

Deutscher Städtetag
Deutscher Landkreistag
Deutscher Städte- und Gemeindebund

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Bundesvereinigung komm. Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und
Soziale Sicherung
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ernst-Reuter-Haus
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin

01.03..2005 /lk

Telefon +49 30 37711-0
Durchwahl 37711-801
Telefax +49 30 37711-809

E-Mail
ingrid.robbers@staedtetag.de

Bearbeitet von
Ingrid.robbers@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.08.27

Umdruck-Nr.

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(30)
vom 04.03.2005
15. Wahlperiode**

Geszentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (BT-Drs. 15/4833 vom 15.02.2005)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Einladung zu der Anhörung am 09.03.2005 zu dem Entwurf eines Präventionsgesetzes. Zu dem Entwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Allgemeines

Die kommunalen Spitzenverbände begrüßen, dass es mit der Vorlage des Entwurfs eines Präventionsgesetzes gelungen ist, einen übergreifenden Konsens herzustellen, dass Prävention und Gesundheitsförderung deutlich zu stärken sind. Dieser Konsens erstreckt sich auch auf die Auffassung, Prävention und Gesundheitsförderung für die gesetzliche Krankenversicherung rechtlich zu stärken und zu verbindlichen Aufgaben umzugestalten. Die Einbindung der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung neben der Gesetzlichen Kranken-

versicherung in das Präventionsgesetz einschließlich der Verpflichtung einer anteiligen Finanzierung durch alle Sozialversicherungsträger sehen wir als einen großen Erfolg an. Weitere Zustimmung findet insbesondere auch, dass dem Settingansatz in dem Gesetzentwurf ausdrücklich Rechnung getragen worden ist.

Das Ziel, mit einem eigenen Präventionsgesetz das Gesundheitssystem in der Form weiterzuentwickeln, dass Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangig nebeneinander stehen, wird von uns ausdrücklich unterstützt. Wir sehen darin einen Schritt in die richtige Richtung, auch wenn mit den für diesen Bereich zur Verfügung gestellten Finanzmitteln eine „vierte Säule“ unseres Gesundheitssystems in nächster Zeit nicht etabliert werden kann.

Nach der Begründung soll mit dem Präventionsgesetz die Basis für ein modernes Präventionssystem geschaffen werden, „das vorhandene Strukturen sinnvoll zusammenführt, sie angemessen vereinheitlicht und weiterentwickelt.“ Es soll „die Rahmenvorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherung (enthalten), das diese zur Zusammenarbeit miteinander sowie mit Bund, Ländern und Kommunen verpflichtet.“

Diese Zielsetzung sehen wir mit den vorgelegten Vorschriften des Referentenentwurfs nicht hinreichend erfüllt, da eine ausdrückliche Einbindung der kommunalen Gebietskörperschaften und des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht in der erforderlichen Klarheit erfolgt. Hierzu sehen wir dringenden Nachbesserungsbedarf.

Für die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger soll eine Stiftung öffentlichen Rechts „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ errichtet werden. Auf der Landesebene soll die Zusammenarbeit über Rahmenvereinbarungen zwischen den Ländern und den Sozialversicherungsträgern geregelt werden. Wir sehen hierin die entscheidenden Schaltstellen für eine erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. In der Stiftung ist zwar eine Beteiligung der Länder und der Kommunen vorgesehen. Deren Stimmengewicht – insbesondere das der Kommunen – ist jedoch keineswegs ausreichend, um die Anliegen der Gebietskörperschaften durchsetzen zu können. Auch die Ausgestaltung der Vorschriften über die zwischen den Ländern und den Sozialversicherungsträgern zu schließenden Rahmenvereinbarungen tragen den Gegebenheiten und Ansprüchen vor Ort nicht Rechnung.

In vielen Ländern sind in den letzten Jahren bereits Strukturen geschaffen worden, die sowohl auf Landesebene als auch in den Kommunen eine Zusammenarbeit aller in der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Gruppen ermöglichen (z. B. Landesgesundheitskonferenzen, kommunale Gesundheitskonferenzen). Um die Einbindung der kommunalen und regionalen Ebene in den Ländern zu sichern, ist es daher notwendig, eine entsprechende Konkretisierung im Präventionsgesetz aufzunehmen. Das Ziel des Präventionsgesetzes kann nur dann im Sinne der Kommunen positiv und wirksam umgesetzt werden, wenn sichergestellt wird, dass Präventionsprojekte vor Ort unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und Strukturen geplant und umgesetzt werden können. Wichtige kommunale Instrumente zur Planung und Durchführung von Präventionsprojekten sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Gesundheitsberichterstattung.

Auch müssen Präventionsprojekte, die sich an den kommunalen Gegebenheiten ausrichten, von den Kostenträgern anteilig finanziert werden. Es ist nicht sinnvoll, wenn künftig eine Entwicklung zur Gesundheitsförderung und Prävention einsetzt, die vorwiegend Projekte auf Bundes- und Landesebene fördert. Solche sog. „Leuchtturmprojekte“ entsprechen häufig nicht den örtlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten. Auch im Interesse einer bürgernahen und transparenten Gesundheitsförderung und Prävention sollte die Steuerungsmöglichkeit der Kommunen gestärkt werden. Die Förderung von Projekten mit Regionalbezug sollte daher den Vorrang haben. Dabei ist sicherzustellen, dass den Kommunen anteilig die finanziellen Mittel zur Durchführung der Projekte zur Verfügung gestellt werden.

Eine stärkere strukturelle Einbindung der Kommunen in das Präventionsgesetz ist daher dringend notwendig.

Bei der Gesundheitsförderung handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die viele Politikbereiche berührt. Die Einbindung der entsprechenden Ressorts (wie z. B. Umwelt- und Verbraucherschutz, Bildung und Sport) muss daher auf Bundes-, Landes- sowie auf kommunaler Ebene verbindlich festgelegt werden. Erfahrungen aus dem Gesunde-Städte-Netzwerk und auch aus dem Bereich der kommunalen Gesundheitskonferenzen haben gezeigt, dass auch hier die steuernde Rolle der Kommunen notwendig ist. Sie haben das Potenzial, regionalspezifische Defizite zu erkennen und gezielte, bereichsübergreifende Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und koordinierend umzusetzen.

Unser Anliegen ist es, „top-down-Strukturen“ zu vermeiden, die zwar die Bundes- und Landesebene berücksichtigen, regionale Kompetenzen aber vernachlässigen. Es muss daher die dezentrale Komponente stärker aufgenommen werden, damit die unterschiedlichen Bedarfe nach den jeweiligen Erfordernissen in der Kommune aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und Aktivitäten optimal aufeinander abgestimmt werden. Empfehlungen der Bundes- und Landesebene können dabei berücksichtigt werden.

Voraussetzung für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention ist ein kommunaler zielgruppenorientierter Ansatz. Da die Bevölkerung zwischen und innerhalb der Kommunen eine erhebliche Heterogenität aufweist, bedarf es regional spezifischer differenzierter Strategien in der Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten bedarfsgerecht eingesetzt und den ethnischen, altersspezifischen und sozialen Unterschieden in der Bevölkerung angepasst werden. Vor diesem Hintergrund muss eine Bündelung und gezielte bedarfsgerechte Planung und Koordination der Aktivitäten der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens ausgehend von den regionalen Bedürfnissen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene erfolgen.

Nach der Begründung zum Präventionsgesetz soll es auch künftig bei der Aufgabentrennung zwischen Staat und Sozialversicherung bleiben. Auch in Zukunft sollen Bund, Länder und Sozialleistungsträger ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Lage der Bürgerinnen und Bürger jeweils selbst nachkommen und ihre Aufgaben aus getrennten Mitteln finanzieren. Eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung soll ausdrücklich nicht stattfinden. Prävention soll vielmehr Aufträge zur gesundheitlichen Prävention im Bereich der Sozialversicherung weiter ausformen und die Sozialleistungsträger auf dieser Grundlage zu einer verbesserten Zusammenarbeit mit den staatlichen Gebietskörperschaften verpflichten.

In der Vergangenheit haben die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung auf diesem Gebiet Aufgaben zum Teil nur unzureichend wahrgenommen. Nachdem eine frühere Fassung des § 20 SGB V mit der Vorschrift zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den in den Ländern zuständigen Stellen aufgehoben wurde, haben die Kassen die für diesen Bereich vorgesehenen Gelder vorwiegend für Werbekampagnen eingesetzt. Damit wurden zahlreiche erfolgreiche gemeinsame Präventionsprojekte vor Ort zunichte gemacht. Die geltende Neufassung des § 20 SGB V verpflichtet nach wie vor die Krankenkassen nicht zu einer Zusammenarbeit mit den in den Ländern beteiligten Stellen, wie es von uns in der Vergangenheit wiederholt gefordert wurde; jedoch wurde zumindest die Verpflichtung für Leistungen zur primären Prävention mit einem gesetzlich vorgeschriebenen verpflichtenden Euro-Betrag aufgenommen. Während der geltende § 20 SGB V aus der Sicht der Kommunen nicht dem Anspruch gerecht wird, den die GKV im Rahmen der Prävention zu erfüllen hat, sehen wir in dem geplanten Präventionsgesetz einen Neubeginn auf diesem Gebiet für die Zukunft. Unser Anliegen ist es daher, jetzt für die Verknüpfung präventiven Handelns auf der Ebene der Sozialversicherungsträger

und der Ebene der staatlichen Verantwortung und damit insbesondere der Kommunen klare rechtliche Voraussetzungen zu schaffen.

Den Kommunen einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes kommt als einzigem Handlungsträger mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung die bevölkerungs- und gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge und –vorsorge als originäre Aufgabe zu. Insbesondere benachteiligten Zielgruppen den Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens zu ermöglichen, ist vorrangiges Ziel der Aktivitäten der Kommunen mit ihrem öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Leistungen der Kommunen für die Bürger/innen als auch für einzelne besonders gesundheitlich gefährdete und belastete Gruppen beruht neben dem finanziellen Mitteleinsatz auch auf der multiprofessionellen, fachlichen Kompetenz der kommunalen Fachkräfte in den Ämtern und Fachdiensten. Die Aufwendungen der Kommunen für diesen ganzheitlichen Ansatz übersteigen ein Vielfaches der Mittel, die zum Beispiel nach § 20 SGB V der GKV zugewiesen sind. Um das wirkungsvolle Zusammenführen der in Zukunft insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen zu ermöglichen, ist es wichtig, die steuernde Funktion der Kommunen einschließlich der Verantwortung für die Bewertung der Maßnahmen und der Projekte in dem Gesamtkonzept des Präventionsgesetzes zu verankern. An dieser Stelle fehlt es aus unserer Sicht an der eindeutigen Klarheit.

Die Verantwortung für diese präventive Aufgabenwahrnehmung erfordert, dass den Kommunen die dazu notwendigen Finanzmittel und Finanzierungsinstrumente übertragen werden. Nach den bisherigen Erfahrungen und Beispielen aus der Vergangenheit wird eine stärkere Hervorhebung der Kommunen im zuvor beschriebenen Sinn in dem Präventionsgesetz mit tragfähigen Finanzierungen zum Erreichen der Ziele des Gesetzes beitragen. Es ist daher notwendig, künftig den Mitteleinsatz unter verantwortlicher Mitbestimmung der Kommunen sowohl bei den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene als auch über die Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung den regionalen Erfordernissen entsprechend zu steuern. Nur wenn es mit dem Präventionsgesetz gelingt, Vertragspartnerschaften zwischen den Sozialversicherungsträgern und den kommunalen Gebietskörperschaften zu begründen, kann sich eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit entwickeln, auf deren Grundlage die notwendigen Maßnahmen vereinbart und durchgeführt werden. Eine entsprechende fehlende Rechtsgrundlage hat bisher die Zusammenarbeit erheblich erschwert. Als positives Gegenbeispiel ist dagegen die nach § 21 SGB V auf dem Gebiet der Jugendzahnpflege bestehende Zusammenarbeit hervorzuheben.

Nur wenn es gelingt, auf kommunaler Ebene die notwendige Kooperation und Koordination aller Beteiligten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention unter entscheidender Mitwirkung der kommunalen Gebietskörperschaften herzustellen, kann das Präventionsgesetz mittel- und langfristig ein Erfolg werden.

II. Zu den einzelnen Vorschriften:

Zu Artikel 1 Bundespräventionsgesetz –BPrävG

Zu § 6 – Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern in Verbindung mit § 18 - Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Mit dem Präventionsgesetz sollen die Sozialleistungsträger zu einer verbesserten Zusammenarbeit mit den staatlichen Gebietskörperschaften verpflichtet werden, wobei die Aufgabentrennung zwischen Staat und Sozialversicherung erhalten bleiben soll. Dieser Verpflichtung zur Zusammenarbeit liegt der Gedanke zugrunde, die über die Sozialversicherung bereitgestellten Mittel vor Ort möglichst effektiv entsprechend den Bedürfnissen der Bürger und Bürgerinnen einzusetzen. Kommunale Projekte

können dadurch zielgerichtet gefördert und auf eine breitere Basis gestellt werden. Die entscheidende Relevanz der regionalen Ebene für die zielgerichtete Auswahl und Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sollte dadurch berücksichtigt werden, dass in § 6 Abs. 3 Satz 2 neben den Ländern ausdrücklich auch die Kommunen aufgenommen werden. Dies gilt entsprechend für § 18 Abs. 1 Satz 1.

Generell sollte sichergestellt sein, dass die Entscheidung über Präventionsprogramme von den in den Kommunen zu benennenden Stellen unter Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgt und nicht die Landesebene der kommunalen Ebene Festlegungen vorgibt. Dabei muss auch die auf Seiten der Kommunen vorhandene Kompetenz zur Mittelsteuerung zum Ausdruck kommen. In den Kommunen besteht bei der Prävention und Gesundheitsförderung die umfassende Kompetenz zur Bestimmung der notwendigen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Sozialleistungsträger sollten daher primär für entsprechende Initiativen in den Kommunen unter deren maßgeblicher Mitbestimmung verwandt werden. Wenn den Kommunen hier nicht der ihnen zustehende Stellenwert zugesichert wird, besteht die Gefahr, dass auch künftig das Nebeneinander nicht abgestimmter Leistungen der Ebene der Sozialversicherungsträger und der staatlichen Gebietskörperschaften erhalten bleibt. Effektivität und Effizienz der Maßnahmen wären damit insgesamt nicht gewährleistet.

Diese Anforderungen gelten auch für die nach § 18 Abs. 5 im Falle der Ersatzvornahme von den Ländern zu erlassenden Rechtsverordnung.

Zu § 10 – Grundsatz

In § 1 Ziff. 2 sollte klargestellt werden, dass die Maßnahmen und Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach Gegenstand, Umfang und Ausführung „mit den in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen“ koordiniert erbracht werden.

Durch diese Ergänzung soll klargestellt werden, dass sich die Verpflichtung zur Koordination nicht nur auf die Sozialversicherungsträger untereinander, sondern auch auf die Verpflichtung zur Koordination mit den Ländern und Kommunen bezieht.

Zu § 11 – Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ausrichtung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung an Zielen und Teilzielen wird grundsätzlich unterstützt. Wir haben allerdings Zweifel, ob es generell möglich sein wird, zur Überprüfung der Zielerreichung Quantifizierungen über geeignete Indikatoren zu erreichen. Abs. 3 sollte daher durch die Worte ergänzt werden: „soweit dies möglich ist“.

Nach § 11 Abs. 5 werden u. a. die Kommunen über die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände an der Vorbereitung der Empfehlungen nach Abs. 1 und der Vorschläge nach Abs. 4 beteiligt. Allerdings sind die Mitwirkungsrechte der kommunalen Spitzenverbände in dem Stiftungsrat mit einem Vertreter sehr begrenzt. Der Bedeutung des kommunalen Bereichs sollte zumindest mit der Entsendung von drei Vertretern Rechnung getragen werden. In dem Kuratorium der Stiftung sind die Kommunen überhaupt nicht vertreten. Auch hier sollten die Kommunen repräsentiert sein.

Zu § 12 – Präventionsprogramme

Wir gehen davon aus, dass unter den in Abs. 1 genannten gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 auch entsprechende kommunale Gremien zu verstehen sind, die jeweils eigene Präventionsprogramme mit Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele beschließen. Dies gilt entsprechend auch für das in Abs. 3 genannte gemeinsame Entscheidungsgremium nach § 18 Abs. 1 Nr. 1, das Festlegungen zu den nach § 17 wahrzunehmenden Aufgaben treffen soll. Festlegungen, die allein von der Landesebene getroffen würden, wären von kommunaler Seite abzulehnen.

Zu § 17 – Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Setting-Ansatz im Präventionsgesetz einen hohen Stellenwert erhält und ein wesentlicher Anteil der entsprechenden Mittel der Sozialleistungsträger (40 Prozent) dafür eingesetzt werden sollen. Wie eingangs ausgeführt, ist gerade in diesem Bereich eine enge Zusammenarbeit mit den Ländern und Kommunen notwendig. Die Berücksichtigung regionalspezifischer differenzierter Strategien ist für eine erfolgversprechende Präventionsarbeit unerlässlich. Die nach § 17 durchzuführenden Maßnahmen sollten in den in den Kommunen zu benennenden Stellen, möglichst unter Federführung der Kommunen, abgestimmt werden. Hier sollten die Anträge der Träger der Lebenswelt eingehen, geprüft und bewilligt werden.

Die nach Abs. 3 vorgesehenen Entscheidungen sollten nicht nur unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, sondern vor allem unter Berücksichtigung von Effizienz und Effektivität getroffen werden.

Die nach Abs. 4 vorgesehene angemessene Beteiligung der Betroffenen in Form eines angemessenen Eigenanteils für die Leistung kann ggf. zu ungerechtfertigter Ausgrenzung führen. Ausnahmeregelungen sollten daher möglich sein.

Die nach Abs. 6 vorgesehene Ausnahmeregelung für die zeitlich befristete eigenverantwortliche Leistungserbringung eines sozialen Präventionsträgers sollte, sofern sie überhaupt notwendig ist, im Hinblick auf den übergreifenden Ansatz von Prävention nur äußerst zurückhaltend zur Anwendung kommen.

Zu § 20 – Wirksamkeit und Qualitätssicherung

Aus der Formulierung, dass nur solche Maßnahmen von den sozialen Präventionsträgern erbracht oder gewährt werden dürfen, die wirksam und qualitätsgesichert sind, ist zu schließen, dass nur bereits evaluierte Projekte gefördert werden sollen. Diesen Ansatz halten wir für zu eng. Unseres Erachtens müsste es möglich sein, eine Förderung zu erlangen, wenn zusammen mit dem Projekt eine Evaluierung stattfindet. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass auch Mittel für eine Evaluations-Grundlagenforschung zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 23 – Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Die nach Abs. 1 Ziff. 1 bis 3 vorgesehene Aufteilung der Mittel für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 15 und nach § 17 ist vom Grundsatz her zu akzeptieren. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die Mittel für Prävention und

Gesundheitsförderung in Lebenswelten primär in den Kommunen unter deren wesentlichen Beteiligung bei der Steuerung zum Einsatz kommen sollten.

Sofern Gesundheitsförderung und Prävention in Zukunft zu einer vierten Säule im Gesundheitssystem ausgestaltet werden soll, müssten die Mittel der Sozialleistungsträger mittel- bis langfristig aufgestockt werden.

Zu § 26 – Präventionsbericht

Bei der Ausarbeitung der Berichte durch den wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung sollten nach Abs. 2 auch die Kommunen beteiligt werden.

Zu Artikel 2 – Gesetz zur Errichtung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsstiftungsgesetz – PräVStiftG)

Für die Zusammenführung der Sozialleistungsträger in einem Präventionsgesetz erscheint die Bildung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ein geeigneter Weg. Dies darf aber nicht dazu führen, dass von der Stiftung eine zentrale Steuerung auf die Landes- und kommunale Ebene ausgeht. Eine bindende Vorgabe von Präventionszielen und Teilzielen und Beschlüssen von Vorschlägen zu Leistungen für die Kommunen wird daher abgelehnt.

Zu § 4 - Satzung

Die Satzung soll vom Stiftungsrat mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder beschlossen werden. Angesichts der Zusammensetzung nach § 6 erreichen die Sozialleistungsträger damit in jedem Fall eine Mehrheit von zwei Dritteln und können demnach die von der Bundesregierung, dem Bundesrat und den kommunalen Spitzenverbänden vorgeschlagenen Mitglieder überstimmen. Dies sollte nicht möglich sein und insofern eine Änderung des Mehrheitsverhältnisses vorgenommen werden. Den kommunalen Spitzenverbänden sollten statt - wie vorgesehen - nicht nur ein Mitglied zustehen, sondern wie der Bundesregierung und dem Bundesrat drei Mitglieder.

Zu § 7 – Kuratorium

Im Kuratorium ist die Bundesregierung mit zwei Mitgliedern und der Bundesrat mit weiteren zwei Mitgliedern vertreten. Dem Kuratorium sollten darüber hinaus zwei weitere Mitglieder, die von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vorgeschlagen werden, angehören.

Zu § 8 – Vorstand

Da der Vorstand die laufenden Geschäfte der Stiftung führen wird, ist es fraglich, ob die hauptamtliche Besetzung mit drei Mitgliedern nicht zu Reibungsverlusten in der Geschäftsführung führt.

Zu Artikel 3 – Gesetz zur Errichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA – Errichtungsgesetz –BzgA-EG)

Die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ soll künftig als selbständige Bundesbehörde mit Sitz in Köln errichtet werden. Es stellt sich die Frage, warum gegenüber dem jetzigen Zustand eine Änderung vorgenommen wird. Hinsichtlich des Sitzes der Bundeszentrale erscheint es sinnvoll, den Sitz der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung an den selben Ort zu verlegen.

Zu Artikel 5 Änderung des V. Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 20 a Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Ergänzend sollte in dieser Vorschrift aufgenommen werden, dass die sozialen Präventionsträger mit den für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen treffen müssen.

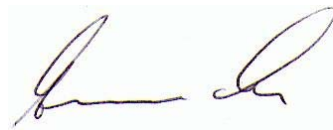
§ 20 d – Förderung der Selbsthilfe

In Abs. 1 sollte der öffentliche Gesundheitsdienst bei dem Beschluss über ein Verzeichnis der Krankheitsbilder beteiligt werden.

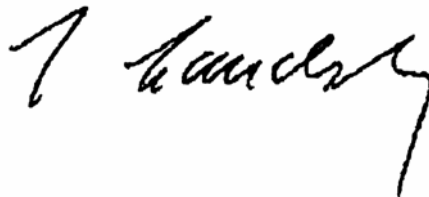
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Stephan Articus
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Städtetages



Prof. Dr. Hans-Günter Henneke
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Landkreistages



Dr. Gerd Landsberg
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes