer der sozialen Prävention einbezogen werden; dadurch können Probleme besser wahrgenommen und Lernprozesse angeregt werden.

Kassenübergreifendes und gemeinsame Handeln sichern und Rolle des Bundes stärken

Bereits im Gesetzgebungsverfahren ist die Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Präventionsgeschehen durchgängig auf Kritik gestoßen. Die (oben skizzierte) Beauftragungskonstruktion wurde vom Bundessozialgericht bekanntlich als rechtswidrig erklärt. Der mit der Regelung verbundene Sinn, die lebensweltbezogenen Prävention aus dem Wettbewerb der Krankenkassen zu lösen, muss anders geregelt werden. In der Praxis förderte die Bundeszentrale das GKV-Bündnis für Gesundheit – aus den Mitteln der GKV.

Eine parlamentarische Initiative zur Änderungen des § 20 a Abs. 3 und 4 SGB V sieht stattdessen vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen in den Ländern Arbeitsgemeinschaften bilden, die die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben, insbesondere zur gemeinsamen Förderung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen unterstützen. Die Höhe der dafür auszubehenden Beiträge entspricht der Summe, die die Krankenkassen nach den alten Regelungen der BZgA zukommen lassen sollten. Die GKV unterstützt die Arbeitsgemeinschaften u.a. durch Festlegung gemeinsamer und kassenartenübergreifender Handlungsfelder und Schwerpunktsetzungen, die Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit.

Die Diakonie regt folgende weitergehende Änderungen an:

- In § 20a SGB V heißt es bislang »Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen«; und in § 5 SGB XI heißt es: »Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen«.
- In Zukunft sollten die Krankenkassen (und Pflegekassen) unzweideutig zu gemeinsamem und kassenübergreifendem Handeln verpflichtet werden.
- Die gesamten (in § 20 SGB V) vorgesehen Mittel für lebensweltbezogene Prävention sind den Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung zu stellen, um dieses Handlungsfeld auch in finanzieller Hinsicht dem Wettbewerb zu entziehen.
- Eine Refinanzierung der Leistungen der sozialen Prävention der gesetzlichen Krankenkassen durch den Bund unterstützt das gemeinschaftliche Handeln.
- Es ist ein mit Vertreter:innen der Zivilgesellschaft besetzter Beirat einzurichten, der den GKV-Spitzenverband und die Arbeitsgemeinschaften berät.
- Mit der wissenschaftliche Begleitung ist das Robert Koch-Instituts zu versehen, das die Aufgabe in einen breiteren wissenschaftlichen Auftrag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes einbettet (siehe die Ausführungen oben).

Das Anliegen der Koalitionsparteien, die BZgA durch ein Bundeinstitut für Öffentliche Gesundheit zu ersetzen, sollte mit einer klaren Aufgabenzuweisung verbunden werden:

- die Ko-Entwicklung und Förderung von Modellprojekten
- die Entwicklung einer partizipativ ausgerichteten Qualitätsentwicklung, gemeinsam mit der Zivilgesellschaft einschließlich den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege
- die fachliche Unterstützung der Bundeskonferenz Prävention und des Präventionsbeirats, die beim Institut angesiedelt werden

- die Beauftragung von gesundheitswissenschaftlicher Forschung
- die Kooperation mit dem RKI in Fragen der Präventionsberichterstattung sowie
- die Durchführung bundesweiter Kampagnen.

Die Aktivitäten sind als Beitrag des Bundes in die Strategie der Bundeskonferenz Prävention einzubetten. Die Zivilgesellschaft ist eng einzubeziehen.

Leitfaden Prävention der GKV – Zivilgesellschaft beteiligen

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

Die Diakonie Deutschland plädiert dafür, dass die Freie Wohlfahrtspflege im o.g. Beirat beteiligt wird.

Sie spricht sich dafür aus, dass in 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, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Selbsthilfe. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen.

Finanzierung

Da Prävention eine, wie es formelhaft oft heißt, »gesamtgemeinschaftliche Aufgabe« ist, ist eine Mehrzahl von Trägern an ihrer Finanzierung zu beteiligen. Die Diakonie hat schon früh gegen die Illusion argumentiert, ein Präventionsgesetz entlaste Präventionsakteure von den Finanzierungsleistungen zulasten anderer Träger, vor allem der GKV. Die derzeitigen Bestimmungen beteiligen den Bund (und die Länder) nicht angemessen an den Kosten für die Prävention. Der Wettbewerb der Krankenkassen hemmt gemeinschaftliches, krankenkassenübergreifendes Handeln. Die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung muss auf breitere Schultern gestellt und neu gewichtet werden:

Bund

Der Bund ist in Zukunft über die Aufgaben, die er mit dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit übernimmt, – und über die Aufgaben des RKI – an der Finanzierung zu beteiligen. Die Verhältnisprävention (in den Lebenswelten) der Krankenkassen ist durch Haushaltsmittel des Bundes zu refinanzieren.

Länder

Die Länder – und nicht die Krankenkassen – sollten dafür in die Pflicht genommen werden, die Kooperationsplattformen für die lebenslagenbezogene Prävention in ihren Ländern zu finanzieren. Sie finanzieren selbstverständlich weitere Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung, zu denken ist an den präventiven Hausbesuch.

Kranken- und Pflegekassen

Die Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen für die lebenslagenbezogene Prävention werden durch den Bund refinanziert. Dadurch wird sowohl die Kompetenz der Kranken- und Pflegeversicherung genutzt als auch das gemeinschaftliche Handeln kassenübergreifend gefördert.

Pflegeversicherung

Da die Pflegeversicherung Teilleistungscharakter hat, ist es nicht angemessen, dass ihr Aufgaben zukommen, die in anderen »Lebenswelten« den Krankenkassen zuge-

ordnet 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).

Privaten Krankenkassen

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

Die regionalen Öffentlichen Gesundheitsdienste stärken

Die lebenslagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung gehört zum Leitbild eines dem Health in All Policies – Ansatz verpflichteten regionalen öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). In den präventionsgesetzlichen Bestimmungen auf Bundesebene führt der ÖGD dagegen ein Schattendasein. Dies ist vor dem Hintergrund der föderalen Struktur verständlich, der Sache nach aber irritierend, denn die Verwirklichung bundesweiter und regionaler Präventionsziele ist in den Kommunen ohne den ÖGD kaum denkbar.

Da lebenslagenbezogene Prävention sozialleistungsträgerübergreifend im Sozialraum gestaltet werden muss, braucht es verbindliche Vereinbarungen, Koordination und Moderation. In den Ländern und Kommunen kann dies der ÖGD leisten. In § 20f (Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie) SGB V ist die Moderations- und Koordinierungsaufgabe des ÖGD als Inhalt der Verträge aufzunehmen. Diese Aufgabe ist einzubetten in einen umfassenderen regionalen Ansatz der Gesundheitsberichterstattung und Bedarfserhebung, der kooperativen Strategieentwicklung und Bestimmung prioritärer Handlungsfelder, wie er sich in integrierten kommunalen Strategien schon bewährt hat.

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.

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. Dazu sind die auf Bundesebene zu etablierenden Regelungen auch auf Landesebene einzuführen: Vertreter der Zivilgesellschaft, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Selbsthilfe werden an den Beratungen und an der Erarbeitung der Landesrahmempfehlungen beteiligt; ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Werden in einem anschließenden Stellungnahmeverfahren ihre Anliegen nicht aufgenommen, dann ist dies zu begründen.

Damit den Worten der Vereinbarungen auch tatsächlich leistungsträgerübergreifend Taten folgen, sind in den Ländern Beirats- und Arbeitsstrukturen zu schaffen, in die die Zivilgesellschaft und ihre Verbände einbezogen werden.

IMPULSE ZU EINZELNEN HANDLUNGSFELDERN

Im Folgenden werden ausgewählte diakonische Handlungsfelder in präventiver Hinsicht erörtert.

Prävention mit pflegenden Angehörigen

Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige gilt der Grundsatz »ambulant vor stationär« nicht; bei stationären medizinischen Vorsorgeleistungen (nach § 23 Absatz 4 SGB V) jedoch gilt er. Dies ist nicht damit vereinbar, dass bei der Vorsorge die »besonderen Belange pflegender Angehöriger« (§ 23 Abs. 5 SGB V) zu berücksichtigen sind. Auch für pflegende Angehörige muss nachvollzogen werden, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter sowohl für die stationäre Vorsorge als auch für die stationäre Rehabilitation geregelt und in ähnlich belastender Alltagssituation begründet ist.

Die Kapazitäten für Vorsorge und Rehabilitation mit pflegenden Angehörigen sind deutlich auszubauen. Dazu ist es notwendig, dass nicht nur Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzepte für unterschiedliche Personengruppen bzw. Fallkonstellationen erarbeitet werden, sondern Bund und Krankenkassen durch ein Investitionsprogramm die Schaffung neuer Angebote der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation refinanzieren. 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 SGB V. 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 und Gesundheitsförderung in den (stationären) Pflegeeinrichtungen nach SGB XI

Erhebliche Probleme bestehen in der Umsetzung von Prävention nach § 5 SGB XI. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind folgende Anliegen zu formulieren:

- Präventive Leistungen müssen in Zukunft auch durch ambulante Dienste erbracht und refinanziert werden können. Wir schlagen vor, dass sich die Krankenkassen und die Verbände der Pflege-Leistungserbringer dazu auf einen gemeinsamen und einheitlichen Rahmenvertrag zu verständigen haben.
- 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, um ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen der Pflegekassen – wie auch sonst im SGB XI üblich – zu realisieren. Außerdem muss es einen Kontrahierungszwang der Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen und -diensten geben.
- Der Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, der ohne Beteiligung der Zivilgesellschaft bzw. der Leistungserbringer entwickelt wurde, ist in Zukunft rechtlich verbindlich gemeinsam und auch für die ambulanten Dienste zu entwickeln.

Betriebliche Prävention

Mit dem Präventionsgesetz (und nachfolgenden Gesetzen) wurde das Anliegen verfolgt, die betriebliche Gesundheitsförderung der Krankenkassen zu stärken und sie deutlicher auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auszurichten, sie stärker mit dem Arbeitsschutz zu verflechten und kleine und mittelständische Unternehmen einzubeziehen.

Präventive (und med. - rehabilitative) Leistungen für Beschäftigte erbringen Krankenkassen, die Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Abschlussbericht über die Evaluation des Modellvorhabens »Gesunde Arbeit Hamburg« hat gezeigt, dass zwischen den Sozialversicherungsträgern Elemente der Intransparenz, mangelnder Kommunikation und Abstimmung bestehen. Die Präventions- und Rehabilitationsangebote sind zudem weder bei den Arbeitgebern noch den Beschäftigten oder den Verantwortlichen für Arbeitssicherheit und betrieblichen Gesundheitsschutz durchgängig bekannt. Jeder der drei Sozialversicherungszweige hat jedoch Stärken im Zugang zu Betrieben und Versicherten.

Die Diakonie Deutschland regt an, die Informations- Beratungs- und Unterstützungsstruktur für die Unternehmen und die Beschäftigten zu verzahnen. 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, gesenkt werden.

Es wird vorgeschlagen:

- die bestehende (virtuelle) Koordinierungsstelle der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, in dem auch auf die präventiven Angebote der Unfallversicherung und der Rentenversicherung hingewiesen wird. Ebenso ist die Vernetzung mit der betrieblichen Suchtprävention zu leisten.
- Ein präventionsträgerübergreifendes Fallmanagement ist für die Beschäftigten zu etablieren, um einerseits Chronifizierungen frühzeitig entgegenzutreten und andererseits den Betrieben umfassende Beratung und Information zukommen zu lassen.
- Wir machen darauf aufmerksam, dass eine Hürde in der Umsetzung von betrieblichem Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung, zu der sich im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege verpflichtet haben, darin besteht, dass in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen für die Pflegeeinrichtungen ermöglichende Bedingungen nicht vereinbart werden konnten:
- Die Berücksichtigung von Leitungs- und Führungsaufgaben, einschließlich betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in den Personalanzahlzahlen bzw. in der Vergütungskalkulation.
- Die Berücksichtigung und Refinanzierung der personellen und sächlichen Ressourcen für den Arbeitsschutz, einschließlich der Gefährdungsbeurteilung bei der Personalausstattung.
- Die Gewähr, dass in den Pflegeeinrichtungen die Beschäftigten die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung während der Arbeitszeit wahrnehmen können und dies auch in den Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen anerkannt wird.

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 FASD bei Kindern aus suchtbelasteten Familien oder hinsichtlich der Schnittstelle zur Gewalt- bzw. Unfallprävention. In der föderalen Struktur und im gegliederten Sozialsystem ist Suchtprävention eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe und damit zugleich durch Teilzuständigkeiten gekennzeichnet. Umso wichtiger ist es, dass auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene Transparenz hinsichtlich der Ziele, Programme, Akteure und der Finanzierung besteht.

Die Suchtpolitik verzichtet bislang darauf, die Verfügbarkeit von Tabak und Alkohol durch Preisgestaltung und durch umfassende Werbeverbote entschiedener einzuschränken. Die Diakonie Deutschland setzt sich für diese verhältnispräventiven Schritte ein.

In den Ländern und Kommunen ist auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung ein abgestimmtes Vorgehen der Akteure in der Suchtprävention zu vereinbaren. Dem ÖGD kommen dabei wichtige Koordinierungsaufgaben zu. Unerlässlich ist es, dass die Suchtprävention als flächendeckend vorgehaltene gesundheitsbezogene Leistung dauerhaft und verlässlich durch die öffentliche Hand, die Sozialversicherung (und die PKV) regelfinanziert wird.

Ein wichtiges Element der Suchtprävention ist die Arbeit der Präventionsfachkräfte, die vor allem in den Diensten der Wohlfahrtsverbände tätig sind. Ihre Tätigkeit ist verbindlich zu refinanzieren. Die Aufgaben der Suchtberatung, zu denen auch Prävention gehört, sind als kommunale Pflichtaufgabe zu verankern. Dies gilt umso mehr angesichts der anstehenden Regelung zur kontrollierten Abgabe von Cannabis, die dazu führen könnte, dass die Risiken des Konsums, gerade auch von Jugendlichen, verkannt werden.

Prävention mit Kindern, Jugendlichen und Familien

In der Prävention und Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen wurden in den letzten Jahren zahlreiche Interventionen unterschiedlicher Leistungsträger entwickelt.

Für die Diakonie Deutschland sind folgende Anliegen besonders wichtig:

- 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 der Grundlage einer soziallagen- und sozialraumorientierten Gesundheitsberichterstattung auf gemeinsame Programme zur Gestaltung der regionalen Präventionsketten in den Bundesrahmenempfehlungen und in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V verständigen. Dies gilt auch für gemeinsame Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken bzw. suchtkranken Eltern. Über primär- und sekundärpräventive Programme hinaus hat die Diakonie Deutschland an anderer Stelle für Personengruppen mit komplexen Bedarfslagen einen Anspruch auf sektorenübergreifende Fallberatung und -begleitung und u.U. sektorenübergreifende Fallkonferenzen gefordert (Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018. Berlin). Die kooperative Verantwortungsübernahme der Träger präventiver Leistungen in einem Sozialraum kann ein Beitrag dazu sein, die von den EU-Staaten formulierten Ziele der sozialen Inklusion zu realisieren »Eine verstärkte Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den Diensten auf verschiedenen Ebenen gewährleistet eine wirksame Prävention und unterstützt die soziale Inklusion von Kindern« (EMPFEHLUNG (EU) 2021/1004 DES RATES vom 14.Juni 2021 zur

Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, Ziffer 26).

- 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.
- Vielfach bewährt, jedoch nicht durchgängig verfügbar, sind »Babylotsen- Programme«, die rund um die Geburt vor allem durch eine Lotsenfunktion 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 Jugendliche (nach § 26 SGB V), bei Fragen zur Mutter-Vater-Kind-Beziehung oder bei Suchtproblemen der Eltern. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind diese Dienste, da leistungsträgerübergreifend im Sozialraum situiert, durch die Länder vorzuhalten und zu finanzieren.
- Viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen müssen endlich auf regelfinanzierte Beine gestellt werden. Das trifft auf viele bislang projektformig finanzierte Leistungen zu, die etwa zur Prävention von psychischen Störungen bzw. Suchterkrankungen von Kindern psychisch kranker bzw. suchtkranker Eltern beitragen.
- Viele präventive Leistungen – auch die oben erwähnten – können nur gelingen, wenn sie familienorientiert sind, d.h. die Familie als soziales System sowie ihre soziale Lage in den Blick nehmen. Eine Lehre aus der Corona-Pandemie ist, dass insbesondere Familien, bei denen sich Probleme bündeln (z.B. dadurch, dass ein Angehöriger chronisch krank ist und das Haushaltseinkommen gering), überfordert sein können. Für die Präventionsketten in einem Sozialraum stellt sich die Aufgabe, Information und Beratung, die Entwicklung von Gesundheitskompetenz und Erschließung von präventiven und weiteren Leistungen auf sie auszurichten und Zugänge zu ihnen zu entwickeln. Ein Weg kann mit der Bündelung von Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger verfolgt werden.
- Schließlich ist sicherzustellen, dass auch die Arbeit in und mit Netzwerken refinanziert wird. Die ist auch eine Konsequenz der sozialräumlichen Ausrichtung der präventiven Praxis.

Prävention psychischer Krisen und Förderung seelischer Gesundheit

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen Bindungen, Sicherheit und Vertrauen in ihrem Leben erfahren, ihre Begabungen entfalten und selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilnehmen und teilhaben können. Sowohl vor dem Hintergrund der hohen und seit Jahren steigenden Anzahl von Krankheitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen, der steigenden Zahl psychisch bedingter Frühverrentungen als auch angesichts der enormen psychischen Belastungen, die insbesondere in den letzten zwei Jahren, viele Menschen erfahren haben, ist eine größere Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit geboten.

Vor allem ist der auch für psychische Erkrankungen deutlich belegte Zusammenhang zwischen Erkrankung, Armut und prekären und bedrohten Lebensverhältnissen bzw. sozialer Exklusion bei den Präventionsanstrengungen stärker in den Blick zu nehmen. Die bislang auch in der Prävention psychischer Krankheiten dominierenden verhalten-spräventiven Ansätze werden dem nicht gerecht.

Zugleich müssen Präventionspolitik und -praxis sich 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 Entschei-

dungsfreiheit und Selbstbestimmung. Ein Weg diesen Problemen zu begegnen, ist eine partizipativ ausgerichtete Prävention.

In der Koalitionsvereinbarung haben sich die Parteien auf bundesweite Aufklärungskampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen verständigt, was die Diakonie Deutschland ausdrücklich begrüßt und lange gefordert hat. Dieses Vorhaben sollte zügig umgesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Kampagnen lebenslagenorientiert und zusammen mit den professionellen Praktikern und der Selbsthilfe entwickelt wird. Um Kampagnen erfolgreich zu gestalten (und Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht zu stigmatisieren oder alltägliche menschliche Empfindungen zu pathologisieren), ist der aktuelle Forschungsstand vor der Umsetzung der Kampagnen zu beachten.

In der Praxis haben sich die Stigma-Prävention und Recovery-Ansätze bewährt, die von Expertinnen und Experten in eigener Sache mitkonzeptionalisiert, geplant und durchgeführt werden. Dies bestätigen auch vorliegende Forschungsergebnisse. In der Stigma-Prävention haben sich in unterschiedlichsten Settings (verschiedenste Schultypen, Betriebe, Polizei etc.) Seminare und Projekte unter Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen unter den Überschriften »Es ist normal verschieden zu sein« oder »Verrückt? Na und!« als erfolgreich gezeigt. 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.

Im Rahmen von Recovery-Ansätzen³ gibt es inzwischen vielfältige Bildungs- und Weiterbildungsangebote von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatrieerfahrene, die Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleitern und insbesondere die Idee der Recovery-Colleges, in denen Psychiatrieerfahrene ihr Erfahrungswissen als Bildungsangebot anderen zur Verfügung stellen. Diese Ansätze sollten systematisch gefördert werden. Um die Gesellschaft für psychische Krisen zu sensibilisieren und Offenheit sowie Verständnis und Toleranz zu unterstützen, schlägt die Diakonie Deutschland darüber hinaus die Förderung niedrigschwelliger Bildungsangebote wie z.B. Mental Health First Aid Kurse durch freie Träger vor.

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 regelhaft zu verankern sind. Sie sind im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge und in Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern zu refinanzieren. Diese Präventionsfachkräfte können auch Psychiatrieerfahrene mit entsprechender Weiterbildung sein.

Die Integration von Präventionskonzepten in die lebenswelt- und sozialraumorientierten gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen sollte die Behandlung (bzw. die Versorgungsstrukturen) bereichern und erfahrungsbasierte Behandlungskompetenzen sollten in die präventive Arbeit einfließen.

Public Health-Forschung

Die Praxis der lebenslagenbezogenen Prävention ist auf eine Public Health-Forschung angewiesen, die die komplexen Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Lage, die Ursachen, wie auch die Möglichkeiten der Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit – auch durch lebenslagenbezogene Primärprävention – aufklärt. Die Public Health bezogene Forschungspolitik sollte deshalb so ausgerichtet sein, dass neben den medizinischen Aspekten auch die lebenslagenbezogenen Dimensionen

³ Recovery meint, dass Betroffene von schwerwiegenden psychischen Erkrankungen beginnen, öffentlich über ihre Erfahrungen zu sprechen. So werden persönliche Entwicklung und Genesung durch die Integration der psychischen Erkrankung in das Selbstbild und die eigene Biographie ermöglicht. Zentral ist die Orientierung an dem eigenen Sinn, den Betroffenen in ihrem Leben und der Erkrankung suchen und finden können.

von Gesundheit und Teilhabe mit dem breiten Spektrum sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen und Methoden bearbeitet wird. Damit verbunden sind praktisch relevante Fragen nach den Erfolgsbedingungen der gesundheitsförderlichen Gestaltung von unterschiedlichen Settings und der Partizipation der betroffenen Personengruppen.

Präventiver Hausbesuch für ältere Menschen

Der präventive Hausbesuch ist ein freiwilliges niedrigschwelliges und aufsuchendes Angebot der Information, Beratung, Anleitung und Leistungerschließung für alle älteren Menschen (75+), das dazu dienen soll, dass dieser Personenkreis auch bei eingeschränkter Selbständigkeit möglichst selbstbestimmt am sozialen Leben teilhaben kann. Durch den Präventiven Hausbesuch kann Handlungsbedarf in Gesundheit, Pflege und Teilhabe identifiziert werden. In Modellprojekten hat sich der präventive Hausbesuch als Brücke zwischen und als Wegweiser im »Dschungel« der Leistungssektoren, in diesem Sinne als sektorenübergreifendes Angebot, bewährt. Er ist ausdrücklich als Angebot aufgestellt, das im Sozialraum verankert ist. Die Diakonie spricht sich dafür aus, dass

- sich Bund, Länder, Kommunen und die gesetzliche Krankenversicherung zusammen mit Expert:innen und den Vertreter:innen der Zivilgesellschaft, einschließlich der Wohlfahrtsverbände auf konzeptionelle Grundzüge des Präventiven Hausbesuchs verständigen.
- der Präventive Hausbesuch als Element der kommunalen Daseinsvorsorge und als Angebot, das u. U. Leistungen unterschiedlicher Träger erschließt, leistungsrechtlich (in § 71) im SGB XII verankert wird; in den Landesrahmenverträgen nach § 20 f können Aussagen dazu gemacht werden, wie er im Land ausgestaltet wird.
- die gemeinwesenorientierte Altenarbeit als kommunale Pflichtaufgabe (mit kommunalem Basisbudget im SGB XII) rechtlich verankert wird, damit in verhältnispräventiver Perspektive der Sozialraum auf die Bedürfnisse von alten Menschen hin gestaltet werden kann.

Prävention mit arbeitslosen Menschen

Nicht nur ist die Gesundheit von arbeitslosen Menschen deutlich schlechter als der von Beschäftigten; ein Teil von ihnen gilt als erwerbsfähig, obwohl sie erhebliche gesundheitliche Beschwerden haben.

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) wurden Aspekte der gegenwärtigen Präventionspraxis kritisch erörtert und ein Strukturmodell entwickelt.

Gelungene Modelle leben von dem Respekt gegenüber den arbeitslosen Menschen, wenn sie mit ihnen gemeinsam oftmals komplexe gesundheitsbezogene Teilhabeeinschränkungen angehen.

Erste Erfahrungen im Rahmen von »rehapro«-Projekten und andere Projekte der Gesundheitsförderung mit arbeitslosen Menschen machen die Bedeutung von einzelfallbezogener Bedarfsklärung, Fallbegleitung, einer sektorenübergreifenden Leistungskoordination, die Verankerung der Angebote und ihre Vernetzung in der Kommune und die Partizipation der Arbeitslosen und ihren Austausch untereinander deutlich.

Im Bürgergeldgesetz hat der Gesetzgeber einige Anliegen der Diakonie aufgenommen: genannt werden sollen die »ganzheitliche Betreuung« (einschließlich Beratung und Leistungerschließung) für Personen mit komplexen Problemlagen sowie die Bestimmung, Feststellungen im Kooperationsplan zu möglichen Leistungen der beruflichen oder medizinischen Rehabilitation zu treffen.

Für die Diakonie Deutschland sind insbesondere folgende Anliegen wichtig:

- Das Zusammenwirken der Akteure in der Kommune ist notwendig, um Leistungen aus unterschiedlichen Rechtskreisen zusammenzuführen (wie kommunale Eingliederungsleistungen, Prävention, medizinische Rehabilitation).
- In den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V ist zu formulieren, wie die Krankenkassen, die Kommunen, die Jobcenter und weitere Leistungsträger untereinander mit Leistungserbringern und der Zivilgesellschaft (z.B. den Verbänden der Wohlfahrtspflege) kooperieren (wollen), um die Gesundheit von Arbeitslosen teilhabeorientiert zu fördern und zu sichern.
- Sozialrechtlich sind die Jobcenter zu verpflichten, frühzeitig Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung einzuleiten (nach § 12 SGB IX).
- Um eine Bedarfe umfassend zu ermitteln, kann ein fachlich unabhängiges Clearing, auch durch externe Dienstleister (z.B. durch gemeinnützige Dienste und Einrichtungen) geboten sein, die bei Bedarf ein präventiv und rehabilitativ ausgerichtetes Assessment sowie das Angebot einer Fallbegleitung, die auch weitere Probleme (etwa: Verschuldung) in den Blick nimmt, einleitet.
- Präventive, kurative und rehabilitative Unterstützungsleistungen sind mit Teilhabe an Arbeit zu verbinden.
- Die Partizipation und Selbstorganisation von Arbeitslosen (etwa im Rahmen von Arbeitslosenzentren) ist zu unterstützen. Dazu wird ein Förderprogramm des Bundes vorgeschlagen.

KONTAKT:

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 652 11-0
www.diakonie.de

Dr. Tomas Steffens, MPH
T +49 30 652 11-1665
tomas.steffens@diakonie.de

März 2023