

**Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention  
(BT-Drucksache 17/13080)  
und zum  
Antrag Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Ver-  
sorgungslücken schließen  
(BT-Drucksache 17/9059)**

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.

**A) Zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (17/13080)**

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention greift die Bundesregierung ein bedeutendes gesundheitspolitisches Thema auf. Prävention und Gesundheitsförderung trägt dazu bei, die individuelle Gesundheit zu verbessern und 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.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen besteht die zentrale Herausforderung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland darin, ein Bewusstsein für Lebensweltorientierung zu fördern, vernetztes Handeln zwischen den verschiedenen Protagonisten der Lebensbereiche (Gesundheit, Wohnen, Bildung, Arbeit, Sozialraum) zu schaffen und die Partizipation benachteiligter und hoch vulnerabler Gruppen sicherzustellen.

Diese werden bis dato nur unterdurchschnittlich von den bisherigen überwiegend verhaltenspräventiven Angeboten erreicht. Eine weitere Fokussierung des Zugangs zu Prävention und Gesundheitsförderung auf ärztliches Handeln<sup>1</sup> durch Präventionsempfehlungen greift zu kurz. Die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wird bei diesen Gruppen auch durch die Gewährung von Boni durch die Krankenkassen nicht positiv beeinflusst.

Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote, die den spezifischen Zugangswegen und Bedürfnissen von benachteiligten Gruppen entsprechen, zeigen hier Erfolge, wie dies in verschiedenen Netzwerken und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (wie z.B. Gesundheit Berlin-Brandenburg), deutlich wird. Diese Angebote sind allerdings zu einem großen Teil nicht verstetigt und finanziell abgesichert, sondern häufig nur projekthaft umgesetzt.

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention verfolgt leider kein umfassendes Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung, sondern beschränkt sich auf einige punktuelle Verbesserungen im Bereich überwiegend verhaltensorientierter primärpräventiver Maßnahmen. Die Verpflichtung, Leistungen an Gesundheitszielen auszurichten, die Angebote wissenschaftlich zu evaluieren und die Pflicht über deren Umsetzung zu berichten wird von der DVSG als positiv eingeschätzt. Gleichfalls ist die Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Betrieben als Pflichtaufgabe der Krankenkassen durch die Anhebung der finanziellen Mittel, die von den Krankenkassen für dieses Ziel einzusetzen sind, positiv zu bewerten.

Grundlegend kritisch ist anzumerken, dass der Gesetzentwurf neben der Primärprävention im Sinne einer umfassenden Strategie auch die Verbesserung der Sekundär- und Tertiärprävention als Ziel beinhalten sollte. Zum einen sind in diesen Bereichen viele Potenziale nicht ausgeschöpft, zum anderen gewinnt Tertiärprävention auf Grund der steigenden Anteile älterer Menschen und Menschen mit chronisch degenerativen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung.

Die Schwerpunktsetzung des Gesetzentwurfs auf verhaltenspräventive Ansätze stellt eine Verengung des Präventionsgedankens dar, die den besonderen Anforderungen für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation insbesondere von benachteiligten Gruppen nicht gerecht wird. Die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung zeigt, dass besonders die Kombination von Maßnahmen, die sowohl auf das Gesundheitsverhalten als auch auf die Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen zielen, positive und nachhaltige Effekte zeigt. 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 Schulsozialarbeit.

Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung findet vor Ort in der Lebenswelt der Menschen statt. Dies setzt Kompetenzen und Wissen über die Akteure und gewachsenen Strukturen vor Ort voraus. Es bedarf einer Koordinierung der verschiedenen Ebenen von Zielentwicklung, Finanzierung, Planung und Durchführung der Maßnahmen auf Gemeindeebene.

---

<sup>1</sup> Siehe Entwurf S. 29

Zu einzelnen Änderungen:

### **Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:**

Grundsätzlich geht die DVSG davon aus, dass die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und eine umfassende Strategie erfordert, die sowohl Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten als auch Maßnahmen zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Bedingungen beinhaltet. Prävention und Gesundheitsförderung als zwei sich ergänzende Strategien sollten systematisch als 4. Säule der Gesundheitsversorgung ausgebaut werden.

In der Finanzierung und der Steuerung der Prävention und Gesundheitsförderung muss sich die gesamtgesellschaftliche Verantwortung widerspiegeln. Daher greift ein Gesetz, das nur Regelungen im Bereich der Krankenversicherung trifft, zu kurz. Die DVSG erwartet von einem Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere die Stärkung auch von nicht-ärztlichen Interventionsformen.

Vor diesem Hintergrund sollten alle Verantwortungsbereiche gebündelt werden, um zu umfassenden Lösungsansätzen zu kommen. Neben der Krankenversicherung gehören hierzu alle weiteren Sozialversicherungsträger sowie Bund, Länder und Kommunen als wichtige Akteure im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure müssen abgestimmt und gebündelt werden. Nur so können wirksame, in der Lebenswelt der Menschen ansetzende Lösungen entwickelt und umgesetzt werden. Nicht zuletzt werden dadurch auch Synergieeffekte erreicht.

Unter der Maßgabe, dass aus Sicht der Sozialen Arbeit die erwähnte grundsätzliche und umfassende Regelung von Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich ist, werden im folgenden Hinweise für die geplanten Regelungen gegeben:

#### **Zu § 1 Satz 1, Ziffer 1 SGB V:**

Der neue Einschub in § 1 SGB V, der die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung des Versicherten stärker betont, verkennt aus Sicht der Sozialen Arbeit, die in der Praxis häufig sozial hoch belastete Menschen berät und unterstützt, die komplexe Verknüpfung von prekären Lebensverhältnissen mit individuellem Gesundheitsverhalten. Es wird impliziert, dass jeder einzelne Mensch die vielfältigen Faktoren für seine Gesundheit willentlich beeinflussen kann und unterschätzt die gesundheitsschädigende Wirkung von Arbeitslosigkeit, Armut, belastenden Familien-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen. Damit wird die Aufmerksamkeit auf die Verhaltensaspekte gelenkt, während unserer Auffassung nach der Fokus auf die Entwicklung der materiellen Lebensverhältnisse und ihres Einflusses auf die Gesundheit bzw. die Möglichkeiten Beeinträchtigungen zu bewältigen gerichtet sein müsste. Die Schaffung, Stärkung und Nutzung von gesundheitsförderlichen (Umwelt-)Ressourcen gerät so aus dem Blick.

#### **Zu § 20 – Primäre Prävention – Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5:**

Die Regelungen in diesen Absätzen stellen klar, welche Leistungsarten die Krankenkassen in welchem Verhältnis erbringen sollen. Um mit Blick auf sozioökonomisch benachteiligte und/oder vulnerable Bevölkerungsgruppen eine deutlichere Schwerpunktsetzung vorzunehmen, wäre es wünschenswert, den Anteil von einem Euro für jeden Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf zwei Euro zu Lasten der individuellen Verhaltensprävention zu verdoppeln.

## **Zu § 20 – Primäre Prävention – Absatz 6:**

Die DVSG hält eine Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Durchführung von kassenartenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für nicht sachgerecht. Gerade der gesundheitswissenschaftlich fundierte Settingansatz mit seiner Lebensweltorientierung erfordert die Umsetzung von Leistungen in regionalen Zusammenhängen unter Nutzung der kommunal und regional vorhandenen Dienste und Einrichtungen. Es ist kaum vorstellbar, dass eine einzelne Organisation auf Bundesebene die Aufgabenfülle alleine bewältigen und vor allem regional vorhandene Kompetenzen sinnvoll einsetzen und koordinieren kann. Die DVSG regt daher eine Organisation auf Länderebene unter Beteiligung aller Akteure an, die regionale Aktivitäten koordiniert und fördert. Bereits bestehende Strukturen sollten dabei einbezogen werden. In die Finanzierung der Maßnahmen auf Landesebene sollten Bundes-, Länder- und kommunale Mittel sowie Mittel aus den gesetzlichen Sozialversicherungen und privaten Krankenversicherungen zusammengeführt werden.

## **Zu § 20a – Betriebliche Gesundheitsförderung:**

Die Klarstellung, dass in Betrieben auch Betriebsärzte und die Mitarbeitervertretungen an den Leistungen zur Gesundheitsförderung zu beteiligen sind, wird begrüßt. In den meisten Großbetrieben und auch in vielen mittelständischen Betrieben gibt es darüber hinaus Betriebliche Sozialarbeit (Sozialberatung), die ebenfalls einen erheblichen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung (u.a. Suchtprävention) leistet. Damit alle vorhandenen Kompetenzen für die Aufgaben genutzt werden, sollte auch die Betriebliche Sozialarbeit in die gesetzliche Regelung mit einbezogen werden.

Darüber hinaus sollte in derzeitigen Absatz 2 des § 20a SGB V ergänzt werden, dass die Krankenkassen neben der Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträger auch mit den zuständigen Rentenversicherungsträgern zusammenarbeiten sollten, um die Kompetenzen und Leistungsangebote aller Akteure zusammenzuführen und zu koordinieren. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen, die nicht über einen betriebsärztlichen Dienst und Betriebliche Sozialarbeit verfügen, müssen alle zur Verfügung stehenden Dienstleistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich gemacht werden. Die Deutsche Rentenversicherung verfügt unter anderem im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der betrieblichen Gesundheitsförderung über die entsprechende Expertise und bietet Unternehmen verstärkt entsprechende Dienstleistungen an. Ein Beispiel ist hier der Betriebsservice „Gesunde Arbeit“ der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

Die in Absatz 4 vorgesehenen gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen sollten ebenfalls nicht losgelöst von den weiteren Akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung gesehen werden. Sinnvoll wäre es die Koordinierungsstellen nicht nur kassenartenübergreifend, sondern vielmehr trägerübergreifend anzulegen.

## **B) Zum Antrag Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen (BT-Drucksache 17/9059)**

Die Bestandsaufnahme zur Situation in Deutschland in Teil I. des Antrags „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059) wird von der DVSG weitgehend geteilt. Insbesondere der Hinweis auf den ausgeprägten Einfluss der sozialen Herkunft auf die gesundheitliche Lage ist dabei hervorzuheben.

Die unter Punkt II.1. genannten Maßnahmen sind aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zielführend, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Dabei muss die Bedeutung eines lebensweltorientierten Ansatzes, der die Implementierung gesundheitsfördernder Strukturen ermöglicht noch über den Antrag hinausgehend gestärkt werden. Es muss eine bessere Verzahnung der Institutionen des Gesundheitswesens mit den Einrichtungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, Schulen, Kitas, usw. erfolgen. Bei Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status bestehen neben den gesundheitlichen Problemen häufig noch eine Reihe weiterer ökonomischer, familiärer und wohnungsbedingter Schwierigkeiten, welche die Familien belasten und die Kindergesundheit bedrohen bzw. die Wiederherstellung erschweren.

Die unter 1.f) geäußerte Einschätzung der mangelnden Transparenz bei Rehabilitationsverfahren mit negativen Folgen für sozial benachteiligte Familien teilt die DVSG.

An der Schnittstelle Gesundheitswesen – Sozialwesen, aber auch Akutversorgung – Rehabilitation sind in Akut- und Kinderkliniken sowie Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken seit vielen Jahren Sozialarbeiter/Sozialpädagogen als Lotsen und "Vermittler" zwischen den doch unterschiedlichen Systemen erfolgreich tätig. Hier muss die Rolle der Sozialen Arbeit gestärkt und die vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen (Sozialdienste und Ambulante Beratungsstellen) und im Sozialwesen (kommunale Jugendhilfe) besser genutzt werden, anstatt neue Lotsenstellen zu schaffen. Darüber hinaus gibt es ambulante Beratungsstellen, deren Angebote systematisch mit der ambulanten (kinder-)ärztlichen Versorgung verknüpft werden kann. Nicht nur in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen zu diesem Zweck Finanzierungsmöglichkeiten für die Beschäftigung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen in Ärztenetzen und Versorgungszentren, eröffnet werden.

Neben der in 1.g) geforderten Fortbildungspflicht für Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen Kontakt haben, regen wir für Institutionen und Versorgungsnetzwerke die Gründung von multiprofessionellen Kinderschutzgruppen (ähnlich wie in verschiedenen Kinderkliniken) an. Daneben sollte die Verpflichtung eines schriftlichen Konzeptes für den Umgang mit Verdachtsfällen der Kindesmisshandlung und deren Dokumentation eingeführt werden.

Zusätzlich erforderlich wäre die Sicherstellung einer qualifizierten Umsetzung des § 38 Abs. 1 SGB V Haushaltshilfe durch den Einsatz und die ausreichende Finanzierung qualifizierter Familienpflegedienste. Die bisherige Vergütung der Leistungen ist so gering bemessen, dass hierfür kein qualifiziertes Personal eingesetzt werden kann bzw. nicht genügend Dienste zur Verfügung stehen.

Als Ergänzung zu Forderung 2.e), der Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, weist die DVSG auf das Problem der finanziellen Belastung für Familien durch hohe Fahrtkosten hin. Selbst beim Vorhandensein von spezialisierten Psychotherapeuten in Ballungsgebieten sind die Fahrtkosten für arme Familien aus dem Umland nicht darstellbar. Hier muss die Politik auf die Kostenträger einwirken, Fahrtkostenerstattungen bei Kinder- und Jugendlichen bei psychotherapeutischen Behandlungen zu ermöglichen.

Berlin 8. Mai 2013