

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALMEDIZIN UND PRÄVENTION (DGSMP)
ZUM ERSTEN PRÄVENTIONSBERICHT NACH §20D ABS. 4 SGB V
DER NATIONALEN PRÄVENTIONSKONFERENZ (NPK) VOM JUNI 2019

Die Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) 2015 stellt einen wichtigen Meilenstein zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dar, der ausdrücklich zu begrüßen ist, wenngleich die bisherige Umsetzung aus Sicht der DGSMP wenig zufrieden stellend verläuft. Die Ausgangslage bei der Prävention wird im Präventionsbericht (zu) positiv umrissen. Im Bericht wird mit Blick auf die Lebenserwartung festgestellt, "dass die Bevölkerung im internationalen Vergleich einen guten Gesundheitszustand hat". Tatsächlich geht aus der Statistik der OECD (Stand 29/10/19) hervor, dass Deutschland die niedrigste Lebenserwartung bei Geburt aller nord-, west- und südeuropäischen Länder aufweist.

Schon seit den 1990er Jahren hat die DGSMP Konzepte und Vorschläge für eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland entwickelt. Mit dieser Stellungnahme zum Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz möchte sie einen Beitrag zur Diskussion und Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes und des damit verbundenen Präventionsberichts leisten. Das Präventionsgesetz sieht einen alle vier Jahre vorzulegenden Präventionsbericht vor. Dieser wurde nun erstmals im Auftrag der Nationalen Präventionskonferenz erstellt und soll noch in diesem Jahr – ergänzt um eine Stellungnahme der Bundesregierung – dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt werden.

Die DGSMP begrüßt, dass dadurch eine zukünftig hoffentlich umfassende Präventionsbericht-erstattung initiiert wird, und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. ZIELSETZUNG DES PRÄVENTIONSGESETZES

Das übergeordnete Ziel des Präventionsgesetzes ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Ergänzung der dominierenden kurativen Ansätze, was einer spürbaren systemischen Veränderung des Gesundheitssystems mit besonderem Fokus auf Public Health entspricht. Intendiert sind die Verbesserung der Qualität präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen, etwa deren Bedarfsorientierung und damit Passgenauigkeit, die Stärkung von Kooperationen im Sinne einer Bündelung vorhandener Kräfte und der kassenübergreifenden Leistungserbringung, der Aufbau nachhaltiger Strukturen und die Stärkung von Lebensweltansätzen, v. a. auch in außerbetrieblichen Settings sowie eine Verminderung sozial- und geschlechtsbedingter ungleicher Gesundheitschancen. Hierzu wird eine nationale Präventionsstrategie entwickelt.

2. IMPLIKATIONEN FÜR DIE UMSETZUNG DES PRÄVENTIONSGESETZES

Die Zielerreichung der nationalen Präventionsstrategie ist über alle Ebenen (Bund, Land, Kommune) angelegt. Die Ursachen sozial- und geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen können Bund und Länder durch ihre gesetzgebenden Organe direkt adressieren (Verhältnisprävention). Auf kommunaler Ebene, in den Lebenswelten, sind Maßnahmen zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen entsprechend zu initiieren.

Der NPK-Bericht zeigt auf, dass die Einbindung der kommunalen Ebene und der Betriebe bisher zentrale Schwachpunkte für die Umsetzung des PräVg darstellen:

- weit unter den Erwartungen zurückbleibende Erreichung der Kommunen,
- unterdurchschnittliche Zufriedenheit der Kommunen mit der Umsetzung des PräVg sowie der dringenden Anmahnung besserer gesetzlicher Regelungen bzw. Landesrahmenvereinbarungen für die kommunale Ebene,
- überdurchschnittliche Probleme mit der Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen auf kommunaler Ebene,
- Nichterreichen der erwerbstätigen Bevölkerung gemäß § 20b SGB V. Kleine und mittelständige Betriebe verbleiben oft außerhalb der vorgesehenen Förderung.

Bezeichnend ist, dass die im Fazit als wesentlich benannten Defizite bzgl. Kooperation und Koordination einen direkten oder indirekten Bezug zur Kommune aufweisen. Gleichzeitig zeigt der Bericht, dass es hinsichtlich der kommunalen Lage sowie der entstehenden Aufwendungen und Kosten schwierig ist, Transparenz herzustellen. Die DGSMP hält dieses Berichtsergebnis insbesondere mit Blick auf die Verringerung sozial- und geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen für besorgniserregend, da die kommunale Ebene die lebensweltnächste Ebene ist, auf der sozialmedizinische und Public Health-Kompetenz institutionell angesiedelt sind. Der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist gleichzeitig der stärkste Public Health-Akteur mit einer etablierten Ausrichtung auf verhältnispräventive und sozillagebezogene Maßnahmen. Der kommunale ÖGD stellt die größte Public Health-Ressource der öffentlichen Hand dar, d.h. im Rahmen systemischer Auswirkungen des PräVg bestehen hier potentiell Anreize, Kosten von der öffentlichen Hand auf die das PräVg finanzierenden Sozialversicherungsträger zu verlagern. Letzteres gilt es dringend zu vermeiden.

Die DGSMP unterstützt daher ausdrücklich folgende im NPK-Bericht enthaltene Anregungen zur Verminderung o.g. Defizite:

- **Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zur Umsetzung des PräVg:** Als Bundesgesetz hat das PräVg kaum Auswirkungen auf die Aktionsfelder unter landesgesetzlicher Hoheit, daher sind die LRV von größter Bedeutung. Ein Großteil der LRV erweist sich nach den berichteten Erfahrungen als nicht geeignet, die so wesentliche kommunale Einbindung zu gewährleisten. Diese LRV sollten daher kurzfristig einer Revision unterzogen werden, um die Rolle und Leistungen der kommunalen Ebene zu konkretisieren. Dadurch sollten kommunale Zuständigkeitsfragen geklärt sowie die Einbindung der Kommunen, die konkrete Kooperation mit dem ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe und eine bedarfsorientierte Steuerung auf Basis (kommunaler) Sozial- und Gesundheitsberichterstattung verbessert werden.
- **Regelungen und Ausstattung des kommunalen ÖGD:** Entsprechend den LRV ist der „ÖGD hinsichtlich seiner finanziellen Mittel und seines Aufgabenprofils so weiterzuentwickeln, dass er verstärkt als Partner der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention agieren kann“ (NPK 2019). Hierzu sollte eine Homogenisierung der landesgesetzlichen Regelungen erfolgen, sinnvollerweise mit bundesweiter Ansiedlung von bedarfsorientiert handelnden

Steuerungsstrukturen am kommunalen ÖGD (z.B. Gesundheitskonferenzen). Der ÖGD muss auch personell in die Lage versetzt werden, diese Aufgaben zu erfüllen.

- **Transparenz und Informationen:** Sowohl die unterdurchschnittlichen Rückläufe bei den für den Bericht notwendigen Befragungen wie auch die kritisierte globale Ausweisung der Mittel der öffentlichen Hand zeigen erhebliche Informationsdefizite bzgl. der ÖGD-Strukturen auf. Empfohlen wird die Einrichtung unabhängiger länderübergreifender ÖGD-Forschungsstellen mit besonderem Fokus auf die kommunalen Public Health-Strukturen und eine darauf aufbauende Qualitätsentwicklung. Methodenunterstützung durch die Wissenschaft (Wissenschaft-Praxis-Transfer) könnten so gewährleistet werden.
- **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und betriebliche Gesundheitsförderung:** Kleine und mittelständige Unternehmen sind durch die virtuell angelegten BGF-Koordinierungsstellen nicht besser erreicht worden. BGM als Managementinstrument sollte anhand der Ergebnisse mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen in der NPK und der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie diskutiert und weiterentwickelt werden.

Gleichzeitig muss angemerkt werden, dass für weitere zentrale Fragen der Umsetzung des Präventionsgesetzes deutlich zu wenig Information zusammengetragen wurden:

- geringe Qualitätsorientierung und fehlendes Monitoring der Umsetzung gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung i.S. der Verhältnisprävention gemäß §§ 20a und b SGB V,
- wenig Transparenz zur kassenübergreifenden Leistungserbringung gemäß §§ 20a, b und g SGB V sowie
- zur ärztlichen Präventionsempfehlung gemäß § 20 SGB V und
- zu den Hemmnissen einer Zusammenarbeit kleiner und mittelständiger Unternehmen mit den Krankenkassen.

Die Bundesregierung sollte die Sicherstellung kassenübergreifender Leistungserbringung, die fachgerechte Umsetzung des Settingansatzes sowie die Lebenswelten Kommune und Betriebe bei der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes aufnehmen.

3. IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRÄVENTIONSBERICHTERSTATTUNG

Zur Weiterentwicklung der Präventionsberichterstattung liegen bereits Unterlagen aus einzelnen Bundesländern sowie diverse Erkenntnisse u.a. aus der Interventionsberichterstattung vor. Es fehlt bislang an einer wissenschaftlichen Fundierung. Um passgenaue lebensweltspezifische Maßnahmen zu konzipieren, ist eine Bedarfs- und Bedürfnisermittlung notwendig. Zur Abbildung struktureller Effekte muss die Präventionsberichterstattung aufzeigen, inwieweit kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung zur Bedarfsermittlung genutzt wurde. Eine Interventionsberichterstattung, die die Bedarfsorientierung und Einbindung vorhandener Angebote und Stakeholder in Planungsprozesse reflektiert, ist zur Darstellung der Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention notwendig. Der Überblick über die Akteurslandschaft, wie im NPK-Bericht erfolgt, ist eine gute Grundlage, um die zukünftige Entwicklung der Strukturen und Stakeholder aufzuzeigen. Dabei sollte zukünftig auch auf die vom Präventionsgesetz vorgesehene erweiterte Versorgung durch die Betriebsärzteschaft sowie auf diesbezügliche Realisierungshemmnisse eingegangen werden. Zusätzlich sollten entsprechend den Vorgaben der §§ 20a und b Erhebungen in den Lebenswelten erfolgen. Neben einer Output-Perspektive sollte eine Wirkungsperspektive ergänzt werden.

Hinsichtlich der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung wurden im NPK-Bericht etwa 500 Einzelprojekte dargestellt. Diese Daten wurden zusammen mit Routine-Daten des GKV-Präventionsberichts dargestellt, was den Aufschluss über die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erschwert. Die in den letzten 20 Jahren entwickelte

Berichterstattung wurde weitgehend ignoriert. Die Nationalen Gesundheitsziele gemäß § 20 SGB V wurden nicht systematisch berücksichtigt.

Die aufschlussreiche Zusammenstellung der Gesundheitsberichterstattung aus den 16 Bundesländern könnte zukünftig durch bevölkerungsrepräsentative Informationen über gemeinsame Präventionsindikatoren in ihrem Wert gesteigert werden. Indikatoren sollten dabei auch ressourcenorientiert sein und Kontextfaktoren zur Erfassung der Verminderung "sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen" umfassen. Zudem sollte die Möglichkeit einer kleinräumigen Erfassung und Auswertung sowie die Verwendung von bzw. Verknüpfung mit Geodaten bestehen. Präventionsindikatoren werden zurzeit in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt.

Für eine zukünftige Herleitung von Präventionsbedarfen und -potentialen, aufbauend auf den Ergebnissen der aktuellen gesundheitlichen Lage in Deutschland im Allgemeinen und spezifischer Bevölkerungsgruppen, sollten auch umfassende Mehrebenenstrategien und Wirkmodelle Berücksichtigung finden, die sich an der Strategie von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ orientieren. Diese müssen insbesondere die sozialen Determinanten für Gesundheit umfassen, wie sie aktuell im Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit in der europäischen Region der WHO vorgelegt wurden. Dies ist auch die Voraussetzung, um Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung zu treffen.

Für die adäquate Erfassung der Umsetzung des PräVG auf kommunaler Ebene wird angeregt, den Begriff Kommune spezifischer zu nutzen. Im NPK-Bericht wird er in der üblichen Breite für die Einheiten Gemeinde, Stadt- oder Landkreis genutzt. Dies ist in diesem Berichtskontext problematisch, da wesentliche sozialmedizinische und Public Health-Ressourcen auf Stadt- und Landkreisebene sowie in Stadtstaaten teils auf Bezirksebene, nicht jedoch auf sonstiger Gemeindeebene angesiedelt sind. Eine Differenzierung ist notwendig, um zukünftig berichtete Informationen besser zu- und einordnen zu können.

Dringend notwendig erscheint es, den Rücklauf von Informationen aus den Stadt- und Landkreisen für die zukünftige Präventionsberichterstattung zu verbessern. Die durch den Föderalismus bedingte Heterogenität der kommunalen Strukturen erfordert eine länderbezogene Auswertung, um Bedingungen ‚Guter kommunaler Praxis‘ zu identifizieren. Neben dem Begriff der Kommune ist dabei die Akteur*innen-Landschaft ebenso wie die Bedarfsorientierung differenziert zu betrachten.

Die Zielerreichung der nationalen Präventionsstrategie ist über alle Ebenen hinweg (Bund, Land, Kommune) unter Berücksichtigung der o.g. Aspekte darzustellen. Die dadurch notwendiger Weise differenziertere Datenerhebung, Auswertung und vor allen Dingen Bewertung und Interpretation sollten unter enger Einbindung der Wissenschaft mit dem Ziel der Politikberatung erfolgen. Es wird darüber hinaus angeraten, im nächsten Präventionsbericht die (bisher allzu geringe) Rolle der Wissenschaft bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation präventiver Maßnahmen und bei der Vergabe der diesbezüglichen Projektmittel kritisch zu reflektieren.

Die DGSMP bietet gern ihre Unterstützung bei der Umsetzung dieser Anregungen an.

Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH
Präsident

Dr. med. Sabine Grotkamp, MHM
Vizepräsidentin