SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Rauland, Horst; Böhme, Christa; Köckler, Heike

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Rauland, H., Böhme, C., & Köckler, H. (2018). Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 238-251). Hannover: Verl. d. ARL. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59413-1

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

AKADEMIE FÜR
RAUMFORSCHUNG UND
LANDESPLANUNG

Rauland, Horst; Böhme, Christa; Köckler, Heike

Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

URN: urn:nbn:de:0156-0853180

CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

S. 238 bis 251

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Die ARL ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Horst Rauland, Christa Böhme, Heike Köckler

DAS PRÄVENTIONSGESETZ UND SEINE POTENZIALE FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

Gliederung

1 Einleitung
2 Das Präventionsgesetz im Überblick
3 Förderung von Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz im Handlungsfeld Stadtplanung
4 Praxisbeispiele mit Modellcharakter
5 Fazit
Literatur

Kurzfassung
Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention) als Teil des Fünften Sozialgesetzbuches im Jahre 2015 hat der Bundestag die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten unterstrichen. Beide sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Hieraus ergeben sich auf Basis des Leistungskatalogs des Leitfadens Prävention des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen eine Reihe von Anknüpfungspunkten für Stadtplanung und Stadtentwicklung in den Bereichen Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Förderung von Vernetzungsprozessen. Bereits vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes haben sich vereinzelt Krankenkassen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung finanziell engagiert. Dieses Engagement kann konkrete Vorbilder für die Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting Kommune liefern.

Schlüsselwörter
Prävention – Präventionsgesetz – Krankenkassen – Stadtplanung – Praxisbeispiele

The Prevention Act and its potential for health-promotion in urban regions

Abstract
By passing the Prevention Act in 2015 the German Bundestag underlined the importance of prevention and health promotion in various settings. Both are to be implemented where people live, learn and work. Based on a guideline on prevention by the statutory health insurance organisations several starting points for urban planning and development can be identified: needs assessment, development of goals, advice on environmental health prevention, development of multipliers, planning and imple-

mentation of measures for environmental health promotion, documentation, evaluation, public relations and support of network activities. Even before the Prevention Act was passed a few health insurance organisations provided financial support for health-promoting urban development. These activities could function as examples for the implementation of the Prevention Act in the settings of municipalities and neighbourhoods.

Keywords
Prevention – Prevention Act – health insurance organisations – urban planning – examples from practice

1 Einleitung

Das Präventionsgesetz ist nach einer über 20 Jahre dauernden Debatte als Teil des Sozialgesetzbuches im Juli 2015 im Bundesgesetzblatt publiziert worden (BGBl. 2015 I: 1368). Es soll sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen stärken. Damit spricht das Gesetz zwei Handlungsansätze an, die trotz unterschiedlichen theoretischen Ursprungs und unterschiedlicher Handlungslogiken als sich ergänzend und voneinander profitierend zu verstehen sind (siehe ausführlich zu Prävention und Gesundheitsförderung Beitrag von Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band).

Im Präventionsgesetz finden die Kommunen als Setting, also Lebenswelt, Berücksichtigung, was für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ein neuer Ansatzpunkt ist. Somit gibt es nicht nur einen gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung in Kommunen, sondern auch eine Finanzierungsmöglichkeit, da das Gesetz die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, einen Teil ihrer Mitgliedsbeiträge für Prävention in verschiedenen Settings, und eben auch in der Kommune und dem Wohnumfeld, auszugeben.

Ziel dieses Beitrags ist es, das Potenzial dieses Gesetzes für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung herauszuarbeiten. Da es zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrags noch keine Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes gibt, handelt es sich bei den hier skizzierten Gedanken und Ideen um eher theoretische Überlegungen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick zum Präventionsgesetz und zu ersten Schritten seiner Umsetzung auf Bundes- und Landesebene gegeben. Anschließend werden bisher erkennbare Möglichkeiten einer Finanzierung im Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung skizziert. Auch vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes gab es bereits erste modellhafte Aktivitäten von Krankenkassen in der Praxis, von denen ebenfalls berichtet wird, bevor im letzten Abschnitt ein Fazit gezogen wird.

2 Das Präventionsgesetz im Überblick

Historie

Bis Ende der 1970er Jahre dominierten paternalistische Präventionskonzepte in der deutschen Gesundheitsförderung. Mit der Gründung des „Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung" (heute Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.) im Jahr 1954 sowie der Einrichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 1967 wurden in den alten Bundesländern mit Unterstützung seitens der Politik Institutionen geschaffen, die sich vor allem um die Gesundheitserziehung des Einzelnen bemühten (Verhaltensprävention). Demgegenüber wurde die Gesundheitspolitik in der ehemaligen DDR staatlich-zentralistisch gestaltet und die staatliche Verantwortung für eine allgemeine Prophylaxe betont. Gesundheitsförderung und -vorsorge begriff man in der ehemaligen DDR als allgemeine sozialpolitische Aufgabe und führte beispielsweise Massenimpfungen und Reihenuntersuchungen in Schulen und Betrieben ein. Die sozialhygienische Orientierung im Gesundheitswesen schlug sich auch in der Gründung verschiedener Institute nieder. So entstand beispielsweise im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden im Jahr 1967 das Institut für Gesundheitserziehung. In beiden deutschen Staaten dominierten bis zum Ende der 1970er Jahre eher bevormundende Erziehungskonzepte, die den Einfluss der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit nicht betrachteten (RKI 2006: 125-127).

Ab Anfang der 1980er Jahre rückten sowohl in der Wissenschaft als auch in der Gesundheitspolitik zunehmend die gesellschaftliche Determiniertheit (soziale Verhältnisse) von Gesundheit und Krankheit sowie umwelthygienische Aspekte in den Blick. Damit gewann die Verhältnisprävention an Bedeutung. Die sogenannte Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation stärkte die Idee der Verhältnisprävention auf internationaler Ebene. Mit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurde das erste umfassende deutsche Projekt zur gemeindebezogenen kardiologischen Präventionsforschung initiiert. Daneben gab es zahlreiche Forschungsarbeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie diverse Krankenkassenprojekte, beispielsweise die BKK-Studie „Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen" (Georg/Stuppardt/Zoike 1981/1982). Im Jahr 1989 wurden durch Einführung des §20 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) die Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung auch gesetzlich verankert.

Dabei erhielten die gesetzlichen Krankenkassen einen allgemeinen Präventionsauftrag, der im Jahr 1996 im Zuge der sogenannten „Bauchtanzdiskussion" wieder gestrichen wurde. Teilweise hatten die Gesundheitsangebote den Charakter von Marketingmaßnahmen angenommen und entsprachen nur rudimentär Qualitätssicherungsaspekten. Dies führte im sog. Beitragsentlastungsgesetz von 1996 dazu, dass der §20 wieder enger gefasst wurde. Er beschränkte die Pflichtleistungen der Krankenkassen auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, auf Schutzimpfungen und krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung. Damit wurde die weitere Entwicklung der primären Prävention im Gesundheitswesen unterbrochen. Mit der Neufassung des §20 SGB V im Jahr 2000 haben die Krankenkassen jedoch wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten.

Aktuelle Entwicklung: Das Präventionsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) als Artikelgesetz verabschiedet. Die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach führte dazu aus: „Mit dem Präventionsgesetz stärken wir die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld – in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim. Außerdem werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt, und der Impfschutz wird verbessert. Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen“ (BMG 2016: 1).

Das Präventionsgesetz soll die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Zudem sollen die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Der Gesetzentwurf setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch das Gesetz als weitere Sozialversicherungsträger die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung in Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden. So erhält die soziale Pflegeversicherung einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können. Die privaten Krankenkassen werden mit dem Präventionsgesetz allerdings nicht adressiert.

Die Krankenkassen sollen künftig jährlich mindestens rund 490 Millionen Euro in Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Dazu soll der Ausgabenrichtwert entsprechend §20 Abs. 6 SGB V von derzeit 3,17 Euro auf 7 Euro je Versicherten und Jahr angehoben werden. Hiervon sind mindestens 2 Euro für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu verausgaben.

Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird durch das Präventionsgesetz um rund 30 Millionen Euro erhöht. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen nach §20h Abs. 3 SGB V ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung. Damit wird unterstrichen, dass sich Patienten/Betroffene aktiv im Sinne von Selbstbestimmung/Selbstverantwortung für ihre Belange einsetzen können (Empowerment).

In einer Nationalen Präventionskonferenz (§20e SGB V) sollen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen, wobei Länder und Kommunen allerdings nicht stimmberechtigt sind. Die hierfür zu entwickelnde nationale Präventionsstrate-

gie soll sich auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen beziehen.

Bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen
Die nationale Präventionsstrategie (§20d SGB V) umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Rahmenempfehlungen sollen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Sie sollen die Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen verbessern.

Inhalt der Rahmenempfehlungen sind insbesondere Festlegungen zu gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen. Bei dieser Festlegung werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt.

Beschlossen werden die Rahmenempfehlungen von der Nationalen Präventionskonferenz, der neben den Sozialversicherungsträgern u.a. folgende Institutionen angehören:

> die Bundesagentur für Arbeit,

> die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene,

> die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie

> die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden.

Die im Februar 2016 verabschiedeten ersten Bundesrahmenempfehlungen (Nationale Präventionskonferenz 2016) gliedern sich in drei am Lebenslauf orientierte Ziele, denen sich die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung widmen: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Die gewählte Systematik gewährleistet, dass grundsätzlich jede Person mit den lebensweltbezogenen Angeboten der Sozialversicherungsträger in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Sicherheit und Teilhabe erreicht werden kann.

Im Kapitel 2 (Grundsätze) der Rahmenempfehlungen heißt es: „Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen sind von erheblicher gesundheitlicher Bedeutung. Sie werden maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet. Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports. Dazu zählen insbesondere:

> Kommunen

> Kindertagesstätten

> Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung

> Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen

> Hochschulen

> Betriebe

> Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

> Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung“

(Nationale Präventionskonferenz 2016: 5 f.).

Weiter wird explizit herausgestellt:

„Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z. B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet“ (Nationale Präventionskonferenz 2016: 6).

Landesrahmenvereinbarungen
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 (u. a. Gesundheitsministerium, Landesbehörde Arbeitsschutz) auf Basis der bundesweiten Rahmenempfehlungen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (§20f SGB V).

Darin werden insbesondere Festlegungen getroffen über

> 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,

> 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.

Bis Dezember 2016 hatten folgende Länder eine entsprechende Landesrahmenvereinbarung beschlossen: Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen. Im Wesentlichen orientieren sich diese Landesrahmenvereinbarungen an den Vorgaben der Bundesrahmenempfehlungen.

3 Förderung von Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz im Handlungsfeld Stadtplanung

Das Setting Kommune wurde zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden in den letzten Jahren bereits mehrfach thematisiert und hat sich beispielsweise im Jahr 2013 in der gemeinsamen „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ niedergeschlagen. Auch im „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen ist bereits seit vielen Jahren dem Setting Kommune ein eigenes Kapitel gewidmet.

Im Leitfaden Prävention wird betont, dass die übergreifenden Kriterien für die Durchführung von Maßnahmen in Settings auch für das Setting Kommune gelten. Es wird jedoch besonders hervorgehoben, dass Gesundheit(sförderung) bereits in den kommunalen Zielkatalog aufgenommen sein muss (GKV-Spitzenverband 2014: 28). Dies kann beispielsweise durch einen Ratsbeschluss im Rahmen der Mitgliedschaft einer Stadt im Gesunde Städte-Netzwerk gewährleistet sein. Die Krankenkassen verstehen sich also nicht als Initiatoren einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, sondern unterstützen bestehende Prozesse. Ferner wird im Leitfaden Prävention deutlich gemacht, dass sich Krankenkassen bei Projekten nur dann einbringen, wenn die Partner ihren jeweiligen inhaltlichen und finanziellen Teil erfüllen (ebd.). Kommunale Pflichtaufgaben können von Krankenkassen generell nicht übernommen werden.

Der GKV-Spitzenverband sieht vor allem im Setting Kommune die Möglichkeit solche Gruppen zu erreichen, die über die Settings Kita, Schule und Betriebe nicht erreicht werden. Hierzu zählen insbesondere Arbeitslose, sozial isolierte, alte Menschen und auch Alleinerziehende (siehe ausführlich im Leitfaden Prävention Kapitel 4.5.4 „Besondere Zielgruppen im Setting Kommune“). Weitergehende Ansätze setzen an einer Veränderung der Gesundheitsdeterminanten im Setting Kommune an und verfolgen somit das Ziel der Kommune als gesundheitsförderndes Setting und nicht – allein – der Gesundheitsförderung im Setting Kommune.

Der übergreifende Leistungskatalog zur Prävention in Settings des Leitfadens Prävention, der demnach auch für das Setting Kommune gilt, umfasst die folgenden Aufgaben:

> „Bedarfsermittlung und Zielentwicklung

> Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen

> Fortbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung

> Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen

> Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung

> Öffentlichkeitsarbeit

> Förderung von Vernetzungsprozessen“ (GKV-Spitzenverband 2014: 25)

Da es bislang keinerlei Erfahrungswerte für eine Förderung im Handlungsfeld Stadtplanung nach dem Präventionsgesetz gibt, werden im Folgenden als Anregung für die aktuelle Diskussion mögliche Beispiele von Maßnahmen/Projekten, die einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung dienen und nach unserer Einschätzung von Krankenkassen gefördert werden könnten bzw. sollten, exemplarisch skizziert.

Bedarfsermittlung und Zielentwicklung
In einem Wohnquartier mit einem hohen Anteil an älteren Menschen könnte, finanziert durch eine Krankenkasse, eine Analyse von Barrieren (Bordsteinkanten, Hauseingänge, Anbindung an den ÖPNV, ...) sowie von Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt und die Entwicklung konkreter räumlicher Ziele veranlasst werden. Diese Ziele könnten adressatenspezifisch aufbereitet werden. So könnten das Tiefbauamt als Adressat für bauliche Maßnahmen im öffentlichen Straßenraum, eine Wohnungsbaugesellschaft als Eigentümerin von Immobilien sowie die Verkehrsbetriebe gezielt angesprochen werden. Sollte das entsprechende Quartier per politischen Beschluss als Handlungsraum für altengerechtes barrierearmes Wohnen identifiziert worden sein, würde dies eine Förderung einer Bedarfsanalyse und Zielentwicklung durch eine gesetzliche Krankenkasse unterstützen.

Im Bereich einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung gibt es verschiedene Möglichkeiten, Bedarfe und Ziele zu ermitteln. Verschiedene Möglichkeiten für Bestandsanalysen wurden exemplarisch in fiktionalen Fachplänen Gesundheit erarbeitet (zum Fachplan Gesundheit siehe Beitrag von Baumgart/Dilger in diesem Band).

Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen
Eine Vielzahl von räumlichen Planungen könnte durch konkrete gesundheitsbezogene Inhalte stärker auf Gesundheitsförderung ausgerichtet werden. So ist es beispielsweise bei der Überplanung eines zentralen Stadt-/Quartiersplatzes vorstellbar, Belange sozial isolierter Menschen einzubringen. Diese Bevölkerungsgruppe bringt sich auf-

grund ihrer isolierten Lebensweise in der Regel nicht selbst in die Planung ein. Unterstützt durch die Krankenkassen – über verschiedene Beteiligungsformen (Anwaltsplanung oder Ähnliches) – könnten die Belange dieser spezifischen Zielgruppe beratend in einen Planungsprozess einfließen.

Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung werden in Verfahren der formellen und informellen räumlichen Planung nicht immer routinemäßig betrachtet. Dies ist sowohl in einer begrenzten Berücksichtigung gesundheitlicher Belange vonseiten der Planerinnen und Planer als auch in mangelnden Beiträgen von Akteuren des Gesundheitswesens in Planungsverfahren begründet. Hier könnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung spezifisch für dieses Handlungsfeld als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind aber nicht nur in der Verwaltung, sondern auch in privaten Planungsbüros und unterschiedlichen Trägern des Gesundheitswesens zu sehen. Eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsverbänden und den Krankenkassen ist hier zielführend.

Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
Verhaltenspräventive Maßnahmen sind weniger in der Gestaltung als vielmehr in der Nutzung von Räumen anzusiedeln. Die Qualität eines Raumes (Platz, Park, Schulhof) ergibt sich erst aus dem Zusammenspiel von Gestaltung und Nutzung. Wenn verhaltenspräventive Maßnahmen zu einer aktiven Nutzung des öffentlichen Raums führen (z.B. Angebote wie Qigong, Boule, Parcours, Nordic Walking in öffentlichen Parkanlagen), ist dies eine Möglichkeit der Gesundheitsförderung, die von Krankenkassen im Sinne des Präventionsgesetzes unterstützt werden kann.

Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
Wenn Maßnahmen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung entwickelt, geplant und implementiert werden, ist eine Dokumentation und Evaluation im Sinne einer Qualitätssicherung für die verschiedensten Bereiche und auch für den Bereich der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung anwendbar.

Öffentlichkeitsarbeit
Der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist in verschiedenen Bereichen der räumlichen Planung relevant und erstreckt sich über die Teilhabe an Entscheidungsprozessen (vgl. Beitrag Köckler/Quilling zu Partizipation in diesem Band) bis zu Informationen zur Nutzung von Angeboten. Eine über die Pflichtaufgaben hinausgehende Öffentlichkeitsarbeit, die insbesondere gesundheitliche Aspekte von Stadtplanung thematisiert, kann die gesundheitsfördernden Möglichkeiten, die viele Stadträume bieten, einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machen (z.B. Broschüre zu Stadtteilspaziergängen).

Förderung von Vernetzungsprozessen
Die Krankenkassen könnten unterschiedliche kommunale Vernetzungsprozesse stärken und deren Verstetigung unterstützen. Dies reicht von dauerhaft eingerichteten Strukturen wie der kommunalen Gesundheitskonferenz (Parallelstrukturen gilt es zu vermeiden) bis hin zu Strukturen, die im Rahmen von Förderprogrammen von EU,

Bund und Ländern entstanden sind und deren Erhalt auch über die staatliche Förderung hinaus begrüßenswert ist. So entstehen im Rahmen des Programms „Soziale Stadt" häufig Vernetzungsstrukturen in den Quartieren, deren Fortbestand beispielsweise über die Einrichtung eines Verfügungsfonds, wie er im folgenden Kapitel beschrieben wird, gestärkt werden kann.

4 Praxisbeispiele mit Modellcharakter

Bereits vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes haben sich vereinzelt Krankenkassen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung finanziell engagiert. Dieses Engagement kann nun Modellcharakter für die Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting Kommune haben. Gleichzeitig kann das Präventionsgesetz dazu beitragen, diese Ansätze zu verstetigen und in die Breite zu tragen. Einige solcher beispielhaften Praxiserfahrungen werden daher im Folgenden dargestellt.

Gesundheitsteam vor Ort
Das Setting-Projekt „Gesundheitsteam vor Ort" wurde im Rahmen der Familien unterstützenden Kampagne „Viva Familia" durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) in Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen (hierzu und im Folgenden: Bär/Böhme/Reimann 2009: 102 ff.; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2009; Ohlig/Aman 2012). Das vom Land gemeinsam mit Krankenkassen finanzierte Modellprojekt zielte auf die Verbesserung der Gesundheitssituation von Familien in sozial benachteiligten Wohngebieten und wurde in den Soziale-Stadt-Gebieten Trier-Nord und Mainz-Neustadt umgesetzt. Mit vielfältigen gesundheitsfördernden Maßnahmen, die sich an den im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes formulierten Kriterien orientierten, ergänzte das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort" die investiven baulichen Maßnahmen des Programms „Soziale Stadt" zur Verbesserung der Lebensbedingungen in den beiden Stadtteilen.

Konkret setzten sich die Gesundheitsteams berufsübergreifend aus Fachkräften des Gesundheits- und Sozialbereichs (Ärzte, Hebammen, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter) zusammen. Eine Steuerungsgruppe, der die Gesundheitsteams sowie Vertreterinnen und Vertreter aus lokalen Einrichtungen, Arbeitsgruppen und Initiativen des Gesundheits- und Sozialbereichs angehörten, analysierte die Bedarfssituation im Stadtteil, legte auf dieser Grundlage Zielgruppen und Handlungsfelder fest und entwickelte schließlich die Maßnahmen, die vor Ort umgesetzt wurden (u.a. niedrigschwellig, im Stadtteilbüro angesiedelte medizinische und zahnmedizinische „Sprechstunde vor Ort", Bewegungs- und Sportangebote für Frauen sowie Kinder und Jugendliche). Mitglied der Steuerungsgruppe war zudem die für das Projektmanagement zuständige Projektkoordination, die die Zusammenarbeit der Akteure sowie den Austausch und die Kontaktpflege mit dem MASGFF unterstützt hat. In Trier-Nord war die Koordinierungsstelle an das seit 1999 im Rahmen des Programms „Soziale Stadt" eingerichtete Quartiersmanagement angebunden, in der Mainzer Neustadt beim Caritasverband Mainz, ein im Stadtteil fest etablierter und seit 30 Jahren in der Gemeinwesenarbeit aktiver Träger, angesiedelt.

Für die Durchführung von Projekten stand für jeden der beiden Stadtteile ein jährliches Budget von rund 30.000 Euro zur Verfügung, welches vom MASGFF und kassenübergreifend von gesetzlichen Krankenkassen (u. a. AOK Rheinland-Pfalz, BKK Landesverband Rheinland-Pfalz, IKK Südwest-Plus, Landesverband VdeK/AEV) finanziert wurde. Der Kontakt und der Austausch zu den Krankenkassen erfolgte über das Ministerium. Dabei wurde die Koordinierungsstelle ausschließlich durch das Land finanziert, während die Kosten für die Maßnahmen zu 75% von den Krankenkassen und zu 25% vom Land getragen wurden. Die einzelnen Krankenkassenverbände finanzierten anteilig unter Berücksichtigung der offiziellen KM6-Statistik (Mitgliederzahlen der einzelnen Kassenarten).

Ein solches kassenübergreifendes Engagement für gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist aufgrund der Konkurrenzsituation der Kassen bislang immer noch selten und kann beispielhaft für die im Präventionsgesetz gewünschten kassenübergreifenden Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sein.

Verfügungsfonds für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung
Die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) hat in Kooperation mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) und der Techniker Krankenkasse (TK) in fünf benachteiligten Stadtteilen in Hamburg (Harburg, Hohenhorst, Langenhorn, Lurup, Rothenburgsort) Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (KoBa) eingerichtet (hierzu und im Folgenden: Difu 2015; TK 2014a: 8).

Die Aufgaben der KoBa sind:

> Bestandsaufnahme von Ressourcen und Bedarfen,

> Entwicklung einer Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung im jeweiligen Quartier und Stärkung des Aufbaus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten,

> Lotsenfunktion zwischen den Bereichen Gesundheit, Quartiersentwicklung, Bildung, Soziales und Beschäftigung,

> Aufbau von Vernetzungs- und Partizipationsstrukturen,

> Projektentwicklung und Beratung von Trägern,

> Öffentlichkeitsarbeit.

Die TK unterstützt die beteiligten Stadtteile im Rahmen ihres Förderkonzeptes „Gesunde Kommune“ mit einem Verfügungsfonds für Mikroprojekte im Bereich Gesundheitsförderung (jährlich ca. 10.000 Euro pro Standort). Der Einsatz der Mittel aus dem Verfügungsfonds wird mit einem lokalen Gremium (z. B. Stadtteilbeirat, Runder Tisch Gesundheit) abgestimmt. Die finanzielle Förderung kleinerer Projektvorhaben im Stadtteil unterstützt lokale Empowerment- und Partizipationsprozesse.

Dabei kann die TK nur solche Projekte unterstützen, die den Förderkriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2014) und den Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015) genügen. Förderfähig sind demnach insbesondere Projekte aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressreduktion/Entspannung, Suchtprävention. Zudem sind Öffentlichkeitsarbeit für Gesundheitsförderung sowie Unterstützung von Vernetzungstätigkeiten förderfähige Bereiche.

Die TK finanziert solche Verfügungsfonds auch in den Städten Fürth und Nürnberg. Voraussetzungen für die Einrichtung eines TK-Verfügungsfonds sind insbesondere:

> ein klares Bekenntnis der Kommune zur gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung,

> das Vorhandensein einer Strategie bzw. eines Konzeptes für die gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung sowie

> die Festlegung des Vergabeverfahrens einschließlich der Mittelbeantragung und -vergabe (Bär/Böhme/Reimann 2009: 95).

Dieses Praxisbeispiel macht deutlich, dass Krankenkassen – soweit die notwendigen Rahmenbedingungen in der Kommune erfüllt sind und Gesundheitsförderung als verbindliches kommunales Ziel verfolgt wird – durchaus auch zu ungewöhnlichen und experimentellen Maßnahmen, wie sie Verfügungsfonds darstellen, bereit sind und damit einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsfördernden Stadtentwicklung – auch im Sinne von Partizipation und Empowerment – leisten können.

Gesunder Landkreis

Ein weiteres Beispiel für das Engagement der TK im Bereich „Gesunde Kommune" ist das Modellprojekt „Gesunde Landkreise in Bayern" (hierzu und im Folgenden: Difu 2015; TK 2014b: 9). Das Modellprojekt wurde vom Bayerischen Gesundheitsministerium im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern." in acht Landkreisen Bayerns ins Leben gerufen. Ziel war es, in einem partizipativ angelegten Prozess die Bedarfe, aber auch die Ressourcen vor Ort zu ermitteln und mit den lokalen Akteuren auf Gemeindeebene Schwerpunkte und Ziele von Gesundheitsförderung zu definieren. Es sollten Strukturen geschaffen werden, die nachhaltige Präventionsarbeit vor Ort möglich machen. Die koordinierende Stelle in jedem der acht Landkreise wurde durch die Gesundheitsinitiative finanziert, die Techniker Krankenkasse stellte Mittel in einem Gesamtvolumen von 150.000 Euro für die konkrete Umsetzung qualitätsgesicherter Maßnahmen zur Verfügung. So haben beispielsweise einige Gemeinden Bewegungsparcours für Erwachsene eingerichtet.

Das finanzielle Engagement von Krankenkassen – so zeigt dieses Praxisbeispiel – kann also auch im regionalen Kontext erfolgen. Dies ist insbesondere für die vielen kreisangehörigen Kommunen wichtig, die aufgrund ihrer Größe kein eigenes Gesundheitsamt haben und auf die Unterstützung der Kreisgesundheitsämter angewiesen sind.

5 Fazit

Das Präventionsgesetz bietet ein Potenzial für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, das es auszugestalten und zu nutzen gilt. Durch das Gesetz wird ein konkreter, finanziell hinterlegter Anlass für eine Zusammenarbeit zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung geschaffen. Hierdurch können Maßnahmen umgesetzt werden, die derzeit im Rahmen der Wahrnehmung kommunalpflichtiger Aufgaben zu kurz kommen. Das Potenzial hat jedoch dort seine Grenzen, wo es um kommunale Pflichtaufgaben bzw. hoheitliche Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge geht. Diese können und dürfen nicht aus Beiträgen von Sozialversicherten finanziert werden. Krankenkassen engagieren sich nur in solchen Kommunen, die Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich als kommunales Ziel verfolgen und selbst einen angemessenen Eigenanteil erbringen.

Es bleibt kritisch zu begleiten, was aus dieser Chance gemacht wird. Eine Revision des Gesetzes steht nach Einschätzung Vieler nach einer ersten Implementierung an und sollte von kommunaler und raumplanerischer Seite begleitet werden.

Autoren

Christa Böhme (**1960*), *Landschaftsplanerin; seit 1991 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Deutschen Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Integrierte und gesundheitsfördernde Stadt(teil)entwicklung, Umweltgerechtigkeit, Freiraumplanung. Mitglied der „Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung“ (AGGSE), des beratenden AK des „Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit“ und des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

Heike Köckler (**1972*), *Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und ihres Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“ der ARL.*

Horst Rauland (**1954*), *Verwaltungsdirektor a. D. Krankenversicherung. Mitglied des Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.*

Literatur

Bär, G.; Böhme, C.; Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin. = Difu-Berichte 3.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016): Glossar. http://www.bmg.bund.de/service/begriffe-von-a-z.html (08.04.2016).

Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2015): Für eine bessere Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt: Kommunen und Krankenkassen engagieren sich gemeinsam. Dokumentation der Fachtagung am 08. Dezember 2014 in Berlin.
http://www.difu.de/dokument/fuer-eine-bessere-gesundheitsfoerderung-und-praevention-in.html (17.01.2016).
Georg, A.; Stuppardt, R.; Zoike, E. (1981/1982): Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. 3 Bde. Essen.
GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Leitfaden 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. Berlin.
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin.
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2009): Praxisdatenbank. Gesundheitsteams vor Ort.
https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitsteams-vor-ort/ (17.01.2016).
Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (13.12.2016).
Ohlig, M.; Aman, H. (2012): Gesundheitsteams vor Ort: Vortrag bei der Fachtagung „Gesunde Netzwerke und Präventionsketten – Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Lebenslagen" des Regionalen Knotens Rheinland-Pfalz am 21.11.2012.
https://www.lzg-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-21_Fachtag_RegKnoten/2012-11-21_Praesentation_Workshop1.pdf (17.01.2016).
RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014a): Prävention konkret: Praxisbeispiele aus der TK-Gesundheitsförderung.
https://de.slideshare.net/TK_Presse/tkbroschre-prvention-konkret-stand-november-2014 (29.09.2017).
TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014b): TK fördert gesunde Lebenswelt.
http://tk-aktuell.tk.de/tk-aktuell-1-2014/tk-foerdert-gesunde-lebenswelt/ (23.01.2016).