

# Wann kommt das Präventionsgesetz auch vor Ort an?

Obwohl fast alle Teile des Präventionsgesetzes bereits vor einem Jahr in Kraft traten, ist bisher in der Praxis vor Ort so gut wie noch nichts angekommen. Der Grund dafür sind die schwierigen und langwierigen bundes- und länderspezifischen Prozesse und Abstimmungen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen. Diese werden im folgenden Beitrag beschrieben und bewertet.

*Beate Grossmann und Uwe Prümel-Philippson*

## Kernpunkte des Gesetzes und die neuen Kooperations- und Organisationsstrukturen

Am 17. Juni 2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“, ein Artikelgesetz, das am 24. Juli 2015 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde und danach in Kraft trat. Bestimmte Teile des Gesetzes (Artikel 2 und 7) sind jedoch erst ab dem 1. 1. 2016 in Kraft getreten.

Das Gesetz ist der vierte Anlauf einer Bundesregierung zur Verbesserung der gesetzlichen Regelungen des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ und sieht in der Hauptsache die folgenden Neuregelungen vor: die Stärkung der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, die Intensivierung der betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere für kleine und mittelständische Betriebe, eine auf prioritäre Ziele und Handlungsbereiche ausgerichtete Nationale Präventionsstrategie, deren Umsetzungsvereinbarungen in den Ländern, Maßnahmen zur Steigerung der Qualität verhältnis- und verhaltenspräventiver Leistungen sowie eine Verdopplung der bisher für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehenden Finanzmittel.

Im Mittelpunkt des Gesetzes steht zweifelsohne die „Nationale Präventionsstrategie“ (SGB V § 20d). Sie umfasst gemäß Absatz 2 insbesondere:

- „die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
- die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4“.

In einfachen Worten ausgedrückt geht es hier also erstens um zielgeleitete Handlungsempfehlungen, denen gefolgt werden muss, wenn entsprechende Leistungen aus den Mitteln der gesetzlichen Sozialversicherung (in der Hauptsache der gesetzlichen Krankenversicherung) finanziert werden sollen und zweitens um eine Art Dokumentation der Umsetzung des Gesetzes, die erstmalig zum 1. Juli 2019 und dann alle vier Jahre vorgelegt werden soll.

## Die Bundesrahmenempfehlungen

Die Ergebnisse dieser ersten Diskussion des Entwurfs der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) wurden im Protokoll der konstituierenden Sitzung festgehalten – allerdings wurden weitere Rückmeldungen zum BRE-Entwurf aus dem Mitgliederkreis der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) in einem engen Zeitrahmen danach ermöglicht.

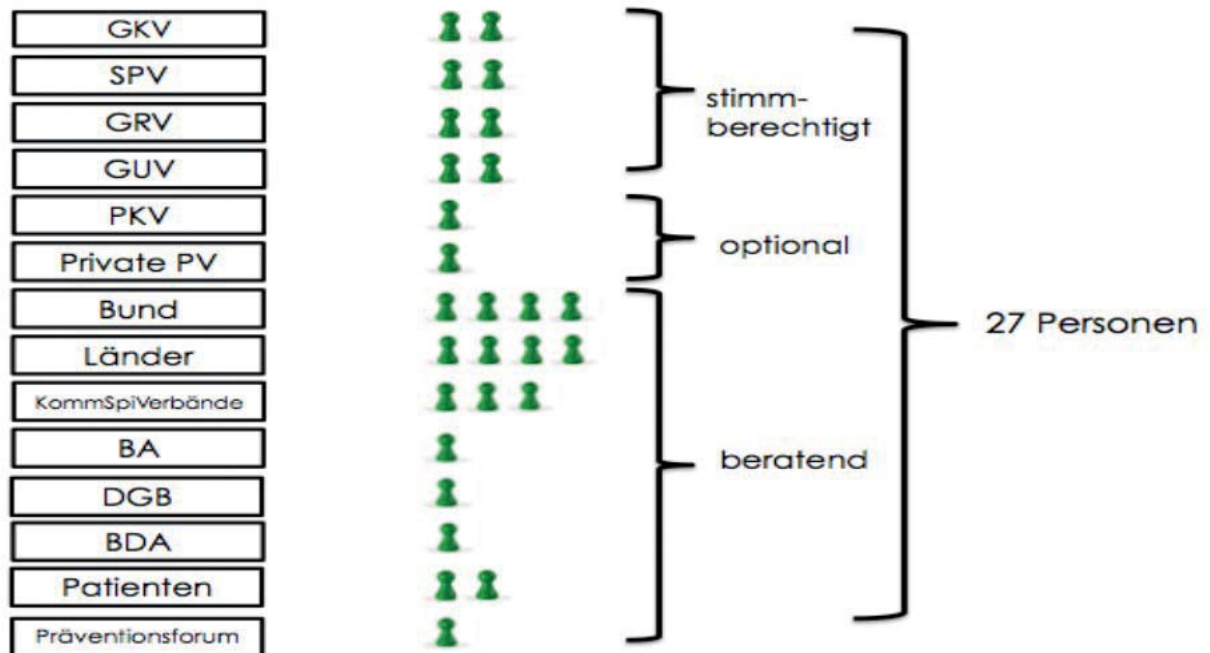
Zur Umsetzung des Gesetzes sind auch neue Kooperations- und Organisationsstrukturen geschaffen worden – diese werden vor allem durch den § 20e „Nationale Präventionskonferenz“ (auf die Rolle des Präventionsforums wird am Schluss dieses Beitrags eingegangen werden) und den § 20f „Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie“ vorgegeben.

Die Nationale Präventionskonferenz kam am 26. Oktober 2015 beim GKV-Spitzenverband in Berlin zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen, hat sich eine Geschäftsordnung gegeben und den ersten Entwurf der „Bundesrahmenempfehlungen“ diskutiert.

Das Schaubild auf der gegenüberliegenden Seite zeigt die Zusammensetzung der Nationalen Präventionskonferenz und das Schaubild auf Seite 58 gibt den Überblick über die neu geschaffenen Kooperations- und Organisationsstrukturen.

Eine synoptische Aufbereitung dieser Rückmeldungen wurde der NPK bis zum 23.11.2015 zur Verfügung gestellt, ab dem 7.12.2015 erfolgte dann die vom Gesetz vorgesehene (§ 20d Abs. 3) Benennungsherstellung mit den Bundesministerien für Gesundheit (BMG), für Arbeit und Soziales (BMAS), für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), für Ernäh-

## Zusammensetzung der Nationalen Präventionskonferenz



Dr. Beate Grossmann | BVPG

**Legende:** GKV = Gesetzliche Krankenversicherung; SPV = Soziale Pflegeversicherung; GRV = Gesetzliche Rentenversicherung; GUV = Gesetzliche Unfallversicherung; PKV = Private Krankenversicherung; Private PV = Private Pflegeversicherung; Bund = Bundesressorts; Länder = Vertreter der Bundesländer; KommSpiVerbände = Kommunale Spitzenverbände; BA = Bundesanstalt für Arbeit; DGB = Deutscher Gewerkschaftsbund; BDA = Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände; Patienten = Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen; Präventionsforum = Präventionsforum, vertreten durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

rung und Landwirtschaft (BMEL), des Inneren (BMI) sowie mit den Ländern, die ihrerseits eine Frist zur Rückmeldung erhielten. Die danach überarbeitete, finale Fassung der BRE wurde dann in der zweiten Sitzung der NPK am 19. Februar 2016 verabschiedet und veröffentlicht.

### Inhalte und Kernpunkte der Bundesrahmenempfehlungen

In der Präambel wird das Hauptanliegen der BRE wie folgt umrissen:

„Die Bundesrahmenempfehlungen sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele untereinan-

der und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken“ (S. 5). Durch die Zusammenarbeit soll erreicht werden, so die nachfolgenden „Grundsätze“:

die Menschen dabei zu stärken, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern“ (ebd.) – vornehmlich durch die Arbeit in und mit Lebenswelten: „Lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind ein Beitrag zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit“ (S. 6). Dabei sind auch geschlechtsspezifische Differenzen der Mortalität, Morbidität und des Gesundheitsverhaltens zu beachten.

Die BRE berufen sich auf den Grundsatz, dass „der Schutz vor Krankheiten und Unfällen und die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und gesellschaftlicher Teilhabe in Lebenswelten ... gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Zuständigen und Verantwortlichen (bilden)“ (S. 6). Dies bedeutet u.a., dass „Eigenleistungen der für die Lebenswelt Verantwortlichen“ (Träger und Politik) vorausgesetzt werden – die Sozialversicherungsträger können hier im Rahmen des Gesetzes lediglich unterstützend tätig sein. Weiterhin gilt:

„Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden“ (S. 9).

Zur Gewährleistung einer hohen Qualität der systematischen Integration von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelten stellen insbesondere folgende Bereiche „förderliche Faktoren für die lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung dar“ (S. 11):

- „Partizipation der Zielgruppen,
- konzeptbasiertes Vorgehen unter Verwendung möglichst evidenzbasierter Programme,
- Stärkung von persönlicher gesundheitsbezogener Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung,
- Integration verhältnis- und verhaltensbezogener Interventionen sowie
- Nachhaltigkeit durch gesundheitsförderliche Strukturen, wie insbesondere Steuerungsgremien für

### 3. Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder

- 3.1 Ziel Gesund aufwachsen
  - 3.1.1 Zielgruppen: werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende
- 3.2 Ziel Gesund leben und arbeiten
  - 3.2.1 Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige
  - 3.2.2 Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Arbeitslose Menschen
  - 3.2.3 Zielgruppe: Ehrenamtlich tätige Personen
- 3.3 Ziel Gesund im Alter
  - 3.3.1 Zielgruppe: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune
  - 3.3.2 Zielgruppe: Bewohnerinnen / Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen

die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten."

Vor diesem Hintergrund bündeln die BRE „die Anstrengungen der verschiedenen Akteure der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auf vorrangige gesundheitliche Gestaltungsaufgaben“ (ebd.), nämlich die gemeinsamen Ziele (s. S. 12):

- „Gesund aufwachsen“
- „Gesund leben und arbeiten“
- „Gesund im Alter“.

Das Kapitel 3 der BRE bietet konkret dann folgende Systematik (s. den oben stehenden Kasten "Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder").



## Die Landesrahmenvereinbarungen (LRV)

Erst mit der Verabschiedung der BRE konnte faktisch die Phase 2 der Umsetzung des Präventionsgesetzes auf den Weg gebracht werden – der Abschluss von „Landesrahmenvereinbarungen“ (LRV) gemäß SGB V § 20f (wenngleich auch entsprechende Aktivitäten seitens der Länder seit Mitte 2015 bereits parallel zur Erarbeitung und späteren Verabschiedung der BRE eingesetzt hatten).

Die LRV stellen sozusagen das Bindeglied zwischen den kompetenzrechtlichen Grenzen dieses Bundesgesetzes und der verbindlichen Befolgung seiner „Empfehlungen“ auf der Länderebene dar – das Präventionsgesetz kann nämlich wegen diverser Beschränkungen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in diesem Handlungsfeld (vgl. hierzu die Bundestagsdrucksache 18/4282 vom 11.03.2015, S. 21f und 25) seine Umsetzung lediglich im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung, hier insbesondere der Kranken- und Pflegeversicherung, nicht aber für Leistungen der Länder und Kommunen sowie weiterer verantwortlich Beteiligter regeln. Für diesen Bereich ist das Gesetz folglich nicht „strafbewehrt“ – ein Nicht-Befolgen der BRE könnte also gar nicht geahndet werden.

Dieses Problem soll deshalb durch eine „freiwillige Verpflichtung“ (was ersichtlich eine *contradictio in adiecto* darstellt) zur verbindlichen Zusammenarbeit, eben die Landesrahmenvereinbarung, behoben werden. Hierzu formuliert das Gesetz in § 20f (1):

„Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzli-

chen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.“

Auf der Jahrestagung der Landesvereini-gung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. am 7. September 2015 skizzierte die Leiterin der Unterabteilung Prävention im Bundesgesundheitsministerium, Frau Maria Becker, in ihrem Vortrag dort den aus der Sicht des BMG erwarteten „Inhalt der Landesrahmenvereinbarungen“ wie folgt:

- gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
- die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
- die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
- Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
- die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und
- die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

(Folie 14 des Vortrags, gefunden unter [http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Becker\\_Jahrestagung\\_070915.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Becker_Jahrestagung_070915.pdf)).

Ungefähr zum gleichen Zeitpunkt wurde berichtet, dass von Seiten der Sozialversicherungsträger bereits eine „Mustervereinbarung“ einer Landesrahmenvereinbarung das Entwurfsstadium passiert hätte, womit diese kenntlich machen wollten, wem in diesem Punkt letztlich die Federführung zukommt.

Tatsächlich gab es bereits kurz nach Verabschiedung des Gesetzes in 2015 sowohl bei den Sozialversicherungsträgern als auch bei den Ländern – und wohl auch schon zwischen diesen beiden beteilig-

ten Kooperationsparteien – vorbereitende Aktivitäten zur Ausgestaltung dieser Vereinbarungen auf Landesebene. Allerdings konnte nicht ernsthaft damit gerechnet werden, dass mit der Verabschiedung der BRE bereits unterzeichnungsfähige Landesrahmenvereinbarungen im Februar 2016 präsentiert werden würden.

So war es durchaus überraschend, dass dann doch bereits zum 1.4.2016 in Hessen und zum 7.4.2016 in Thüringen entsprechende Papiere unterzeichnet wurden – und einer youtube-Aufzeichnung aus dem Landtag von Mecklenburg-Vorpommern vom 21.4.2016 kann man entnehmen, dass die parlamentarische Opposition dort derzeit die Landesregierung heftig bedrängt, mit den Vorlagen der o.a. Länder gleichzuziehen (<https://www.youtube.com/watch?v=novZt-FMSZM>).

In einer diesem Thema gewidmeten Informationsveranstaltung in Hamburg am 10.2.2016 finden sich ebenfalls schon relativ klar formulierte Vorstellungen zu einer entsprechend passenden Struktur im Stadtstaat (vgl. <http://www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/5456226/informationsveranstaltung-lrv-pfp/>). Ein Blick in die beiden bereits vorliegenden Landesrahmenvereinbarungen ernüchtert indes.

Als Beispiel möge die Landesrahmenvereinbarung Hessen dienen (Text der Vereinbarung unter: [http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/praevglrv\\_hessen.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevglrv_hessen.pdf); die LRV Thüringen ist im Kern gleichlautend).

Die Präambel hier wiederholt zunächst entsprechende Formulierungen der BRE: „die Intensivierung des Engagements der Sozialversicherungsträger“ dürfe nicht „zu einer Reduktion des Engagements der übrigen Beteiligten“ führen, alle Aktivitäten sollen „nachhaltig und untereinander abgestimmt“ und „die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ solle besonders beachtet werden (S. 3).

In § 1 „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention“ werden neben den

bekanntes gesetzlich definiertes Leistungen der Sozialversicherungsträger in diesem Handlungsfeld „freiwillige Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention des Landes Hessen“ aufgeführt. In § 2 Absatz 2 wird festgelegt, dass die „Beteiligten der LRV ... gemeinsam ein ‚Dialogforum Prävention‘ als ständige Plattform“ zur Diskussion miteinander bilden, dessen Vorsitz bei der GKV liegt. Und in Absatz 4 werden als besondere Zielgruppen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit „Erwerbslose, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund“ hervorgehoben (S. 4 und 5).

Zu § 4 „Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten“ gibt es in Absatz 1 zunächst den inhaltsschwangeren Satz, dass diese „zwischen den Beteiligten der LRV in separaten Kooperationsvereinbarungen zwischen den jeweils Beteiligten geregelt werden“ kann (S. 5), und in Absatz 4 wird als zukunftsweisende Routine vereinbart, dass die „Beteiligten der LRV ... trägerübergreifende Kooperationen an(streben) und (sich gegenseitig) informieren ... im Rahmen des Dialogforums oder anlassbezogen ... über ihre jeweiligen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention“ (S. 6). Dass die „LRV endet, wenn ihre gesetzliche Grundlage ersatzlos wegfällt“ (§ 7 „Laufzeit, Kündigung, Anpassung“, S. 7), erstaunt den/die geneigte/n Leser/in dann auch nicht mehr.

### Vorläufiges Fazit

Eine solche Landesrahmenvereinbarung kann nur unter sehr großen Mühen als innovativer Impuls für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention im Lande und vor Ort wahrgenommen werden. Eigentlich stellt sie nicht mehr als einen formalen, abstrakten und allgemeinen Rahmen für eine Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern und „den in den Ländern zuständigen Stellen“ dar (§ 20f Absatz 1 SGB V), der so sicherlich auch schon vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes bestand – nämlich geregelt über die entsprechenden Bestimmungen des „Leitfadens Prävention -

Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014“.

Fraglich ist, ob der Gesetzgeber sich diese Art der (freiwilligen) Verpflichtung zur verbindlichen Zusammenarbeit unter dem o.a. Paragrafen des Präventionsgesetzes vorgestellt und erhofft hat – oder eine andere. Inwieweit insbesondere die kommunale Ebene, der Öffentliche Gesundheitsdienst und die in den meisten Bundesländern bestehenden Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung für

ihre jeweilige Praxis von diesen Landesrahmenvereinbarungen profitieren können, bleibt abzuwarten – zu hoffen ist, dass bald konkrete positive Beispiele sichtbar werden.

Im Übrigen fällt auf, dass in den vorliegenden beiden LRV keinerlei Bezug zu den Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (und deren Kooperationspartnern) vor dem Hintergrund der Regelungen des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V genommen wird – zumindest zum Aspekt der Thematik „Qualitätsanforderungen“ wäre ein Passus hier zu wünschenswert gewesen.

## Das Präventionsforum

In den bisherigen Ausführungen wurde auf die Rolle und Funktion des „Präventionsforums“ gemäß § 20e (2) SGB V noch nicht eingegangen. Das soll abschließend nachgeholt werden.

Im § 20e „Nationale Präventionskonferenz“ wird im Absatz 2 das Präventionsforum wie folgt aufgeführt:

„Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.“

Das Präventionsforum soll somit „die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz mit der Fachöffentlichkeit“ ermöglichen, womit im Umkehrschluss die Mitwirkung der Fachöffentlich-

keit an der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie in Form einer fachlich-sachlichen Beratung der Nationalen Präventionskonferenz gewährleistet wird. Alle maßgeblichen Gruppen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung sollen so ihre Vorstellungen in den Entscheidungsprozess der Nationalen Präventionskonferenz einbringen können.

Um der programmatischen Ausgestaltung der Nationalen Präventionsstrategie eine breite und vielfältige Grundlage zu geben, soll das Präventionsforum als Plattform für den regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den maßgeblichen Akteursgruppen dienen und auch die systematische Bewertung der Aktivitäten/Maßnahmen der Nationalen Präventionskonferenz ermöglichen. Das Präventionsforum wird von der BVPG durchgeführt.

Anders als von zahlreichen Beteiligten zunächst angenommen, bildet das Präventionsforum kein die NPK begleitendes Gremium, sondern erfüllt seinen Zweck durch eine in der Regel einmal im Jahr stattfindende Tagung. Das Präventionsforum hat daher auch keine Mitglieder, sondern Teilnehmende, die zur Tagung des Forums eingeladen werden. Die Zusammensetzung des Plenums soll hierbei auch die jeweils zur Beratung anstehenden konkreten Fachthemen bzw. Probleme und Fragestellungen berücksichtigen.

## Das Präventionsforum ...

- ist kein Gremium, sondern eine i.d.R. einmal jährlich stattfindende Tagung
- tagt erstmals am 13.09.2016 in Berlin und
- diskutiert die Bundesrahmenempfehlungen (BRE)
- beteiligt die stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK und
- VertreterInnen der für Prävention und Gesundheitsförderung maßgebliche Organisationen und Verbände

Dr. Beate Grossmann | BVPG

Die erste Tagung des Präventionsforums wird am 13. September 2016 in Berlin stattfinden und sich mit den am 19.02.2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen befassen. Die Ergebnisse der Diskussion im Forum werden dokumentiert und auf die Agenda der nächsten Sitzung der NPK Anfang 2017 gesetzt.

Die politische Bewertung der Rolle des Präventionsforums fiel bereits im Zusammenhang mit der Diskussion der diversen Eckpunkte und Entwürfe zum Präventionsgesetz seit 2014 gemischt aus: zum einen wurde begrüßt, dass sich hierüber insbesondere die zivilgesellschaftlichen Kräfte in den Prozess der Entwicklung und der Weiterentwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie werden einbringen können – zum anderen wurde befürchtet, dass es zu mehr als einer symbolischen Partizipation dieser Kräfte nicht reichen wird.

Die derzeitige Konstruktion des Präventionsforums kann die letztgenannten Zweifel nicht gänzlich ausräumen: zu stattlich wird die Anzahl der Teilnehmenden aus dem Kreis der Sozialversicherungsträger selbst und der VertreterInnen der staatlichen Ebenen von Bund und Ländern sein, um das Forum als „Stimme der Zivilgesellschaft“ bezeichnen zu können.

Allerdings muss auch hier erst die Probe aufs Exempel gemacht werden – die wirk-

lich spannenden Themen bzgl. der tatsächlichen Umsetzung des Gesetzes stehen ja erst ab 2017 an, so dass erst die Ergebnisse dieser Diskussionen und deren Adaptation durch die NPK aufscheinen lassen werden, wie einflussreich die beteiligten Fachsysteme wirklich sein können.


### Fazit

Nach drei gescheiterten Anläufen seit der 15. Legislaturperiode ist nun in der 18. Legislatur durch eine Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes gelungen.


Die vier zentralen Regelungserfordernisse – Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu gestalten, Qualitätsentwicklung, Evaluation und Forschung auszubauen und auf Dauer zu stellen, die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit vor allem durch verhältnispräventive Maßnahmen zu mildern und die für Gesundheitsförderung und Prävention bis dahin zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel deutlich zu erhöhen – wurden durch das derzeitige Gesetz jedoch nicht wirklich kraftvoll in Angriff genommen.

Insbesondere die zwar kompetenzrechtlich erklärbare, aber nicht befriedigende einseitige Verteilung der finanziellen Lasten auf die Schultern der gesetzlichen

**AutorInnen**



**Dr. Beate Grossmann**  
Geschäftsführerin der BVPG e.V.  
[bg@bvpraevention.de](mailto:bg@bvpraevention.de)  
[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)



**Dr. Uwe Prümel-Philippson**  
ehemaliger Geschäftsführer der  
BVPG e.V. (bis März 2016)

Krankenversicherung, die nur ansatzweise gelungene Gestaltung eines ressortübergreifenden Ansatzes und eine im Prinzip kraftlose Konstruktion von verbindlicher Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten machen es notwendig, den weiteren Verlauf der Umsetzung des Präventionsgesetzes kritisch zu begleiten.

Dieser anspruchsvollen Aufgabe einer solchen kritisch-konstruktiven Begleitung der eigentlichen Umsetzungspraxis des Gesetzes stellt sich die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. gerne. ■