



Rahmenpapier zur Novellierung des Präventionsgesetzes

Stand 4.11.2021

Einführung und Hintergrund

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde vor sechs Jahren (2015) verabschiedet. Mit dem Gesetz sollten die Prävention und Gesundheitsförderung (finanziell, strukturell und qualitativ) gestärkt sowie die Koordination und Kooperation der Akteur*innen verbessert werden. Die Ausrichtung des Gesetzes auf gesundheitsförderliche Lebenswelten (Verhältnisprävention mittels des Setting-Ansatzes) und auf die stärkere Zusammenarbeit und Bündelung aller Präventionsakteur*innen stößt auf breite Zustimmung über alle Expert*innen und Berufsgruppen hinweg.

Der erste nationale Präventionsbericht von 2019 und die jährlichen Präventionsberichte des GKV-Spitzenverbandes zeigen jedoch auf, dass der Schwerpunkt der Aktivitäten in Einzelprogrammen der 103 gesetzlichen Krankenversicherungen liegt und gemeinsam fast nur im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung investiert wird. Zudem weisen die meisten Aktivitäten bislang keine ausreichende Wirkungsorientierung auf. Vor diesem Hintergrund fanden im Sommer 2021 mehrere Expert*innengespräche von Vertreter*innen der Public Health-Forschung und -Praxis auf Landes- und Bundesebene statt, die eine Status-Quo-Analyse der Umsetzung des PräVG (2015) in Deutschland vornahmen. Die zentralen Erkenntnisse aus dieser Analyse werden in diesem Papier zusammengefasst. Zugleich zeigt es Handlungsperspektiven für die Gesundheitspolitik auf, wie das PräVG weiterentwickelt werden könnte.

Grundlegende Kritik an der Umsetzung des Präventionsgesetzes

Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit sind essenzieller Bestandteil der staatlichen Daseinsfürsorge (Artikel 2, Absatz 2 des Grundgesetzes). Für eine umfassende Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des *Health in All Policies*-Ansatzes ist die **Einbeziehung aller gesellschaftlichen Akteur*innen** notwendig.

Das Präventionsgesetz von 2015 verpflichtet ausschließlich die Sozialversicherungsträger zur Etablierung von Bundes- und Landesstrukturen (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen) und nur die Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegekassen zur Erbringung vorgegebener finanzieller Leistungen. Andere Akteur*innen sieht das Gesetz allenfalls in beratender Funktion vor (Nationales Präventionsforum). Durch den Gestaltungsauftrag an die **Sozialversicherungsträger, insbesondere die GKV**, wird das System der Gesundheitsförderung und Prävention (kommunale Träger, zivilgesellschaftliche Akteure) eher verengt. Sie entscheiden im Sinne des §20 SGB V über die Ausrichtung. Eine gemeinsame Koordinierung oder gar bedarfsorientierte Steuerung findet nur ungenügend statt. Auch auf Landesebene wurden im Zuge der Landesrahmenvereinbarungen **nur in sehr wenigen Bundesländern breite Beteiligungsstrukturen** geschaffen, die ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe erlauben.

Darüber hinaus werden die bundesweiten **Gesundheitsziele nicht ausreichend einbezogen**, obwohl diese im Gesetz explizit als rahmende Elemente benannt sind. Im Mai 2021 hat das Bundessozialgericht außerdem **Teile**

des PrävG als verfassungswidrig¹ erklärt und die weitere Finanzierung von Gemeinschafts- und Qualitätssicherungsaktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung untersagt. Daher ist eine Neufassung von § 20a, SGB V ohnehin jetzt geboten.

Novellierung des Präventionsgesetzes

Folgende Aspekte sind bei der Novellierung des Präventionsgesetzes dringend zu berücksichtigen:

- **Aktivitäten in Lebenswelten im Rahmen der §§ 20a und 20b SGB V sollten kassenübergreifend erfolgen. Sie dürfen nicht dem Wettbewerb unterliegen und sich nicht, wie bisher, auf Settings und Bevölkerungsgruppen mit eher geringen Bedarfen, aber leichter Erreichbarkeit konzentrieren.** Im Präventionsbericht wurde überdies deutlich, dass die Aktivitäten in sozial benachteiligten Gebieten deutlich ausgebaut werden sollten. Gleiches gilt für eine gendersensible Ausgestaltung der Angebote. Insbesondere vulnerable Zielgruppen wie Jugendliche und Ältere aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen stärker adressiert werden. Die Angebotsgestaltung muss partizipativ erfolgen. Der Kassenwettbewerb in Lebenswelten führt zu Parallelaktivitäten und einer Konzentration auf frühe Bildungssettings, in der für den Kassenwettbewerb relevante Versichertengruppen erreicht werden können.
- **Eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) ist zur Governance/Steuerung gut geeignet, muss jedoch grundsätzlich neu ausgerichtet werden.** Künftig sollte die NPK an den gesundheitlich relevanten Fragen der Gesellschaft im Sinne des *Health in All Policies*-Ansatzes ausgerichtet sein und eine Dachstruktur für die zahlreichen sozialräumlichen Handlungsansätze (u. a. ÖGD, PSG III, BauGB/Soziale Stadt, SGBs II, III, V, VI, VII, VIII, IX, XI) bieten. Dafür bedarf es hoher Transparenz und einer breiten Akteurslandschaft (an der Spitze: Politik, Wissenschaft, Patientenvertretung und Zivilgesellschaft). Sie darf nicht auf den Akteurskreis und die institutionellen Logiken der Sozialversicherungsträger beschränkt sein. Insbesondere die fachlich führenden Institutionen (BZgA/BVPG/LVGs) dürfen nicht länger als reine Dienstleister inkorporiert werden, sondern müssen ihrer Kompetenz entsprechend umfassend einbezogen werden. Dabei ist das bisherige Präventionsforum verbindlicher zu gestalten, mit höherer Sitzungsfrequenz (mindestens halbjährig) und vor- und nachbereitenden fach- und zielgruppenbezogenen Arbeitsgruppen. Die Steuerung sollte – evtl. in Trägerschaft einer gemeinsamen Stiftung – Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozess in wissenschaftlicher und evaluativer Begleitung ausrichten.
- **Für eine nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten und als gesamtgesellschaftlicher Ansatz ist ein stärkeres und verbindliches finanzielles Engagement des Bundes und der Länder im Rahmen der föderalen Zuständigkeitsverteilung notwendig.** Des Weiteren ist die verpflichtende Einbeziehung der anderen Sozialversicherungsträger einschließlich der Arbeitsagenturen/Jobcenter sowie privater Renten- und Krankenversicherungsträger mit Mindestvorgaben gesetzlich zu regeln.
- **Auf Landesebene müssen alle relevanten gesellschaftlichen Akteur*innen an der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen (LRV) beteiligt werden und es ist von allen Partner*innen der LRV Transparenz über die verausgabten Mittel herzustellen.** Hierfür muss der Kreis der Part-

¹ „Unzulässigkeit der Beauftragung und Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Wahrnehmung von Aufgaben im Zusammenhang mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in der gesetzlichen Krankenversicherung (Verfassungswidrigkeit von §20a Abs.3 und 4 SGB V)“

ner*innen der LRV erweitert (insbesondere Zivilgesellschaft, weitere Ministerien/Landesbehörden, Patient*innenvertretung) oder verpflichtend Gremien mit breiter Beteiligung und Entscheidungsmacht etabliert werden. Für eine kommunale Steuerung ist es notwendig, dass die Kommunen umfassend an den Aktivitäten der LRV-Partner*innen in den Lebenswelten beteiligt werden.

- **Der Leitfaden Prävention zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention muss in Hinblick auf seine Funktion als steuerndes Instrument reflektiert und angepasst werden. Schwerpunkt sollte sein, gemeinsam mit dem ÖGD und Vertreter*innen aus den Bereichen Kinder, Jugend und Soziales dezentrale Konzepte in den kommunalen Lebenswelten umzusetzen, auch im Sinne einer sich weiterentwickelnden Lernschleife. Dabei sollten die Regelungen des Leitfadens weitgehend entbürokratisiert werden.** Auf allen Handlungsebenen sollten Ansätze wissenschaftlicher Begleitforschung gemäß dem *Public Health Action Cycle* etabliert werden.

Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Eine bessere Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Rahmen des Paktes für den ÖGD wird grundsätzlich begrüßt. Dabei sollte die Ausrichtung des Ausbaus sich stärker auf die kommunale Steuerungsaufgabe des ÖGD für Gesundheitsförderung und -versorgung vor Ort (*New Public Health*) orientieren und nicht ausschließlich auf die Konzepte des *Old Public Health* wie Infektionsschutzmaßnahmen. Die nachhaltige Stärkung des ÖGD erfordert eine unbefristete Finanzierung der neu zu schaffenden Stellen, die als Expert*innen die kommunale Gesundheitsförderung in ihrer Komplexität koordinieren, alle relevanten Akteur*innen und Adressat*innen einbeziehen und ihre Interessen anwaltschaftlich vertreten können. Der ÖGD ist daher verstärkt **multiprofessionell** auszubauen und zu einem modernen Public Health-Dienst weiterzuentwickeln.

Autorenschaft und Mitglieder der Arbeitsgruppe

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

Dr. Katharina Böhm, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Prof. Dr. Raimund Geene, Berlin School of Public Health

Maren Janella, Gesundheit Berlin-Brandenburg (Kongress Armut und Gesundheit)

Uwe Lenhardt, Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Berlin

Prof. Dr. Julika Loss, Dozentin Universität Regensburg

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Paritätischer Gesamtverband und Gesundheit Berlin-Brandenburg

Prof. Dr. Christiane Stock, Charité – Universitätsmedizin Berlin