Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

Status quo, Herausforderungen und Chancen im Kontext des Präventionsgesetzes

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Sozialgesetzbuch V § 20a–f, im Folgenden Präventionsgesetz) ist am 25.07.2015 in Kraft getreten [4]. Pauschal hat der Gesetzgeber jährlich einen Betrag von mindestens 7 € pro gesetzlich Krankenversicherten für drei Leistungsbereiche vorgesehen:

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention,
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten und
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

Damit verdoppelt sich das bisher zur Verfügung stehende Finanzvolumen bei zeitgleicher Stärkung des Lebensweltansatzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung mit jeweils ca. 140 Mio. € pro Jahr. Die Beiträge dieser Ausgabe der Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der Ausgangslage sowie den Chancen, Herausforderungen und Begrenzungen des Präventionsgesetzes für unterschiedliche Lebenswelten mit Stand Frühjahr 2016.

Neben der Erhöhung der jährlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel macht das Präventionsgesetz weitere Vorgaben (z. B. die einer verbindlichen

Strukturbildung). Dieser Prozess dürfte bei den institutionellen Akteuren auf Bundesebene mit Erscheinen der Beiträge vorläufig abgeschlossen sein. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat sich schnell konstituiert und im Februar dieses Jahres die Bundesrahmenempfehlungen (BRP) verabschiedet [3]. Deren Inhalte reichen über bisherige leistungsrechtliche Begrenzungen hinaus und verpflichten neben den gesetzlichen Krankenkassen insbesondere die Unfallversicherungen zu gemeinsamen Handlungsfeldern und Handlungsstrategien bei der Umsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention in den nicht-betrieblichen Lebenswelten und im Betrieb. Ungelöst bleibt bisher die Frage, wie sich die Zivilgesellschaft an diesem Prozess unter eigener Strukturbildung aktiv beteiligen kann. Dazu gehören Akteure, die in Initiativen, Vereinen, Verbänden, Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung), Wissenschaft usw. über die Kompetenz für den Theorie-Praxis-Transfer verfügen und in die Umsetzung von Präventionsaktivitäten einzubeziehen sind. Für diese Zielgruppe sieht das Präventionsgesetz die Mitwirkung über das Präventionsforum vor. Dieses Gremium ist beratendes Mitglied innerhalb der NPK und wurde Anfang September 2016 zum ersten

Mal einberufen. Schwieriger und vom Prozess zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist die Transformation der Bundesrahmenempfehlungen der NPK in 16 Landesrahmenvereinbarungen. Mit diesen Aspekten sowie einer Darstellung zentraler Entwicklungslinien der Präventionsgesetzgebung in Deutschland beschäftigt sich der erste Beitrag des Themenheftes von *Meierjürgen et al.*

Neben der Strukturbildung sowie verbindlichen Verabredungen unter Einbeziehung und Verpflichtung aller gesetzlichen Sozialversicherungsträger gibt es eine weitere Neuerung im Präventionsgesetz, mit der sich das Themenheft im Detail beschäftigt. So heißt es nach Abs. 1 § 20a SGB V zu Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: „Lebenswelten [...] sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Damit ist 30 Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta der Setting- bzw. Lebensweltansatz auf der Ebene eines Bundesgesetzes leistungsrechtlich verpflichtend für die gesetzlichen Krankenkassen verankert worden. Welchen Entwicklungsstand der Settingansatz in

den zurückliegenden Jahrzehnten in der Wissenschaft und Praxis erreicht hat und welche Herausforderungen sich für die Weiterentwicklung dieses Ansatzes in Zukunft ergeben, wird in einem Überblicksbeitrag von *Dadaczynski et al.* diskutiert. Das Ergebnis zeigt, dass es trotz der bereits vielfältig vorliegenden auch internationalen Erfahrungen bislang an einer übergreifenden theoretischen Fundierung dieses Ansatzes sowie auch einer ausreichenden Evidenzbasis mangelt.

Die folgenden vier auf einzelne Lebenswelten bezogenen Beiträge beschäftigen sich mit der Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den Bundesrahmenempfehlungen unter der Zielgruppe „Gesund aufwachsen“ zusammengefasst sind. Die Altersgruppen sind allerdings nicht identisch mit dem gleichnamigen Bundesgesundheitsziel, das auch Bestandteil des Präventionsgesetzes ist. Im Beitrag von *Geene et al.* wird aufgezeigt, dass die Familie keine Lebenswelt im Sinne des Präventionsgesetzes darstellt und dass das Methodenspektrum des organisationsbezogenen Settingansatzes nicht unmittelbar anwendbar ist. Familiäre Gesundheitsförderung bedarf vor dem Hintergrund weiterer gesetzlicher Rahmensetzungen einer stärkeren Verzahnung mit der Kinder- und Jugendhilfe sowie eines eigenständigen, wissenschaftlich begründeten Interventionsansatzes.

Wie dem Präventionsbericht 2015 [2] zu entnehmen ist, stellen die Kindertageseinrichtungen und Schulen die bisher von den gesetzlichen Krankenkassen am meisten fokussierten Settings für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dar. *Geene et al.* untersuchen in ihrem Beitrag zur Gesundheitsförderung im Setting Kita, wie dies zu bewerten ist und welche weiterführenden Möglichkeiten das Präventionsgesetz bietet. Sie plädieren dafür, die bisher quantitativ gute Entwicklung durch Koordination und Qualitätsentwicklung aufzuwerten sowie die feldspezifischen Anforderungen auch an der Schnittstelle zu den Bildungsplänen zu verstärken. *Paulus et al.* fokussieren in dem Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention im

Setting Schule, inwieweit die bisher bereits erprobten Handlungsstrategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Zukunft noch stärker als integraler Bestandteil des Bildungsauftrags der Schulen verankert werden können. *Hartmann et al.* betonen bereits im Titel ihres Beitrags zu den Hochschulen den Zugewinn an Legitimation durch das Präventionsgesetz, das Setting Hochschule unter Einbeziehung aller Statusgruppen zur gesundheitsfördernden Lebenswelt weiterzuentwickeln. Die Gruppe der Studierenden ist mit Bezug zum Lebensweltansatz ausdrücklich im Präventionsgesetz angesprochen.

In Deutschland bisher kaum bekannt, existiert ein von der Weltgesundheitsorganisation international anerkanntes Netzwerk „Healthy prisons“ zur Gesundheitsförderung in Gefängnissen. *Stöver* stellt in seinem Beitrag zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung Gefangener die damit einhergehenden Gesundheitsprobleme vor und thematisiert, wie diesen durch Maßnahmen der Prävention begegnet werden kann. Interventionen in Gefängnissen bzw. Justizvollzugsanstalten erlangen dann besondere Bedeutung, wenn der gesetzliche Präventionsauftrag im Sinne von „(...) Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ (Abs. 1, § 20 SGB V) verwirklicht werden soll.

Nach der Fokussierung auf einzelne Settings erweitern *Trojan et al.* das Blickfeld auf die Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden, in denen die Lebenswelten verankert sind. Die kommunale Gesundheitsförderung bildete bereits einen Gegenstand des Leistungskatalogs, der im Leitfaden Prävention [1] festgehalten ist. Es wird ein breites Spektrum an Projekten und Initiativen sowie deren Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene vorgestellt. Eine Problematik besteht darin, dass die gesetzlichen Krankenkassen im engeren Sinne nicht zu den kommunalen Akteuren gehören und dem kommunalen Gesundheitsmanagement die finanziellen Mittel, eine entsprechende Infrastruktur und das Personal fehlen. Dieser Aspekt wird in dem Beitrag von *Szagan et al.*

vertieft und die Umsetzung und Perspektiven des Präventionsgesetzes aus Sicht des weitgehend landesgesetzlich geregelten öffentlichen Gesundheitsdienstes analysiert. In der regionalen Ausgestaltung bleibt das Präventionsgesetz äußerst vage, sodass es auf die Landesrahmenvereinbarungen ankommen wird, welche Rolle dem ÖGD in Zukunft z. B. bei der Koordinierung oder kommunalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zukommen wird.

Das Schwerpunktheft schließt mit Impulsen für die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb von der Autorengruppe *Pieck et al.* ab. Hier werden die Chancen v. a. in dem Gebot der systematischen Weiterentwicklung der Vorgehensweisen und Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb gesehen. Das Präventionsgesetz unterscheidet leistungrechtlich zwischen der sog. nicht-betrieblichen Lebenswelt und betrieblicher Gesundheitsförderung. In den meisten Lebenswelten gibt es auch Beschäftigte, so dass hier von Seiten des Gesetzgebers eine künstliche Trennung vorgenommen wurde. Es wird daher eine stetige Herausforderung bleiben, alle drei Leistungsbereiche zur Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen in Kooperation mit den anderen Sozialversicherungsträgern unter dem Dach der jeweiligen Lebenswelt umzusetzen.

Für die Realisierung des vorliegenden Schwerpunktheftes gilt unser herzlicher Dank der Redaktion in Dresden namentlich Frau Hörger, den 26 Kolleginnen und Kollegen, die sich auf unser Konzept und Vorhaben zur Erstellung eines Beitrags für das Schwerpunktheft eingelassen haben sowie den Gutachterinnen und Gutachtern, die das Ergebnis kritisch zu bewerten hatten. Mit dem Schwerpunktheft zur Umsetzung des Präventionsgesetzes ist es gelungen, für fast jede relevante Lebenswelt in Deutschland einen Beitrag präsentieren zu können, der den gegenwärtigen Entwicklungsstand abbildet.

T. Hartmann

K. Baumgarten

K. Dadaczynski

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Hartmann

Fachbereich Soziale Arbeit,
Gesundheit und Medien,
Hochschule Magdeburg-
Stendal, Standort Magdeburg
Breitscheidstr. 2, 39114 Mag-
deburg, Deutschland
thomas.hartmann@
hs-magdeburg.de

Prof. Dr. K. Baumgarten

Fachbereich Soziale Arbeit,
Gesundheit und Medien,
Hochschule Magdeburg-
Stendal, Standort Magdeburg
Breitscheidstr. 2, 39114 Mag-
deburg, Deutschland
kerstin.baumgarten@
hs-magdeburg.de

Dr. K. Dadaczynski

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
(BZgA)
Maarweg 149–161,
50825 Köln, Deutschland
kevin.dadaczynski@bzga.de

Interessenkonflikt. T. Hartmann, K. Baumgarten und K. Dadaczynski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gesetzliche Krankenkassen Spitzenverband Bund (GKV-SV) (2014) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2016

2. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Gesetzlichen Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2015) Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2014, Essen. Unter: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2015_GKV_MDS_Praeventionsbericht-2.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2016
3. Nationale Präventionskonferenz (NPK) (Hrsg) (2016) Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19.02.2016. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemittelungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf. Zugriffen: 18. Sept. 2016
4. Präventionsgesetz (PrävG) (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil I, Nr 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger, Köln, S 1368–1379