



KATHARINA BÖHM, DOROTHEA KLINNERT

## Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Bundesländern

### Hintergrund

Das Präventionsgesetz verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (zugleich für die Pflegekassen) zusammen mit den Trägern der Renten- und Unfallversicherung und den zuständigen Landesministerien eine Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zu schließen (§ 20f. SGB V). Zum Inhalt der LRVen macht das Gesetz nur allgemeine Angaben. So sollen sich die Beteiligten zum Beispiel über Ziele und Handlungsfelder, die Koordinierung von Leistungen, die Klärung von Zuständigkeitsfragen sowie die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Jugendhilfe einigen. Damit ergibt sich ein großer Handlungsspielraum für die Umsetzung in den Ländern.

### Der Inhalt der Landesrahmenvereinbarungen im Vergleich

In allen Ländern, mit Ausnahme Berlins, sind inzwischen LRVen verabschiedet worden. Sie ähneln sich stark in ihrer Struktur und auch die Formulierungen sind an vielen Stellen identisch, da eine von den Trägern auf Bundesebene genehmigte Mustervorlage als Verhandlungsgrundlage gedient hatte. Unsere Inhaltsanalyse zeigt dennoch große Unterschiede zwischen den Ländern: Mit Ausnahme von Baden-Württemberg (BW) und Thüringen (TH) sehen alle LRVen die Schaffung neuer Strukturen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes vor. Die Verbindlichkeit der eingerichteten Gremien variiert jedoch erheblich. So sehen die LRVen in Hessen (HE) und Niedersachsen (NI) nur die Einrichtung eines Dialogforums zum Austausch der Beteiligten vor. In Brandenburg (BB) erfüllt diese Funktion die »Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung«. Auch die LRV Mecklenburg-Vorpommern (MV) sieht nur einen regelmäßigen Austausch vor, allerdings wurde hierfür kein Gremium etabliert. Rheinland-Pfalz (RP), Schleswig-Holstein (SH) und das Saarland (SL) gehen ei-

nen Schritt weiter und haben eine Steuerungsgruppe eingerichtet, in der sich die Träger über gemeinsame Projekte abstimmen. In RP und SL ist zusätzlich die Einrichtung einer Präventionskonferenz durch die Beteiligten der LRV vorgesehen. Die Gremien in Bayern (BY), Bremen (HB), Nordrhein-Westfalen (NW), Sachsen (SN) und Sachsen-Anhalt (ST) sind im Unterschied zu den vorgenannten Gremien mit expliziter Entscheidungskompetenz ausgestattet. BW stellt einen Sonderfall dar. Hier sieht ein Landesgesetz die Einrichtung eines Landesausschusses vor, der die Umsetzung der LRV begleiten soll. Ein gemeinsamer Fördertopf ist in keiner LRV verankert. Bezogen auf die Zusammenarbeit und Beteiligung weiterer Akteure bleiben die meisten LRVen sehr allgemein. Den ÖGD, dessen Einbeziehung gesetzlich gefordert ist, berücksichtigen die LRVen in der Regel nur durch die Integration seiner rechtlichen Grundlagen in den Geltungsbereich der LRV beziehungsweise bei der Zielplanung. Ein explizites Bekenntnis zu einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Jugendhilfe findet sich nur in den LRVen von MV, NW, SN, ST und TH. Die zentrale Rolle der Kommunen und die daraus abgeleitete Notwendigkeit der verstärkten Kooperation werden allein in BW und NW betont. In den LRVen der Länder BB, RP, SN und SH werden die Kommunen zur Zusammenarbeit eingeladen oder diese als besondere Zielgruppe beziehungsweise Handlungsfeld genannt. Die bayrische LRV befürwortet den Ausbau von Netzwerken zur Verständigung über Maßnahmen auf der kommunalen Ebene und auch in NI können kooperierende Kommunen an der Planung von Maßnahmen beteiligt werden. Die Einbeziehung der Landesvereinigungen für Prävention und Gesundheitsförderung (LVG) wird nur in fünf LRVen erwähnt: In BY und NI soll (beziehungsweise kann) auf ihre Expertise zurückgegriffen werden und in HH, SN und TH sind die Geschäftsstellen der Gremien bei den LVGen angesiedelt. In BW kann die »Stiftung für gesundheitliche Prävention« als Durchführungsagentur beauftragt werden.

### Praktische Umsetzung

Die meisten sehr allgemein gefassten LRVen halten Details der Durchführung überwiegend in zusätzlichen, in der Regel nicht öffentlichen, Geschäftsordnungen und Vereinbarungen fest. Die thüringische LRV bleibt beispielsweise sehr nahe an der Mustervorlage, die tatsächliche Umsetzung ist jedoch sehr weitreichend: Ein Steuerungsgremium, bestehend aus allen LRV-Beteiligten, trifft Entscheidungen über die Eckpunkte der Zusammenarbeit sowie über die gemeinsame Finanzierung von Projekten. Unterstützt wird es dabei durch eine Geschäftsstelle, die bei der LVG Thüringen angesiedelt ist. Der LRV-Prozess ist zudem personell wie auch institutionell eng mit der Landesgesundheitskonferenz verschränkt. Nordrhein-Westfalen hat mit der Einrichtung einer mit umfassender Entscheidungskompetenz ausgestatteten Steuerungsgruppe, bestehend aus allen LRV-Beteiligten, bereits in der LRV weitreichende Vereinbarungen getroffen. Darüber hinaus wurden im Zuge der Umsetzung der LRV weitere Arbeitsgruppen sowie ein gemeinsames zentrales Antragsverfahren einschließlich einer Prüfstelle zur Organisation des Verfahrens (angesiedelt beim Landesamt für Gesundheit) etabliert. Auch in Bayern und Niedersachsen wurde ein zentrales Antragsverfahren geschaffen. Es gibt jedoch auch Bundesländer, wie zum Beispiel Hessen, in denen die Umsetzung bis dato nicht über die LRV hinausgeht.



### Fazit

Auch drei Jahre nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist nur ein Zwischenfazit möglich. Zwar sind inzwischen 15 LRVen verabschiedet und Arbeitsstrukturen aufgebaut worden; Ergebnisse in Form von gemeinsamen Projekten liegen jedoch erst vereinzelt vor. Im bundesweiten Vergleich bestehen große Unterschiede, insbesondere was die Zusammenarbeit der Beteiligten betrifft. Inwiefern sich diese Unterschiede auf die Programmebene auswirken, wird erst in ein paar Jahren zu beantworten sein.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. KATHARINA BÖHM, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, E-Mail: katharina.boehm@rub.de

DOROTHEA KLINNERT, Institut für Politikwissenschaft, Gutenberg-Universität Mainz

**BIRGIT WOLFF, MAREN PREUSS, DORIS REISACHER,  
TANJA SÄDTLER**

## Projekt zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

Psychische Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf als in jüngeren Lebensphasen. Krankheitsbedingte und durch zunehmende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit begünstigte Einschränkungen der Selbstständigkeit und Autonomie stellen eine zusätzliche psychische Belastung dar. Auch der Einzug in ein Pflegeheim mit dem Verlust der vertrauten Umgebung und den sozialen Bezügen wird von Menschen überwiegend als krisenhaft erlebt. Studien zufolge sind unter den Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen ca. zwei Drittel von gerontopsychischen Erkrankungen betroffen. Demenz und Depressionen, aber auch Sucht und Angststörungen nehmen hierbei einen großen Stellenwert ein. Der Umgang mit diesen Erkrankungen stellt die Beschäftigten vor große Herausforderungen, insbesondere dann, wenn auch Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen betreut werden.

### Inhalte des Projekts

Das Projekt »Leben in Balance – Die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen stärken« mit einer Laufzeit vom 01.01.2018 bis 31.12.2020 zielt auf den Erhalt, beziehungsweise die Verbesserung, des psychi-

schen Wohlbefindens von Gästen in Tagespflegen und Bewohner\*innen in vollstationären Einrichtungen. Den Projektförderern – die AOK Niedersachsen und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – ist es ein besonderes Anliegen, in einem Setting, in dem bisher wenig empirisch gesichertes Wissen über die Ausgestaltung von gesundheitsförderlichen Ansätzen besteht, die dort tätigen Einrichtungen gezielt zu unterstützen. Das Ziel besteht darin, in den Einrichtungen Maßnahmen und Konzepte im Sinne eines systematischen Entwicklungsprozesses umzusetzen sowie nachhaltige Strukturen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Tagespflegegäste beziehungsweise Bewohner\*innen zu etablieren. Hierfür können beteiligte Einrichtungen nach der Einführung des Präventionsgesetzes gemäß § 5 SGB XI bei den Pflegekassen Anträge zur Förderung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Gäste beziehungsweise Bewohner\*innen stellen.

### Fachliche Beratung, Fortbildung und Netzwerkarbeit

Im Rahmen des Projekts wird interessierten (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen eine fachliche persönliche und telefonische Begleitung angeboten, die sich sowohl auf die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Interventionen im Bereich der verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, auf Fragen der Umsetzung sowie auf die Antragstellung bei der AOK Niedersachsen und der SVLFG richtet. Darüber hinaus werden Fortbildungsveranstaltungen für Führungskräfte, Pflege- und Betreuungskräfte (§ 53c SGB XI) sowie für sozialpädagogische, therapeutische und weitere Berufsgruppen aus (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Im Fokus steht die Vermittlung von Fachwissen zum Thema »Psychische Gesundheit«, das Kennenlernen von guten Praxisbeispielen und die Entwicklung von präventiven Konzepten. In den Fortbildungen werden Handlungsfelder und Interventionen zur Stärkung der Identität und Individualität der pflegebedürftigen Menschen, zum Erhalt und zur Förderung ihrer persönlichen Beziehungen sowie des Lebens in der Gemeinschaft vorgestellt. Perspektivisch soll ein Netzwerk von interessierten Einrichtungen entstehen, das dem weiteren fachlichen Austausch dient.

### Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen mit der von Beschäftigten verknüpfen

Darüber hinaus wird an eine Verknüpfung dieses Projekts mit dem Angebot der AOK Niedersachsen zur Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für Beschäftigte in den Einrichtungen gedacht. Die Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen sollte Hand in Hand mit der Gesundheitsförderung von Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen gehen. Anträge für präventive Maßnahmen für Mitarbeiter\*innen können nach § 20 SGB V bei den Krankenkassen gestellt werden. (Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich für einen bewussten Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen entscheiden, leisten einen großen Beitrag zur Steigerung der Zufriedenheit ihrer Gäste beziehungsweise Bewohner\*innen und ihrer Beschäftigten sowie zur Etablierung einer Kultur der Achtsamkeit und Wertschätzung. Sie können hierdurch zudem in der öffentlichen Wahrnehmung einen Imagegewinn erzielen. Mehr zu diesem Thema finden Sie unter <http://www.gesundheit-nds.de/index.php/leben-in-balance>.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum