

Vortrag GSN Kompetenzforum 11. Juni 2018

Zum Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes aus kommunaler Sicht

Anne Janz – Dezernentin für Jugend, Frauen, Gesundheit und Bildung der Stadt Kassel

Das Präventionsgesetz ist ein wichtiger Meilenstein für die Gesundheitsförderung in Deutschland.

Gerade die Kommunen haben sich über die kommunalen Spitzenverbände und das „Gesunde Städte Netzwerk“ sehr für dieses Gesetz stark gemacht und sich davon viel für die Gesundheitsförderung vor Ort versprochen.

Zwischenzeitlich, so mein Eindruck, macht sich aber zum Teil schon wieder Ernüchterung breit.

Viele stellen sich die Fragen:

Was kommt denn von den nun ja deutlich erhöhten Mitteln eigentlich in den Lebenswelten an?

Und in welcher Form kommt es an?

Ich halte diese Ernüchterung für verfrüht. Meine Beobachtung ist, dass die Struktur für die Umsetzung der Zielsetzungen des Gesetzes derzeit noch im Aufbau ist. Gleichzeitig können wir beobachten, dass einzelne Kassen mit Programmen – vorzugsweise in Kitas und Schulen unterwegs sind, also in den Lebenswelten, die im wettbewerbsorientierten Markt der Kassen auch vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Fokus standen.

So kann zu Recht der Eindruck entstehen, alles läuft in den bekannten Bahnen weiter.

Andere Programme wiederum unterstützen vor Ort eher den Aufbau einer örtlichen Struktur – Stichwort: Gesundheitsnetze, Gesundheitsregionen oder auch eine partizipativ angelegte gesundheitsförderliche Entwicklung von Quartieren. Wieder andere Kassen haben vor allem vulnerable Gruppen – Arbeitslose, Alleinerziehende etc. im Fokus der Förderung – abhängig natürlich auch von den Schwerpunktsetzungen in den jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen.

Wollte man eine echte Bestandsaufnahme machen, müssten wohl die jährlichen Präventionsberichte der einzelnen Kassen und der Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit der letzten zwei Jahre Kriterien geleitet ausgewertet werden.

Der erste Bericht zur Umsetzung des Präventionsgesetzes ist für 2019 geplant. Dann wissen wir auch genauer, wie es bundesweit mit der Umsetzung und den Finanzierungsanteilen aussieht.

Das Präventionsgesetz ist jetzt seit zweieinhalb Jahren in Kraft – ein sehr kurzer Zeitraum, wenn berücksichtigt wird, dass zunächst erst einmal eine Struktur für die Umsetzung in Bund und Land aufgebaut und umgesetzt werden musste.

Die maßgeblichen Stationen kennen Sie:

- Konstituierung der Nationalen Präventionskonferenz im Herbst 2015
- Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen im Februar 2016 durch die NPK
- und schließlich die Verabschiedung der Landesrahmenempfehlungen, die in den 16 Bundesländern dann zwischen dem Frühjahr 2016 und dem Sommer 2017 erfolgte.

Zieht man die bisherige Zeitleiste in Betracht, sind die gesetzlich vorgesehenen Grundstrukturen für die Umsetzung des Präventionsgesetzes bundesweit komplett also erst seit einem Jahr gelegt.

Die ersten zwei Jahre sind maßgeblich durch Aufbauarbeit geprägt gewesen, die zudem zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern, aber auch in Bezug auf die Rolle BzGA von sehr strittigen Diskussionen bis hin zur Klage der GKV gegen die Beauftragung der BzGA begleitet war bzw. ist.

Zu berücksichtigen ist auch, dass es gerade für die Krankenkassen als Wettbewerber auf dem Markt natürlich in Bezug auf die gewünschten, aber gesetzlich nicht verbindlich vorgeschriebenen kassenübergreifenden Leistungen nicht ganz einfach ist, den Wettbewerbsgedanken auszublenden und jetzt parallel in völlig neuer Form zu kooperieren.

Kritisch ist aber sicher festzuhalten: Im Prozess dieser Strukturbildung spielten die Kommunen und auch die Wohlfahrtsverbände und andere Akteure der Zivilgesellschaft entweder eine Nebenrolle oder gar keine Rolle. Damit ist zunächst einmal das eingetreten, was die kommunalen Spitzenverbände befürchtet hatten.

Die Kommunen hatten sich von dem Gesetz erhofft, dass es die Voraussetzungen dafür schafft, dass „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ systematisch, zielgeleitet und bedarfsangepasst geschieht. Im trägerübergreifenden, lebensweltorientierten Ansatz des Präventionsgesetzes wurde eine gute Chance gesehen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune gemeinsam mit den Kassen konsequenter an den tatsächlichen Bedarfen ausrichten zu können.

Auch im Hinblick auf eine bessere Absicherung bzw. Unterstützung kommunaler Koordinierungsleistungen richteten sich die Hoffnungen der Kommunen auf das neue Präventionsgesetz. Die kommunalen Spitzenverbände hatten sich hier auch klar und deutlich positioniert und ihre Forderungen gestellt – wir haben sie auch im „Gesunde Städte Netzwerk“ immer wieder betont und diskutiert:

Der Bedeutung der kommunalen Ebene wurde auch durch die „Nationale Präventionskonferenz“ in den von ihr am 19. Februar 2016 beschlossenen Bundesrahmenempfehlungen (gemäß § 20d SGB V, PräVG) durchaus Rechnung getragen. Dort heißt es, dass die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen für die Gesundheit von erheblicher Bedeutung sind und „(...) maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet“ werden.

Deshalb ist es auch folgerichtig und gut, dass in allen der drei in den Bundesrahmenempfehlungen genannten Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“ die Kommunen als wichtiger Partner in der Ausgestaltung von Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention benannt sind und entsprechende ressortübergreifende kommunale Strategien -wohlgemerkt rein fachlich- ausdrücklich unterstützt werden.

Diese guten fachlichen Ansätze der Bundesrahmenempfehlungen finden in einigen zentralen Punkten aber bedauerlicherweise keine Entsprechung in der konkreten Ausformulierung der Aufgabenzuschnitte der unterschiedlichen mit ihrer Umsetzung betrauten Akteure.

Auch ist es dort nicht gelungen, das seit Jahrzehnten zementierte sektorale Handeln der Sozialversicherungsträger gegenüber einem eher integrierenden, lebensweltbezogenen Ansatz durchlässiger zu gestalten.

Aus kommunaler Sicht bleiben die Bundesrahmenempfehlungen damit in Teilen hinter den vom Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeiten zurück.

Die kommunalen Spitzenverbände haben deshalb unter anderem in einer gemeinsamen Stellungnahme als beratende Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz kritisiert, dass die geplante und später beschlossene 1:1 Zuordnung einzelner Sozialversicherungsträger zu bestimmten Aufgaben und Aktivitäten der in Lebenswelten ja üblichen Durchmischung gesundheitsrelevanter Einfluss- und Bedingungsfaktoren nicht angemessen Rechnung trägt.

Trotz dieser grundsätzlichen Kritik und schwieriger Ausgangslage mit unterschiedlichen Gemengelagen habe ich die Einschätzung, dass es Schritt für Schritt vorangeht.

Das Präventionsgesetz und die neuen Leistungen kommen langsam auf der kommunalen Ebene an. Es gibt erste gemeinsame Projekte - ganz konkret werden wir ja morgen noch eine Reihe von Beispielen kennen lernen. Gleichzeitig wird deutlich, dass es nicht einfach ist, aus einer guten Idee und fachlichen Einschätzung heraus, ein bedarfsbezogenes Projekt zu kreieren, das den – im Übrigen zu Recht - hohen Anforderungen und Prüfkriterien des „Leitfadens Prävention“ des GKV genügt und damit auch tatsächlich förderfähig ist.

Viele Kommunen und Träger dürften mit der Antragstellung ohne entsprechende Unterstützung schnell überfordert sein und es besteht die Gefahr, dass die neuen Möglichkeiten nicht genutzt werden, da die Relation von Aufwand und Leistung nicht stimmt. Um es am Beispiel unserer Stadt mal zu verdeutlichen:

In Kassel haben wir bereits erste Erfahrungen bei der Beantragung von Leistungen gemacht. Wir haben gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen Hessen ein Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden konzipiert und sind derzeit in der Durchführung. Das Projekt wird über die Kommune koordiniert und in Kooperation mit den

Trägern von zwei Familienzentren und dem Jobcenter Kassel sowie für ein Teilprojekt mit einer Stiftung durchgeführt.

Die einzelnen folgenden Schritte waren aber zum Teil recht anspruchsvoll:

- Bedarfsermittlung – dank einer gut aufgestellten Statistikstelle und entsprechend aufbereiteter Daten konnte die Bedarfslage anhand von Sozialstrukturdaten auch sozialräumlich zugeschnitten gut ermittelt werden
- Die gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren Alleinerziehender und insbesondere erwerbsloser Alleinerziehender wurden aus einschlägigen Studien abgeleitet und zusätzlich aus Einschätzungen von Fachkräften vor Ort
- Um eine nachgewiesene wirksame Intervention vorzunehmen, die auch Organisationsveränderungen im Setting anstößt, wurde ein bereits erfolgreich evaluiertes Programm, das über eine Stiftung gefördert und verwaltet wird, über die Kommune in Kooperation mit der vdek eingeworben. Das hatte für uns zusätzlich den Vorteil, dass ein Teil der **Projektevaluation** über ein bereits nach wissenschaftlichen Standards entwickeltes Evaluationsinstrument laufen kann.
- Als **geeignete Kooperationspartner** im Quartier wurden die Träger von zwei Familienzentren gewonnen – die im Übrigen Anfang 2017 von den Möglichkeiten, die das Präventionsgesetz bietet, noch gar nichts wussten! Zusätzlich wurde das Jobcenter gewonnen, um insbesondere auch eine Brücke zu den erwerbslosen Alleinerziehenden zu schlagen und hier auch eine Sensibilisierung der Fachkräfte für die gesundheitlichen Belange der Alleinerziehenden zu erreichen und eine Verknüpfung zu den Angeboten des Jobcenters herzustellen. Auch dem örtlichen Jobcenter war das Präventionsgesetz bis dahin nicht bekannt!
- die **Finanzkonstruktion** des Projekts musste kleinteilig ausgehandelt und zusätzliche Stiftungsmittel akquiriert werden, da eine Prüfung über die vdeK Hessen ergab, dass nur 60% der Kosten des Gesamtprojektes über die Kassen bezuschusst werden können – u.a. wegen notwendiger Abgrenzungen zur Jugendhilfe bzw. zum SGB VIII.
- in der **verwaltungstechnischen Umsetzung** mussten Kooperationsvereinbarungen, einschließlich der rechtlichen Prüfung geschlossen werden, eine Einnahmehaushaltsstelle gefunden werden usw. usf.
- **schwierig umzusetzen ist auch der an sich sehr gute Anspruch an die Partizipation der Betroffenen**, der ja u.a. zu einer Bedarfsermittlung dazugehört. Die Notwendigkeit ist unbestritten, aber es fehlt, nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung, am fachlichen Know-How und entsprechenden Methodenkenntnissen – hier ist also auch eine entsprechend systematisierte Wissensvermittlung und Fortbildung der Fachkräfte in den Kommunen und bei den

Trägern erforderlich, um dem theoretischen Anspruch auch Leben einhauchen zu können - gerade auch beim Zugang zu den vulnerablen Zielgruppen.

Was will ich mit diesem Beispiel aus Kassel zeigen?

Wir wollten dieses Pilotprojekt durchführen, weil wir eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Alleinerziehenden haben, von denen wiederum ein hoher Anteil LeistungsbezieherInnen im SGB II ist. Entweder, weil sie nicht erwerbstätig sein können oder weil sie AufstockerInnen sind. Und weil wir die Unterstützungsstruktur in Kassel inklusive einer Sensibilisierung der Fachkräfte für die gesundheitlichen Belange dieser vulnerablen Zielgruppe verbessern wollen.

Wir sehen es auch als gute Übung, um mit den Krankenkassen im Setting Kommune partnerschaftlich „ins Geschäft zu kommen“.

Als Pilotprojekt bietet es auch die Herausforderung und Chance des „Learning by doing“. Bereits in der Projektplanungsphase hat sich zugleich gezeigt, dass selbst in einer fachlich gut aufgestellten Stadt – sozialwissenschaftlich und im Projektmanagement qualifiziertes Personal, gut verfügbare und aufbereitete Daten, Kooperationsbereitschaft bei den Trägern - der Teufel im Detail steckt und eine gute Projektplanung viel Vorarbeit voraussetzt. Dies gilt natürlich auch für die Durchführung. Das sind viele fachliche Voraussetzungen, die gegeben sein müssen oder für die qualifiziert werden muss.

Die Kommunen und auch die Lebenswelten in den Kommunen, Quartier, Schule, Kita, SeniorInnenarbeit, Familienzentren, Jugendarbeit sind hier sehr unterschiedlich aufgestellt. Eine Schlüsselrolle für die erfolgreiche Umsetzung des Präventionsgesetzes kommt deshalb auch den Landesvereinigungen für Gesundheit und den dort angesiedelten Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit zu. Der GKV-Spitzenverband hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Juni 2016 damit beauftragt, die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit qualitativ und quantitativ weiterzuentwickeln. Durch die personelle Aufstockung sollen die Aktivitäten im Themenfeld soziale Benachteiligung und vulnerable Zielgruppen im jeweiligen Bundesland koordiniert und ausgebaut werden. Diese Beauftragung ist ein Teil der Umsetzung des Präventionsgesetzes. In Hessen hatten wir die Auftaktveranstaltung der Koordinierungsstelle gerade Anfang dieses Monats.

Wirft man einen Blick in die Aktivitäten der Koordinierungsstellen, so stellt man fest, dass die Koordinierungsstellen mit einer Vielzahl von Angeboten fachliches Wissen und auch ganz konkrete Arbeitshilfen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in die Fläche, sprich zu den Akteuren vor Ort bringen.

Dabei geht es um kommunale Strategie- und Strukturbildung, Methoden zur Qualitätssicherung und Partizipation, um Förderung des fachlichen Austauschs zwischen den lokalen Fachkräften und natürlich um Präventionsansätze für einzelne vulnerable Gruppen und im Quartier.

Um den Bogen zum Beginn meiner Ausführungen zu schließen:

Ja, der Prozess der Umsetzung geht vielleicht manchen viel zu schleppend voran. Wir bewegen uns aber auch in einem hochkomplexen Feld von Akteuren auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene und zwischen den Krankenkassen und weiteren Sozialleistungsträgern mit unterschiedlichen Aufträgen und Institutionslogiken. Die Aufbauphase ist langsam im Abschluss und zeigt meiner Meinung nach auch schon deutliche Fortschritte, die in nächster Zeit dazu beitragen werden, die Umsetzung des Präventionsgesetzes vor Ort weiter voran zu treiben.

Ein wichtiger Erfolg, der schon vor Ort und in der Fläche wirksam ist, ist die stärkere Förderung der Selbsthilfe. Allein in unserer Region, Stadt und Landkreis Kassel, profitieren vom Ausbau unserer Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen über 200 Gruppen, die ihrerseits auch wichtige Impulse für die Entwicklung bedarfsgerechter Präventionsangebote vor Ort bieten können.

Entscheidend für den Erfolg der Umsetzung ist, die kommunalen Strukturen, aber auch die Fachkräfte in den Lebenswelten für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Entsprechend spezifisch und alltagsweltlich müssen auch die Fortbildungsformate und Möglichkeiten zum fachlichen Austausch gestaltet sein.

Gesundheitsförderung darf nicht allein das Thema von GesundheitsexpertInnen bleiben.

Die Kommunen sollten den mit dem Präventionsgesetz angestoßenen Prozess weiter konstruktiv unterstützen und begleiten, indem sie die eigenen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume konsequent dafür nutzen, den unterschiedlichen Trägern, im Geiste einer guten Partnerschaft, Möglichkeiten für eine mit den Kommunen gemeinsame, abgestimmte und an den konkreten lebensweltspezifischen Verhältnissen ansetzende Strategie zur Förderung von Gesundheit zu eröffnen. Sie sollten sich daher auf der Ebene ihrer Spitzenverbände weiter für eine bürgernahe, systematische und trägerübergreifende Umsetzung des Präventionsgesetzes einsetzen.

Eine gezielte, an den tatsächlichen Bedarfen ausgerichtete Primärprävention und Gesundheitsförderung kann nur auf örtlicher Ebene und in einem kommunal koordinierten Rahmen erfolgreich umgesetzt werden.

Dafür brauchen die Kommunen eine Rahmenstruktur, die

- eine möglichst breite Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in den Lebenswelten ermöglicht,

- den Zugang zu den Präventionsmitteln über Beratung und Unterstützung bei den Antragstellungen für Projekte zur Gesundheitsförderung bietet
- Seitens der Krankenkassen sicherstellt, dass wir nicht wieder einen Flickenteppich von Programmen bekommen, der vor Ort völlig unkoordiniert ankommt. Die Mindestanforderung wäre diesbezüglich, ein entsprechendes Prüf- und Unterstützungsschreiben bei der Förderung von Projekten von der Kommune einzuholen.
- Seitens der kommunalen Spitzenverbände setzen wir uns mit Blick auf diesen Rahmen weiter für kommunale Präventionskonferenzen als örtlicher Steuerungsstruktur ein sowie für die Idee kommunaler Präventionsfonds, die aus Mitteln des Präventionsgesetzes unterstützt werden sollen. Die notwendigen kommunalen Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen sollten angelehnt an die Förderstruktur der „Frühen Hilfen“ ebenfalls aus den Mitteln des Präventionsgesetzes finanziert werden. Entsprechend ausgearbeitete Empfehlungen und Stellungnahmen der Spitzenverbände liegen vor.

Abschließend möchte ich betonen, dass ich das Glas eher „halbvoll“ als „halbleer“ sehe und hoffe, dass wir die Chancen und die erhöhten Mittel, die uns das Präventionsgesetz bietet, gemeinsam möglichst wirkungsvoll dort einsetzen können, wofür sie gedacht sind: In der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten und bei den Gruppen, die bisher keinen oder kaum einen Zugang zur Gesundheitsförderung hatten, deren gesundheitliche Risiken aber besonders hoch sind.