

Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz

**Diakonie für kranke
Menschen**

Prävention für gesundheit-
liche Chancengleichheit

Februar 2015

Inhalt

3	Vorwort	10	5. Prävention und Pflege
4	Einleitung	11	6. Betriebliche Prävention
5	1. Strukturelle Probleme und konzeptionelle Fehlentwicklungen der Prävention	12	7. Psychische Gesundheit fördern
6	2. Prävention und Gesundheitsförderung an Lebenslagen ausrichten	13	8. Suchtprävention sichern und fortentwickeln
8	3. Durch Prävention gesundheitliche Ungleichheit abbauen, Prävention geschlechter- und kultursensibel sowie inklusiv im Sozialraum gestalten	14	9. Prävention und Kinder- und Jugendhilfe
9	4. Medizinische Prävention und nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung	15	10. Steuerung der sozialen Prävention
		16	11. Finanzierung sichern
		17	12. Qualitätssicherung partizipativ gestalten
		19	Impressum

Vorwort

Seit mehr als zehn Jahren diskutieren Fachwelt und Politik über ein Präventionsgesetz. Im Jahr 2015 besteht nun eine realistische Chance, Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich neu zu ordnen.

Mit dem vorliegenden Papier nimmt die Diakonie Deutschland zu einer Reihe von strittigen Fragen dieses komplexen Themas Stellung. Im Vordergrund steht dabei nicht der aktuelle Gesetzgebungsprozess, sondern die grundlegenden konzeptionellen Überlegungen – die „Hintergrundphilosophie“ –, die die Diakonie leiten.

Besonders hervorheben möchte ich folgende Überlegungen:

- Ein deutlicher Schwerpunkt ist auf die lebenslagenbezogene Prävention, die soziale Prävention, zu legen. Die wesentliche politische Aufgabe besteht darin, Bedingungen dafür zu schaffen, dass alle Menschen gesund leben können – und dazu auch befähigt sind. Ein Präventionsgesetz muss die Rahmenbedingungen dafür setzen, dass die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen ermöglicht wird.
- Wird der Akzent auf die soziale Prävention gelegt, gerät die gesundheitliche Ungleichheit in den Blick. Wie schon jetzt im SGB V formuliert, soll Primärprävention im Umfeld der Menschen einen Beitrag dazu leisten, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern.
- Der Diakonie ist wichtig, dass Menschen in sehr schwierigen Lebenslagen besonders beachtet werden. Ein Präventionsgesetz muss deshalb so ausformuliert werden, dass

es den Akteuren in den Ländern und in den Kommunen auch tatsächlich möglich ist, auf die Problemlage, die sie vorfinden, präventionspolitisch zu antworten: Ein Präventionsgesetz darf die Praxis nicht technokratisch „verregeln“.

Prävention setzt die aktive Beteiligung der Menschen voraus. Partizipation ist der Schlüssel zu mehr Gesundheit. Die „Präventionsakteure“ stehen vor der Herausforderung, präventive Strategien offen und im Dialog mit den Bürgerinnen und Bürgern zu entwickeln.

Es gilt, partizipative und zugleich praktikable Formen der Steuerung und Finanzierung zu finden. Anstelle von projektbezogener Finanzierung müssen die Strukturen – unter anderem für Kooperation, Qualitätssicherung, Berichterstattung – für Prävention staatlicherseits mit ausreichenden Finanzmitteln ausgestattet werden. Keinesfalls darf die gesetzliche Krankenversicherung bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensbedingungen zum Hauptfinanzierer werden, denn Primärprävention ist (von der medizinischen Primärprävention abgesehen) eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch deshalb ist es wichtig, dass die verschiedenen Präventionsakteure ihre Strategien koordinieren.

Die Diakonie Deutschland möchte mit diesen Positionen Anstöße für eine konstruktive – in Teilen sicherlich auch kontroverse – Debatte geben.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

Einleitung

Nach mehreren gescheiterten Anläufen besteht in dieser Legislaturperiode die Chance, durch ein Präventionsgesetz die Präventionslandschaft neu zu ordnen. Dies wird von der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband ausdrücklich begrüßt. Nicht nur angesichts des demographischen Wandels und der Bedeutung chronischer Krankheiten, sondern vor allem vor dem Hintergrund des erheblichen Ausmaßes an gesundheitlicher Ungleichheit können Prävention und Gesundheitsförderung einen Beitrag dazu leisten, mehr Gesundheit für alle Menschen zu verwirklichen.

Die Diakonie hat durch ihre Stellungnahmen die Diskussionen um ein Präventionsgesetz in den letzten Jahren kontinuierlich begleitet. Sie hat in einem Positionspapier zur Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ihr Verständnis von Prävention dargelegt, auf strukturelle Probleme der Prävention aufmerksam gemacht und Lösungsvorschläge entwickelt.

Um Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, bedarf es einer breit angelegten politischen Verantwortungsübernahme, die nicht auf den Bereich der Gesundheitspolitik begrenzt bleiben sollte, denn Prävention ist eine Querschnittsaufgabe vieler Handlungsfelder. Die Diskussion der vergangenen Jahre hat auch deutlich gemacht, dass Fragen der konzeptionellen Ausrichtung, der Steuerung und der Finanzierung weithin strittig sind. Zu diesen Fragen möchte die Diakonie Deutschland Überlegungen beisteuern.

Die Diakonie geht davon aus, dass Gesundheit nicht „machbar“ ist, weder durch den einzelnen Menschen, noch durch die Gesellschaft. Auch durch noch so gute Prävention lässt sich die Zukunft nicht determinieren. Gesundheit ist in vielen Hinsichten ein Geschenk. Aber die Voraussetzungen dafür, möglichst gesund leben zu können, können in vielfältiger

Hinsicht so gestaltet werden, dass möglichst viele Menschen gute Chancen haben, ihr Leben so zu führen, wie sie es wollen.

Ein Präventionsgesetz zu verabschieden ist ohne Frage wichtig. Viele Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, werden allerdings auch weiterhin außerhalb dessen liegen, was ein Präventionsgesetz gestalten und beeinflussen kann. Für viele Sachverhalte gibt es bereits eine Präventionsgesetzgebung – etwa den Arbeitsschutz oder den Kinderschutz. Die übergreifenden Bedingungen des individuellen und sozialen Lebens, die durch ein Präventionsgesetz nicht reguliert werden, bestimmen die Möglichkeiten, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, die Teilhabechancen, die soziale Sicherheit und das Ausmaß an Ungleichheit in der Gesellschaft.

Gesundheitliche Ungleichheit steht in einem engen Verhältnis zu sozialer Ungleichheit. Gesundheitliche Ungleichheit soll zwar durch Prävention und Gesundheitsförderung verringert werden. Präventionspolitik und -praxis kann aber soziale Exklusion, soziale Unsicherheit und Ungleichheit in den Lebensbedingungen nur bedingt kompensieren. Um dennoch möglichst nah an das Ziel verringerter gesundheitlicher Ungleichheit heranzukommen, setzt sich die Diakonie in vielen politischen Handlungsfeldern für eine neue gesellschaftliche Entwicklungsrichtung im Sinne einer „Rückkehr des Sozialen“ ein. Alle Menschen sollen möglichst selbstbestimmt und in sozialer Sicherheit ihr Leben gestalten können.

Die möglichen Auswirkungen eines Präventionsgesetzes sind aber auch nicht zu unterschätzen. Es kann für die nichtmedizinische Primärprävention die Kräfte der handelnden Akteure bündeln, zur Entwicklung sozialräumlich verankerter integrierter Handlungskonzepte beitragen und die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestalten helfen.

1. Strukturelle Probleme und konzeptionelle Fehlentwicklungen der Prävention

Die Präventionslandschaft bietet ein schillerndes Bild. Einerseits ist sie durch vielfältige strukturelle Probleme gekennzeichnet, andererseits gibt es in vielen Handlungsfeldern gute Präventionserfahrungen.

Zu den Problemen gehören die Dominanz individualpräventiver Angebote, der zeitlich befristete Charakter von Interventionen („Projektitis“), damit verbunden ihre unsichere Finanzierung, die ungenügende konzeptionelle Abstimmung der Akteure auf verbindliche Ziele und ihre mangelnde Kooperation; und schließlich die zu geringe Ausrichtung auf das Ziel der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit.

Viele Menschen werden durch Prävention nicht erreicht, da Konzepte und Strategien nicht auf ihre Lebenslagen ausgerichtet sind. Die wettbewerbliche Ausrichtung der Präventionspraxis bei den Krankenkassen hat sich als problematisch erwiesen, denn sie erschwert kassenübergreifendes Handeln und die Ausrichtung auf „Settings“, insbesondere auf schwierige Lebenslagen von Menschen, die als „Kunden“ nicht interessant sind.

Die strukturellen und konzeptionellen Fehlentwicklungen verbinden sich mit einer unangemessenen moralischen Aufladung des Themas im Sinne einer individualisierenden Verant-

wortungszuschreibung für Krankheit und Gesundheit. Aus dem Blick gerät dabei, in welchem hohem Ausmaß Gesundheit mit Lebenslagen verbunden ist. Zu den nachteilhaften Seiten der gegenwärtigen Präventionspraxis gehört auch, dass sie in ihrem sehr kleinteiligen Handeln makrosoziale Fehlentwicklungen nicht im Ansatz kompensieren kann. Komplexe nicht-medizinische Strategien, die Lebensbedingungen ändern, sind am schwierigsten zu realisieren.

Gleichzeitig hat sich in mehreren Handlungsfeldern jedoch auch eine gute präventive Praxis entwickelt. Dazu gehört zuallererst die betriebliche Prävention. Doch auch an anderen Stellen haben sich Maßnahmen der Prävention etabliert, die sich an den Qualitätsstandards des Kooperationsverbands „Gesundheitliche Chancengleichheit“ orientieren. Eine wichtige Aufgabe besteht unserer Einschätzung nach in der Zukunft darin, gute Praxiserfahrungen zu verstetigen, in die Fläche zu bringen (statt Pseudoinnovationen zu verlangen), in den „Regelbetrieb“ zu übernehmen und eine konzeptionell qualifizierte sektorenübergreifende und auch finanziell nachhaltig gesicherte Kooperationspraxis zu sichern. Wenn die Lebensbedingungen durch Prävention verändert werden sollen, ist Prävention auf die Kooperation mit den Akteuren in den verschiedenen Handlungsfeldern angewiesen. Gelingende Prävention kann nur partizipativ ausgerichtet sein.

2. Prävention und Gesundheitsförderung an Lebenslagen ausrichten

Ein Präventionsgesetz soll die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung, die soziale, das heißt auf die Lebenslagen von Menschen bezogene Prävention regeln und gemeinsam mit den betroffenen Menschen und Institutionen gestalten. Nicht nur „Primärprävention und Gesundheitsförderung in Settings“, sondern die „primärpräventive und gesundheitsfördernde Gestaltung von Settings“ ist die präventive Hauptaufgabe. Ein Präventionsgesetz muss deutlicher als in den bisherigen Entwürfen diese Unterscheidung treffen. Prävention sollte Menschen befähigen, gesundheitliche Belastungen zu erkennen, mit ihnen umzugehen und mit anderen Menschen zusammen ihre Lebenswelt gesund zu gestalten.

Die soziale, das heißt auf Lebenslagen bezogene Prävention sollte im Präventionsgesetz auch für die Gesetzlichen Krankenversicherungen (und weitere Präventionsträger) als Pflichtleistung im SGB V verankert werden.

Wichtige „Settings“ sind unter anderem die Kindertagesstätten und andere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die Schule oder die Betriebe. Aber auch andere Handlungszusammenhänge, in denen Menschen leben, können als Setting begriffen werden, die es gesundheitsförderlich zu gestalten gilt. Hier ist zum Beispiel an das Wohnquartier zu denken, das etwa für alte Menschen und Familien eine große Bedeutung hat. Der Begriff des Settings darf nicht auf formale Organisationen verengt werden. Auch die Familie ist ein soziales System, für das sich mit den „Frühen Hilfen“ familienbezogene Präventionsstrukturen für Kinder von der Geburt an bis zum Alter von drei Jahren entwickelt haben.

Der Diakonie ist wichtig, dass die lebenslagenbezogene Prävention mehr als Primärprävention für Gesunde ist. Es geht dabei um Menschen, die (chronisch) krank oder funktional eingeschränkt sind, die aber durchaus von Prävention profitieren.

Ein weiteres diakonisches Anliegen ist es, dass die möglichen Felder präventiven Handelns durch ein Gesetz und seine Umsetzung nicht vorschnell eingeengt werden. Sicher

können im Gesetz Settings hervorgehoben werden, zugleich aber muss es den Akteuren auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene möglich sein, aus praktischen Erfahrungen oder fachlichen Erwägungen heraus Handlungsfelder zu bestimmen. Prävention kann auch dem Schutz Dritter dienen, wie beim Nichtrauchererschutz oder der Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms.

Die Diakonie hält es für sinnvoll, Präventionsmaßnahmen in viel stärkerem Maße als dies bislang geschieht, auf die Lebenssituation besonders vulnerabler Gruppen auszurichten. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, mehrfachbehinderte Menschen, suchtkranke Menschen, für Erwerbslose, Wohnungslose und Flüchtlinge. Zu denken ist auch an Menschen, die einer Trauerbegleitung bedürfen, an Kinder von psychisch kranken Eltern oder von Gewalt bedrohte Menschen. Oftmals haben sich Menschen mit diesen oder anderen Problemen selbst organisiert, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen. In präventiver Hinsicht ist es geboten, mit der Selbsthilfe zusammenzuarbeiten und diese ausreichend zu finanzieren. Um ihre vielfältige, nicht nur einem Zielgruppen- oder Handlungsschema zuzuordnende Arbeit leisten zu können, ist Prävention auf die Kooperation mit den vielfältigen Beratungs- und Unterstützungsangeboten im Gesundheits- und Sozialsystem angewiesen sowie auf die Kooperation mit der Selbsthilfe und Selbstorganisation von Menschen.

Verhaltenspräventive Maßnahmen haben sich dann als wirkungsvoll erwiesen, wenn sie im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen behandelt werden. Dagegen hat es sich als schwierig erwiesen, einzelne Elemente einer Lebensführung herauszugreifen, die wiederum mit nicht beeinflussbaren Lebensbedingungen gekoppelt ist. Die Diakonie gibt auch zu bedenken, dass es nicht das Ziel von Präventionspolitik und -praxis sein kann, Menschen vorzuschreiben, wie sie leben sollen. Gesundheitsförderung soll befähigen, nicht kontrollieren und sanktionieren. Häufig sind es zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen

darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen – objektiv nicht adäquaten – Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel oder finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Damit soziale Bedingungen für Gesundheit nicht individualisiert werden und aus Respekt gegenüber individuellen Entscheidungen in der Lebensführung hält die Diakonie Deutschland die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend. Deshalb sollte, im Unterschied zu früheren Entwürfen eines Präventions-

gesetzes, auf den schillernden Begriff der Eigenverantwortung verzichtet werden. Stattdessen sind auch verhaltenspräventive Angebote deutlicher als bislang im Rahmen des Setting-Ansatzes durchzuführen. Das bedeutet, sie auf eine Weise auszugestalten, dass sie zugleich die Lebenswelt verändern. Die Diakonie setzt statt auf Verhaltenssteuerung auf die Schaffung ermöglichender Strukturen. Bonusregelungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen, Präventionskursen und Ähnliches lehnt die Diakonie vor diesem Hintergrund ab.

3. Durch Prävention gesundheitliche Ungleichheit abbauen, Prävention geschlechter- und kultursensibel sowie inklusiv im Sozialraum gestalten

Die Einkommensklasse, die berufliche Position und der Bildungsabschluss sind die wichtigsten Größen für die Prognose von Gesundheit und Lebenserwartung.

Es folgt dabei einer gewissen Logik, dass ausgerechnet die Bevölkerungsgruppen mit den größten gesundheitlichen Risiken und den geringsten Ressourcen nur schwer von Präventionsangeboten erreicht werden – da sie häufig keinen (oder einen unsicheren) Job, ein geringes Einkommen, eine enge Wohnung und wenig Mitsprachemöglichkeiten haben. Prävention und Gesundheitsförderung sollen einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen leisten. An dieser jetzt schon im § 20 SGB V formulierten Zielstellung haben sich nach Überzeugung der Diakonie trägerübergreifend die präventiven Programme auszurichten. Das hat zur praktischen Folge, dass Präventionsprogramme für alle Menschen eines Settings in einem Sozialraum zugänglich sein sollen, schwierige Lebensbedingungen von Menschen gesundheitsförderlich gestaltet und Menschen in schwierigen oder nur besonderen Lebenssituationen auch unter dem Präventionsgesichtspunkt die Beratung und Unterstützung erhalten sollen, die sie brauchen. Auch deshalb sind die Beratungseinrichtungen und Dienste, die sich um Menschen in schwierigen Lebenslagen kümmern, in die Präventionsnetzwerke einzubeziehen. Das hat zur Folge, dass ihre darauf bezogene Arbeit auch vergütet werden muss.

Prävention ist geschlechtersensibel zu gestalten, damit geschlechtsspezifische Belastungen und Ressourcen in der Präventionspraxis beachtet werden.

Sie ist kultursensibel zu gestalten, damit unterschiedliche Erfahrungen, Traditionen und normative Überzeugungen einbezogen werden. Problematisch ist es jedoch, wenn Zielgruppen anhand vermeintlicher kultureller Unterschiede identifiziert werden, vermutete gesundheitliche Defizite jedoch aus den sozialen Lebensbedingungen und nicht aus kulturellen Eigenheiten herzuleiten sind. Die Schlussfolgerung, die daraus zu ziehen ist, kann nur heißen, dass Gesundheitsförderung nur im direkten Zusammenwirken mit den Menschen stattfinden kann, die davon profitieren sollen.

In einer inklusiven Gesellschaft muss auch die Prävention inklusiv ausgerichtet sein. Präventionsprogramme sind deshalb auch mit Menschen mit Behinderungen gemeinsam zu gestalten und an ihren spezifischen Bedarfen auszurichten.

In der Präventionspraxis ist darauf zu achten, dass soziale Vielfalt nicht einem Modell gesunden Lebens geopfert wird, und eine Zielgruppenorientierung nicht unbeabsichtigt Bevölkerungsgruppen stigmatisiert. Wenn Gesundheitsförderung befähigen und nicht kontrollieren soll, kann schon die Definition von Zielgruppen problematisch sein. Eher geht es darum, mit den Menschen in verschiedenen Settings gemeinsam – strikt partizipativ ausgerichtet – zu erörtern, wie sie gesund leben wollen, das heißt, welche Vorstellung von gesundem Leben sie tatsächlich umsetzen können und wollen. Eine derart ausgerichtete Präventionspraxis kann auch quer zu institutionellen Erfolgskriterien liegen, weil sich die Vorstellungen der Präventionsexperten und der Bürger nicht decken müssen.

4. Medizinische Prävention und nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung

Durch ein Präventionsgesetz soll die nichtmedizinische Primärprävention als vierte Säule (neben Kuration, Rehabilitation und Pflege) gestärkt werden. Wichtiges Ziel ist dabei, dass die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen als gesamtgesellschaftliche, politische Querschnittsaufgabe erkannt wird. Nichtmedizinische Primärprävention und medizinische Prävention stehen in keinem Konkurrenzverhältnis zueinander, die Weiterentwicklung der sozialen Prävention erfolgt nicht auf Kosten der medizinischen Prävention. Diese bleibt vor allem im Infektionsschutz, der Früherkennung und der Zahnprophylaxe eine wichtige Säule des Gesundheitssystems.

In der Diskussion um ein Präventionsgesetz ist die Ausweitung des Leistungsanspruchs auf alters- und zielgruppenspezifische ärztliche Gesundheitsuntersuchungen (in § 25 SGB V) ein wichtiges Thema. Solche Untersuchungen sollten gesundheitliche Risiken und Belastungen bewerten und erfassen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten beitragen und eine darauf abgestimmte Präventionsberatung schaffen. Für die Wirksamkeit dieser Form medizinischer Prävention gibt es kaum Evidenzen, denn die ärztliche Praxis ist kein alltagspraktisches Setting, in dem eine Veränderung eines riskanten Gesundheitsverhaltens befördert wird.

5. Prävention und Pflege

Auch die Gesundheits- und Teilhabechancen pflegebedürftiger Menschen, in der Regel mit akuten beziehungsweise chronischen Erkrankungen und funktionalen Beeinträchtigungen lebend, können durch Prävention gefördert werden. Durch Prävention kann Pflegebedürftigkeit verringert oder in ein etwas Lebensalter hinausgeschoben werden. Ein wichtiges Ziel der Prävention bei älteren Menschen ist es, auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit Teilhabe und Selbstbestimmung zu sichern. Auch hier geht es um Risikoreduzierung durch Vermehrung persönlicher und sozialer Ressourcen (Gesundheitsförderung) und Verringerung von Belastungen. Dies geschieht neben einer guten kurativen Versorgung auch durch eine medizinisch-rehabilitative Versorgung – die auf die individuellen Möglichkeiten zugeschnitten ist – und aktivierende Pflege. Ein Instrument, das in besonderem Maße geeignet ist, die Prävention und Gesundheitsförderung mit älteren Menschen in ihrem Lebensumfeld zu betreiben, stellen präventive Hausbesuche dar. Die Diakonie setzt sich dafür ein, das Instrument des präventiven Hausbesuchs systematisch in Modellprojekten in Hinblick auf Umsetzungsstrategien in die Praxis zu erproben. Leistungsrechtlich sind präventive Hausbesuche als Leistungen der Krankenversicherung im SGB V zu verankern, die in ihnen formulierten Empfehlungen

sind nach dem Leistungsrecht der Träger der sozialen Sicherung umzusetzen.

Die Pflegeversicherung kommt – aufgrund ihres Teilleistungscharakters – als Trägerin nichtmedizinischer Primärprävention nicht in Frage. Stattdessen sind gute Kooperationsstrukturen zwischen der Krankenversicherung und den Pflegediensten und -einrichtungen bzw. der Pflegeversicherung aufzubauen.

Eine wichtige Aufgabe zur Prävention liegt schließlich auch in der Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden. Pflegekurse und individuelle Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit tragen wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung des Pflegearrangements bei. Die bestehende Soll-Vorschrift des Angebots sollte in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten beziehungsweise seiner Angehörigen umgewandelt werden. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten soll ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, die die Leistungen gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden.

6. Betriebliche Prävention

In den letzten zehn Jahren hat sich, politisch gewollt, ein durch Befristung, Leiharbeit und Niedriglohn gekennzeichneter Sektor der Arbeitswelt herausgebildet, in dem zahlreiche Menschen unter sehr belastenden Bedingungen arbeiten. Ohne eine Neuordnung der Arbeitsbedingungen, zu der der Mindestlohn ein erster wichtiger Schritt ist, ist mehr Gesundheit in der Arbeitswelt nicht zu verwirklichen.

Die Prekarisierung von Teilen der Arbeitswelt einerseits und des Anstiegs psychischer Belastungen in der Arbeitswelt andererseits sind starke Argumente dafür, den Arbeits- und Gesundheitsschutz weiterzuentwickeln. Als ein wichtiger Baustein dazu – hilfreich insbesondere für kleine und mittelgroße Unternehmen – ist in der betrieblichen Prävention eine sozialschutzübergreifende Informations-, Beratungs- und Unterstützungsstruktur zu schaffen, die Unternehmen bei der Etablierung einer Präventionsstruktur unterstützt. Sie hätte auch die Aufgabe, für Arbeitnehmer, deren Teilhabe eingeschränkt ist beziehungsweise, denen eine Einschränkung droht, ein Fall-Management bereit zu halten beziehungsweise

zu vermitteln. Nur so können die Barrieren, die zwischen der betrieblichen Prävention, der Kuration und der Rehabilitation stehen, überwunden werden. Die §§ 20a und 20b SGB V bestimmt bereits jetzt, dass die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zusammenarbeiten. Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sollen regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Die Diakonie ist der Auffassung, dass es keiner regionalen Doppelstrukturen bedarf. Die diesbezügliche Soll-Bestimmung ist verpflichtend unter Einbezug der Rentenversicherung auszugestalten. Auch auf Bundesebene ist die Kooperation der „Präventionsakteure“ weiterzuentwickeln.

Weitere Schritte sind die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in der Praxis. Ebenso gehören dazu die Prüfung einer Verordnung zum Schutz vor Gefährdung bei psychischen Belastungen bei der Arbeit und die sanktionsbewehrte Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (nach § 5 Arbeitsschutzgesetz).

7. Psychische Gesundheit fördern

Die psychische Dimension ist eine wichtige Dimension von Gesundheit. In den letzten Jahren ist die Zahl der Diagnosen für psychische Störungen deutlich angestiegen. Studien weisen einen deutlichen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und sozialer Belastung auf. Als besonders belastet gelten etwa Menschen, die in Armut oder in sonstigen existenziellen Randlagen leben. Psychische Störungen sind mittlerweile die häufigste Ursache für Frühverrentungen. Dennoch werden psychisch kranke Menschen immer noch stigmatisiert. Dies macht sich auch an den erheblichen Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung fest, auf die die Diakonie an anderer Stelle, zum Beispiel in ihren „Gesundheitspolitischen Perspektiven“, hingewiesen hat (Diakonie Text 11.2013).

Die Stärkung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Krankheiten ist einerseits eine Querschnittsaufgabe von Gesundheitsförderung. Dies geschieht, wenn Kindern und Jugendlichen „Lebenskompetenzen“ vermittelt werden, wenn sie ihre Fähigkeiten für sich und in Gemeinschaft entwickeln können. Dabei geht es um Stärkung sozialer und personaler Ressourcen und damit um Begegnungsfähigkeit, Bewältigungsfähigkeiten (Konflikt-/Problemlösung, Entscheidungsfindung, die sogenannte Resilienz), Selbstvertrauen, die Fähigkeit „Nein“ sagen können – und dies alles ermög-

lichende soziale Strukturen. Dazu brauchen Kinder Raum, Zeit und über die Eltern hinaus Menschen, die ihnen begegnen. Dies ist eine wesentliche Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Schulen, aber auch der Gestaltung der öffentlichen Räume. Andererseits ist die Prävention spezifisch und auf Zielgruppen, besser Dialoggruppen auszurichten: Ein Präventionsgesetz muss es ermöglichen, dass insbesondere Menschen, die in schwierigen Lebensbedingungen leben, nach kritischen Lebensereignissen, mit besonderen Belastungen (etwa Scheidung der Eltern, Arbeitslosigkeit, Isolation) oder im Zusammenhang mit chronischen Belastungen mehr Aufmerksamkeit als bislang zukommt. Zu denken ist zum Beispiel an psychisch kranke Obdachlose oder traumatisierte Kinder, aber auch an Menschen, die erkennen lassen, dass sie eine depressive Störung entwickeln oder ihr Leben beenden wollen (Suizidprävention). Es kommt darauf an, dass ein Präventionsgesetz den Präventionsakteuren (das sind neben den Experten vor allem die in den Lebenswelten arbeitenden Menschen, die Ehrenamtlichen und die Selbsthilfe) den notwendigen Freiraum schafft, um auch mit kleineren Zielgruppen präventiv zu arbeiten, wenn diese dies wollen. Dazu braucht es eine gegebenenfalls auch aufsuchende niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsstruktur in den Sozialräumen.

8. Suchtprävention sichern und fortentwickeln

Unsere Gesellschaft ist in vielerlei Hinsichten durch legale und illegale, stoff- und nicht stoffgebundene Süchte geprägt.

Auch bei der Suchtprävention geht es um die Entwicklung und Förderung von „Lebenskompetenzen“, also auch darum, Belastungen und Krisen bewältigen zu können. Spezifische Anliegen der primären Suchtprävention sind Alternativen zu Drogen zu eröffnen, Informationen über Substanzen, die Abstinenz bei illegalen Drogen zu fördern, Tabakkonsum zu reduzieren und einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu ermöglichen. Verhaltenspräventive Bestrebungen werden aber nur dann erfolgreich sein können, wenn sich strukturelle Bedingungen verändern, so dass es leichter wird gesund zu leben: Die Diakonie tritt dafür ein, streng zu kontrollieren, dass die Bestimmungen für das Mindestalter für den Kauf von Alkohol eingehalten werden, die leichte Verfügbarkeit von

Alkohol eingeschränkt wird (durch ein Verkaufsverbot in Tankstellen) und sie engagiert sich für ein Werbeverbot (einschließlich eines Sponsoringverbots) für Tabak und Alkohol. Hinsichtlich der betroffenen Kinder und Jugendlichen in suchtkranken Familien bedarf es verstärkt präventiver Anstrengungen, die darauf zielen, die Kinder zu schützen und einer intergenerationalen Weitergabe eines Suchtproblems entgegenzuwirken. Die Diakonie stellt zur Diskussion, den Verkauf von Alkohol an Jugendliche unter 18 Jahren zu verbieten und die Steuern für alkoholische Getränke auf das in der EU übliche Niveau zu erhöhen – was aber eine moderate Erhöhung bedeuten würde.

Gelingende Suchtprävention braucht gesicherte Strukturen. Deshalb ist zum einen die Suchthilfe in die Netzwerke für Prävention in den Kommunen und Ländern einzubeziehen. Zum anderen ist für die Suchtfachstellen die Finanzierung zu sichern.

9. Prävention und Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheitliche Ungleichheit reproduziert sich bereits in Kindheit und Jugend. Kinder und Jugendliche mit schlechterer Gesundheit haben wiederum geringere Chancen, sich erfolgreich zu entwickeln, Schutzfaktoren auszubilden, Lebenskompetenzen zu entwickeln und gute Schulabschlüsse zu erreichen.

Die vielfältigen Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, der Familienhilfe haben sich in diesen Prozessen als wesentliche Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung erwiesen (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht). In der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen werden die „Lebenskompetenzen“ entwickelt und gefördert. Kinder und Jugendliche werden befähigt, ihr Leben so gestalten, wie sie es in der Gemeinschaft für richtig halten. Diese gesundheitsfördernde Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe muss verstetigt und ausreichend finanziert werden.

In den letzten Jahren haben sich viele Kommunen am Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ für alle beteiligt, ein Prozess, in dessen Mittelpunkt Präventionsketten stehen. Für

die Kommunen war dieses Engagement oftmals zugleich eine Motivation, eine kommunale Gesundheitsstrategie zu entwickeln. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz und der Entwicklung flächendeckender Netzwerke der Frühen Hilfen (mit ihrem systemübergreifenden Zuschnitt von Kooperationspartnern aus dem Gesundheits- und Sozialsystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe) wurde eine wichtige Struktur auf kommunaler, Landes- und Bundesebene geschaffen, um eine zentrale familienbezogene Präventionsaufgabe auf den Weg zu bringen.

Um die Kooperation zwischen den Frühen Hilfen und dem Gesundheitssystem zu verbessern, hält die Diakonie es für geboten, dass die im SGB V verankerten Kinderuntersuchungen (in § 26) nicht nur psychosoziale Entwicklungsfaktoren einbeziehen. Es sollte darüber hinaus auch geübte Praxis werden, dass Kinderärzte auch auf bestehende Unterstützungs- und Beratungsangebote – wie etwa die Frühen Hilfen – verweisen und Eltern dorthin weiterleiten. Die Arbeit der präventiven Netzwerke ist finanziell nachhaltig abzusichern.

10. Steuerung der sozialen Prävention

Die Etablierung von Kooperationsstrukturen wird im föderalen Staat mit einem gegliederten Sozialversicherungssystem in vielen Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik zu einer Schlüsselaufgabe – so auch in der Prävention. Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass auf Bundes-, Landes- und auf kommunaler Ebene stabile Kooperationsstrukturen etabliert werden, die, wenn möglich, auf bestehenden Institutionen und Strukturen aufbauen. Gemeinsam sollten verbindliche Präventionsziele und -strategien erarbeitet und vereinbart werden.

Doppelstrukturen, etwa parallel zu den Netzwerken der Frühen Hilfen, sind zu vermeiden. Auf Bundesebene kann eine Arbeitsgemeinschaft als Kooperationsplattform fungieren, der die Aufgabe zukommt, besonders vordringlich zu berücksichtigende Handlungsfelder zu bestimmen. Zivilgesellschaftliche Akteure, wie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, sind an der Arbeitsgemeinschaft gleichberechtigt zu beteiligen. Die Entwicklung von Qualitätsstandards und Konzeptentwicklungen können als Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) übertragen werden.

Die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst sind unerlässliche Präventionspartner. Der Aufbau von „Präventionsketten“ für Kinder und Jugendliche beziehungsweise der Netzwerke der Frühen Hilfen für die Jüngsten hat gezeigt, wie wichtig der Einbezug dieser Akteure ist. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein möglicher Kandidat für die regionale Steuerung der Präventionsarbeit. Er kann diese Aufgaben aber nur bei einer entsprechenden Finanzierung wahrnehmen.

Es ist sorgfältig zu diskutieren, ob und wie die Sozialversicherungsträger zu beteiligen sind. Die Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger leisten bereits vielfältige (primär-)präventive Arbeit. Eine Ausweitung des Kreises der Präventionsträger auf die Arbeitslosenversicherung ist problematisch. Bereits jetzt gibt es eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung (), auf deren Grundlage die Kranken-

kassen langzeitarbeitslosen Menschen präventive Angebote unterbreiten können. Das Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme muss strikt eingehalten werden.

Die Rentenversicherung ist bereits ein wichtiger, die Gesundheit fördernder, Partner im Gesundheitswesen, denn als Träger der medizinischen Rehabilitation leistet sie einen Beitrag zur tertiären Prävention (der Minderung von Krankheitsfolgen), die wesentlich auf der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen basiert. Darüber hinaus erbringt sie Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2), wenn die Beschäftigung besonders gesundheitsgefährdend ist. Für Arbeitgeber ist sie Partner beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Deshalb ist sie in den Kreis der Kooperationspartner der betrieblichen Prävention aufzunehmen. Ihre sonstigen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sind – ebenso wie ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – aus der Budgetierung herauszulösen.

Auch auf Landesebene ist es sinnvoll, dass die Kooperationsstruktur der Präventionsträger an die bestehenden Strukturen („Regionale Knoten“, Landesarbeitsgemeinschaften) anschließt. Die Kooperation der Sozialversicherungsträger mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe ist auch auf Landes- und kommunaler Ebene essentiell. Um die Kooperation zu verbessern, ist es notwendig, auch die rechtlich-institutionellen Rahmenbedingungen zu verändern und entsprechende Kooperationsgebote in den Sozialgesetzbüchern systematisch zu verankern. Die Diakonie spricht sich dafür aus, dass sich die Akteure, einschließlich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, in Landesrahmenvereinbarungen auf gemeinschaftliche Präventionsprogramme zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen verständigen. Die Länder sollten sich verpflichten, eine Kooperationsplattform vorzuhalten sowie sich verpflichten, gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege eine Beratungsstruktur unter anderem in der Sucht- und Lebensberatung sowie der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter zu unterstützen.

11. Finanzierung sichern

Es ist fast zur Phrase geworden, aber dennoch richtig, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Aber gerade deshalb müssen klare Finanzierungsverantwortlichkeiten geschaffen werden. Bereits jetzt wird die Prävention nicht ausschließlich von der GKV finanziert. Die Einbeziehung aller Sozialversicherungszweige in die Finanzierung der Prävention, etwa durch Zahlungen in einen Fonds, beurteilt die Diakonie kritisch. Statt einer Fondslösung unterstützt die Diakonie den Ansatz, über Vereinbarungen zwischen den Sozialversicherungen auf Bundes- und Landesebene und weiteren Akteuren die präventiven Aktivitäten zu finanzieren. Da es im Wesentlichen um die Finanzierung der sozialen Prävention geht, von der potentiell alle Menschen profitieren, ist die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung unabdingbar.

Durch ein Präventionsgesetz dürfen die finanziellen Verantwortlichkeiten nicht einseitig zu Lasten der GKV verschoben werden. Selbstverständlich muss das Budget für primärpräventive Leistungen der GKV erhöht werden. Aber dies ist keinesfalls der allein entscheidende Punkt, denn die GKV ist nur eine von mehreren Präventionsakteuren. Zumindest genauso wichtig ist die Bindung der Finanzströme an konzeptionelle Inhalte und eine sachhaltige Begründung für die Beteiligung der unterschiedlichen Präventionsakteure. Die Diakonie warnt vor der Illusion, ein Präventionsgesetz entlaste Präventionsakteure von der Verfügungsstellung von finanziellen Mitteln zu Lasten anderer Träger (etwa zu Lasten der GKV). Im Gegenteil: ein Präventionsgesetz sollte die Pflichten aller Präventionsträger fixieren. Die Ausgaben für Prävention dürfen nicht zu einem haushaltspolitischen Verschiebebahnhof werden. Die Anhebung von Ausgaben der Sozialversicherungen muss

Hand in Hand gehen mit Ausgabeerhöhungen der Länder und Kommunen. Sie tragen eine wesentliche Verantwortung für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten und dafür, für die präventive Arbeit eine Infrastruktur zur Verfügung zu stellen.

In konzeptioneller Hinsicht unterstützt die Diakonie das Anliegen, die Ausgaben für Individualprävention und für (lebenslagenbezogene) Verhältnisprävention getrennt zu bestimmen. Auch für die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein separates Budget anzugeben.

Für die Vorhaltung von Strukturen und für die Tätigkeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind ausschließlich staatliche Mittel einzusetzen. Die Finanzierung von primärpräventiven Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch die Krankenkassen lehnt die Diakonie Deutschland ab. Die BZgA ist für die Organisation von Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene nicht geeignet.

Die Rentenversicherung ist bereits über die im SGB VI budgetierten Teilhabeleistungen engagiert. Nicht akzeptabel wäre es, die für Teilhabeleistungen budgetierten Finanzmittel der Rentenversicherung in die Primärprävention umzuleiten. Statt dessen ist die Budgetierung von medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) aufzuheben. Die Pflegeversicherung ist aufgrund ihres Teilleistungscharakters nicht geeignet, Primärprävention zu finanzieren (siehe oben).

12. Qualitätssicherung partizipativ gestalten

Die Qualitätssicherung gilt im Gesundheitssystem als Schlüsselstrategie. In den medizinischen Versorgungssektoren ist Qualitätssicherung hochgradig verwissenschaftlicht und zu einer Domäne von Experten geworden, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität messen. In der lebenslagenbezogenen Prävention ist Qualitätssicherung neu zu denken. Zwar gilt es auch hier Qualitätsstandards zu bestimmen und einzuhalten. Jedoch ist die Messung von Ergebnisqualität oft nur schwer machbar, da systemische Interventionen in Lebenslagen komplex sind und zwischen Intervention und ihrem (möglichen) Ertrag viele vermittelnde Zwischenglieder liegen. Ein weiterer Sachverhalt macht es notwendig, Qualitätssicherung neu zu denken: Da es in der sozialen Prävention die betroffenen Menschen sind, die die Prävention tragen, sind sie von Beginn an in den Prozess der Qualitätssicherung einzubeziehen.

Ziel einer Regelung in einem Präventionsgesetz muss es sein, zu trägerübergreifenden Regelungen für die Qualitätssiche-

rung zu gelangen. Dazu sind die Instrumente und Konzepte zu bündeln und auf die (partizipatorische) Präventionspraxis zuzuschneiden. Auf Bundesebene sollte ein Kompetenzzentrum geschaffen werden, das der Qualitätsentwicklung und dem Praxistransfer dient. Die BzGA ist für diese Aufgabe prädestiniert. Mit den Qualitätskriterien des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ liegen gute Vorarbeiten bereit.

Hinsichtlich eines einheitlichen Verfahrens für die Zertifizierung von Leistungsangeboten ist aus Sicht der Diakonie Skepsis angebracht. Bürokratische Regelungen sollten vermieden werden. Statt dessen sollte geprüft werden, ob die Qualitätskriterien des Kooperationsverbunds beziehungsweise der BzGA auf sachangemessene Weise umgesetzt werden können.

Keine Qualität ohne Vergütung. Deshalb ist die Qualitätsentwicklung und -sicherung der lebenslagenorientierten Prävention in den Settings auskömmlich zu finanzieren.

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2013/2014

- 11.2014 Arbeitsmigration und Pflege – Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger
- 10.2014 Wie sehen Sie sich selbst? Die Akteure für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Diakonie
- 09.2014 Fragen und Antworten zu den rechtlichen Handlungsspielräumen der Schuldnerberatung
- 08.2014 Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- 07.2014 Positionen zur Aufnahme, Wohnraumversorgung und Unterbringung von Flüchtlingen
- 06.2014 Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland: Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen
- 05.2014 Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- 04.2014 Gewährleistung von Wohnraum als Teil eines menschenwürdigen Existenzminimums
- 03.2014 Familienpolitische Positionierung: Was Familien brauchen – Verwirklichung und Teilhabe von Familien
- 02.2014 Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen für Mitarbeitende in der Diakonie
- 01.2014 Diakonische Positionen zu einem Bundesleistungsgesetz zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- 11.2013 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014
- 10.2013 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2013
- 09.2013 Pflegestatistik zum 15.12.2011
- 08.2013 Prävention und Bekämpfung von Altersarmut
- 07.2013 Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit
- 06.2013 Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinder-schutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte Aufgaben
- 05.2013 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2012
- 04.2013 Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen
- 03.2013 Soziale Sicherung für Kinder und Jugendliche einfach, transparent und zielgenau ausgestalten
- 02.2013 Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und Maßnahmen für die interne Kommunikation

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Tomas Steffens
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Medizinische
Rehabilitation, Prävention
und Selbsthilfe
Telefon: +49 30 652 11-1665
Telefax: +49 30 652 11-3665

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© März 2015 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-84-0
Art.-Nr. 613003015

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de