

**Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und  
der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)  
Drucksache 18/4282  
11.03.2015**

*Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Die DVSG vertritt Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus der Krankenhausversorgung, dem Rehabilitationsbereich, der Langzeitpflege, der Prävention und der ambulanten Beratung.*

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention setzt die Bundesregierung ein lang diskutiertes gesundheitspolitisches Projekt mit hoher Bedeutung um. Prävention und Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, gesundheitliche Rahmenbedingungen und die individuelle Gesundheit zu verbessern. Sie gilt darüber hinaus als Mittel, um Belastungen des demographischen Wandels zu begegnen, die ausgeprägte soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod in Deutschland zu verringern und eine gleichberechtigte Teilhabe aller Bürger an einer Gesellschaft des längeren Lebens zu fördern.

Gesundheitswissenschaft und Versorgungsforschung zeigen, dass zur Erreichung dieser Ziele ein umfassendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich ist, das lebensphasenübergreifend angelegt ist, das verhaltens- und verhältnispräventive Anteile kombiniert, Settingansätze ins Zentrum stellt, schicht-, geschlechts- und kulturspezifische Zugänge berücksichtigt und die Menschen partizipativ an der Aushandlung der Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligt.

Bei Angeboten der Prävention ist die Berücksichtigung von verschiedenen professionellen Perspektiven notwendig und die interprofessionelle Zusammenarbeit ins Zentrum moderner Präventionskonzepte zu stellen. Eine Fokussierung auf ärztliches Präventionshandeln greift bei den wichtigen Problemen zu kurz.

Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote, die den spezifischen Zugangswegen und Bedürfnissen von benachteiligten Gruppen entsprechen, zeigen gute Erfolge. Bereits existierende Angebote sind zu verstetigen und finanziell abzusichern, um diese Erfolge nachhaltig zu gewährleisten.

Unter diesen Prämissen sieht die DVSG im vorliegenden Entwurf des Präventionsgesetzes (PräVG) sowohl gute Maßnahmen, die Verbesserungen bedeuten, als auch kritische Aspekte.

Die heutige Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung zeigt, dass besonders die Kombination von Maßnahmen, die sowohl auf das individuelle Gesundheitsverhalten als auch auf die Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen zielen, positive und nachhaltige Effekte bewirken. Gerade bei benachteiligten Gruppen zeigen verhältnispräventive Ansätze dann besondere Wirkungen, wenn es sich um partizipative Maßnahmen handelt, bei denen die Zielgruppen in die Aushandlung von Zielen und Maßnahmen einbezogen werden und sie ihre Lebenswelt als veränderbar erleben. Dies zeigen beispielsweise quartiersbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie auch gesundheitsbezogene Ansätze der Schul- und Gesundheitssozialarbeit.

Die DVSG begrüßt daher, dass mit dem Gesetzentwurf in den **Abschnitten § 20, § 20 a und § 20 b SGB V und § 5 SGB XI** sowohl verhaltenspräventive als auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings aufgewertet werden.

Die Stärkung der Primären Prävention und der Gesundheitsförderung in der Neufassung des § 20 wird grundsätzlich begrüßt, insbesondere die Einbeziehung unterschiedlicher Disziplinen, durch die ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff in den Mittelpunkt gestellt wird. Die explizite Nennung der Gesundheitsziele im **§ 20 Absatz 3** erscheint allerdings als zu starr. Hier sollte eine Formulierung gefunden werden, die eine Anpassung und Erweiterung des Katalogs der Gesundheitsziele und eine temporäre Schwerpunktsetzung erlaubt, ohne dass dazu das Gesetz geändert werden muss.

Kritisch ist aus Sicht der Sozialen Arbeit,

- dass der unbestimmte Begriff der „angemessenen Eigenleistung“ in **§ 20a Absatz 2**, wie schon vom Bundesrat kritisiert, eine Barriere für die die Umsetzung bei kleinen Akteuren der Prävention darstellen kann.
- dass **§ 20a Absatz 3** „insbesondere Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen“ genannt werden. Hier ist sicherzustellen, dass der Lebensweltenbegriff nicht auf institutionelle Settings beschränkt bleibt. Es müssen auch nicht-institutionalisierte Settings, wie z.B. Wohnquartiere, von Fördermaßnahmen profitieren können. Nur so lässt sich der formulierte Anspruch, verschiedene benachteiligte Gruppen zu erreichen, einlösen, da diese sich nicht ausschließlich in den aufgezählten Lebenswelten bewegen.
- dass die positive Intension, „Kassenübergreifenden Leistungen“ zu stärken, mit der geplanten Beauftragung der BZgA verbunden ist (**§20a Absatz 3 und 4**). Der Settingansatz mit seiner Lebensweltorientierung erfordert die Umsetzung von Leistungen in regionalen Zusammenhängen unter Nutzung der kommunal und regional vorhandenen Dienste und Einrichtungen. Die BGzA hat das notwendige regionalbezogene Wissen und Kompetenzen nicht. Die DVSG regt daher die Übertragung der Aufgaben auf Länderebene unter breiter Beteiligung aller Akteure an um regionale Aktivitäten zu koordinieren und zu fördern. Bereits bestehende Strukturen sollten dabei einbezogen werden.
- dass in **§ 65a Absatz 1 und 2** Bonuszahlungen für Versicherte und Arbeitgeber vorgesehen sind. Die an den genannten Maßnahmen teilnehmenden Versicherten profitieren durch einen besseren Gesundheitsstatus, die Arbeitgeber durch gesündere Mitarbeiter und weniger Ausfallzeiten. Individuell profitieren insbesondere aufgeklärte, gesundheitsbewusste und in der Regel in gesicherten Verhältnissen lebende Menschen in viel stärkerem Maße als die schwer erreichbaren vulnerablen Gruppen.

Im **§20b neu „Betriebliche Gesundheitsförderung“** sollten aus Sicht der DVSG in Absatz 1 Satz 1 nicht nur die Betriebsärzte und die Fachkräfte der Arbeitssicherheit ergänzt werden, sondern wegen ihrer Bedeutung für u.a. die betriebliche Suchtprävention auch die betriebliche Sozialarbeit als Akteure genannt werden. Nach dem Wort „Betrieb“ sollen die Wörter „sowie der Be-

triabsärzte, **der Betrieblichen Sozialarbeit** und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ eingefügt werden.

Als Schritte in die richtige Richtung ist aus unserer Perspektive zu bewerten, dass mit der „**Nationalen Präventionsstrategie**“ (§20d) und der **Bildung einer nationalen Präventionskonferenz §20e**, über die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen und die Berichtspflicht in Zukunft eine Koordinierung und Systematisierung der Präventionsziele vorgenommen wird und die Transparenz erhöht wird. Besonders die Einbeziehung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende in §20d Absatz 3 wird begrüßt.

Die Ergänzung der Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in **§ 1 SGB V** ist aus Sicht der DVSG nicht hinreichend präzise formuliert. Liegt in der Umsetzung des Gesetzes der Schwerpunkt auf der Förderung der Eigenkompetenz im Sinne der Entwicklung lebensweltorientierter gesundheitsedukativer und beratender Angebote so kann die Neuregelung positive Effekte hervorrufen. Wird der Schwerpunkt auf einen eingeschränkten Eigenverantwortungsbegriff gelegt, besteht die Gefahr, die gesundheitsschädigende Wirkung von Arbeitslosigkeit, Armut, belastenden Familien-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen sträflich zu vernachlässigen. Der Fokus muss genauso auf die Entwicklung der sozialen Lebensverhältnisse und ihren Einflusses auf die Gesundheit, insbesondere unter dem Aspekt der Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien gerichtet sein. Hier unterstützt die DVSG den Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates in Artikel 1 Nummer 1 ist in § 1 Satz 2 die Formulierung anzufügen: „sowie die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit der Versicherten zu erhöhen.“

Insgesamt sollte aus Perspektive der DVSG der Gesetzentwurf ein entschlosseneres Signal senden, die vorherrschende Verengung der gesetzlichen Regelungen auf verhaltenspräventive und arztzentrierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung aufzubrechen. Die Umsetzung des Gesetzes darf daher schwerpunktmäßig nicht auf individuelle Verhaltensänderungen ausgerichtet sein, denn sonst besteht die Gefahr, dass die Schaffung, Stärkung und Nutzung von gesundheitlichen Ressourcen aus dem Blick gerät. Gerade hier sieht die DVSG jedoch eine wesentliche Chance, durch Förderung der Eigenkompetenz breiter Bevölkerungsgruppen den gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsstatus zu stärken und nachhaltig zu verbessern.

Berlin, 20.April 2015

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.  
Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

T +49 (0) 30 39 40 64 541

F +49 (0) 30 39 40 64 5-45

[www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)

Sitz: Berlin, Registergericht Amtsgericht Berlin Charlottenburg VR 31524 B  
1. Vorsitzender: Ulrich Kurlemann, 2. Vorsitzende: Heike Ulrich