



Gesundheit Berlin e.V., Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Dr. Raimund Geene
Geschäftsführer
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin
Fon 0 30-44 31 90-60
Funk 0 17 32 90 32 32
Fax 0 30-44 31 90-63
E-Mail geene@gesundheitberlin.de
Internet www.gesundheitberlin.de

Berlin, 13. Dezember 2004

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0817(1)
vom 22.02.2005

15. Wahlperiode**

Stellungnahme zum Entwurf des PräVG

Die nachstehende Stellungnahme basiert auf den Diskussionen im Rahmen des 10. Kongresses Armut und Gesundheit, der als größter bundesdeutscher Public Health-Kongress am 3. und 4. d.M. in Berlin mit 1.500 Teilnehmer/innen stattfand, sowie dem anschließenden Internationalen Expertenworkshop von Gesundheit Berlin und dem BKK-Bundesverband. Teilnehmer/innen waren hier der vormalige WHO-Generaldirektor Halfdan Mahler, Ilona Kickbusch, Margret Whitehead, Rolf Rosenbrock und weitere 20 Expert/innen aus Deutschland, England, Italien, Holland, Dänemark, Finnland und den USA.

Die Stellungnahme beginnt mit einer allgemeinen positiven Würdigung des Gesetzesentwurfes, einer grundsätzlichen Anmerkungen zum Entwicklungsbedarf und abschließend einzelnen Überlegungen zu Detailumsetzungen.



1. Grundsätzliche Würdigung

In der Vergangenheit litt Prävention und Gesundheitsförderung unter **ungeklärten Begrifflichkeiten** und **Zuständigkeiten** sowie unter **fehlender Ressourcenausstattung**. Zwar ist mit der Etablierung von Public Health und weiteren gesundheitswissenschaftlichen, z.T. grundständigen Ausbildungen an Universitäten und Fachhochschulen Engagement und Qualifikation für gesundheitsfördernde Berufszweige geschaffen. Bislang konnte dieses Potenzial auf dem Hintergrund der genannten Probleme jedoch kaum ausgeschöpft werden.

Der vorliegende Gesetzesentwurf ist nun dazu geeignet, Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland **wesentlich voranzubringen**, in dem erstmals und differenziert Zuständigkeiten im Bereich der Sozialversicherungen sowie der Bundesoberbehörden ausgewiesen sind.

Die in den Gesetzesentwurf eingehenden **Definitionen** der Begrifflichkeiten sind nachvollziehbar und gut anwendbar; sie können einen langjährigen Disput in Wissenschaft und Praxis sinnvoll auflösen. Die **Ziel- und Qualitätsorientierung** der Maßnahmen ist zu begrüßen. Die strukturelle Einbindung der Prävention scheint zumindest auf der Bundesebene gut geklärt zu sein.

Wie bedeutsam diese Ansätze eingeschätzt werden, wurde beispielsweise deutlich, als Prof. Rolf Rosenbrock auf der Abschlussveranstaltung des 10. Kongresses Armut und Gesundheit unter langanhaltendem Beifall vom Präventionsgesetz als einem „Riesenerfolg der Gesundheitsbewegung“ sprach.

2. Entwicklungsmöglichkeit

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sollte aber noch geprüft werden, den Aspekt der **Gesundheitsförderung** stärker herauszustellen. Obgleich auch die internationalen Expert/innen im Rahmen unseres Workshops die Signalwirkung des Präventionsgesetzes in Deutschland nachdrücklich unterstützen, wurde im Sinne der WHO eine stärkere Orientierung auf **Setting-Ansatz** und **Gesundheitsdeterminanten** („die gesunden Lebenswelten“) vorgeschlagen. International bewährt habe sich hier die **Strategie der Netzwerkbildung**, die bislang in Deutschland nur rudimentär entwickelt ist (Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheitsfördernde Schulen, Hochschulen, Krankenhäuser u.a.). Auch die weiteren Anforderungen der Ottawa-Charta wie die Aspekte des **Empowerments**, verstanden als strukturelle Befähigung (im Sinne des „Community approachings“ und des „Capacity-buildings“) sowie die **anwaltschaftliche Vertretung** der Gesundheitsinteressen und der gesunden Lebenswelten („Advocacy“) konnten sich bislang nicht im Gesetz verankern.

Auch wenn dies im Zuge der Ressortzuständigkeiten nur bedingt geregelt werden kann, sollte das Gesetz im Sinne des Entwicklungsauftrages der Gesundheitsförderung zumindest **Optionen** bereit stellen, Aktivitäten in diesem Sinne zu entwickeln. Dies gilt auch für den international stark verbreiteten Ansatz der Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (Health Impact Assessment) sowie der Berichtspflicht, die auch die Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten verfolgen muss, um nicht „zahnlos“ zu sein.

Als konkrete strukturbildende Maßnahmen sollte geprüft werden, ob per gesetzlichem Auftrag – analog der **Förderung** der Selbsthilfekontaktstellen – eine stärkere Berücksichtigung **der Netzwerke** sowie **der freien Gesundheitseinrichtungen und Patientenstellen** möglich ist.



3. Detailanmerkungen

Der Gesetzentwurf berücksichtigt den **Soziallagenbezug**, d.h. die Orientierung auf den Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. Sinnvollerweise ist dieses ergänzt durch den Gender-Aspekt.

Zu begrüßen ist auch die Orientierung auf Lebenswelt-Aktivitäten. Für eine sozial orientierte und nachhaltige wirkende Gesundheitsförderung hat sich hierzu in der internationalen Diskussion der sog. „Setting-Ansatz“ herausgebildet, der vor allem organisationssoziologische Erkenntnisse berücksichtigt und umsetzt und dadurch einen wesentlichen Beitrag leistet zur Schaffung „gesunder Lebenswelten“. Bedauerlich ist hier, dass das Wort **Setting** im Gesetzestext gemieden wird. Der verwendete Begriff der „Lebenswelten“ wird nicht durchgängig im Sinne des Setting-Ansatzes benutzt, sondern auch als Maßnahme *im* Setting (im Sinne von Setting als gesundheitlich zu organisierte Lebenswelt, nicht als "Abwurfplatz" für Präventionsbotschaften).

Die Rolle des **Advocacies** – der anwaltschaftlichen Aktivitäten für die Gesundheit der Bevölkerung – sollte gestärkt werden. Hier fehlt ein wichtiges Grundprinzip der Ottawa-Charta, das insbesondere auch wichtige Möglichkeiten eröffnet hinsichtlich der Gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung initiativ zu sein. Die meisten Gesundheitsdeterminanten liegen außerhalb des Gesundheitswesens (z.T. sogar außerhalb des Sozialwesens). Ein „allgemeinpolitisches Gesundheits-Mandat“ sollte sowohl auf Länderebene durch die Rahmenvereinbarungen berücksichtigt werden als auch auf der Bundesebene, in der sowohl die Stiftung als auch die Bundesoberbehörden zur Berücksichtigung und zur Zusammenarbeit mit den bestehenden Setting-Netzwerken verpflichtet werden (Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Gesunde Schulen ua.). Desweiteren sollte die regelmäßige Berichtspflicht an den Bundestag um diesen Aspekt des Advocacies erweitert werden.

In der **Zielformulierung** der Stiftung sollte die Rolle des **wissenschaftlichen Beirates** gestärkt werden, zB. durch ein Vorschlagsrecht für die Ziele durch den Wiss. Beirat. Die Zielformulierung scheint dort besser angesiedelt als im Stiftungsrat (mit seiner absoluten GKV-Mehrheit, 16 von 30 Sitzen) – der Stiftungsrat sollte die Ziele zurückweisen können (Vetorecht).

Die **Qualitätssicherung** sollte der BZgA aufgetragen werden, das würde zu größerer Ausgeglichenheit führen und die Problematik einer möglichen Selbstevaluation der Stiftung entgegenwirken. Eine solche Auftragsformulierung sollte an gewisse Einschränkungen geknüpft sein, zB. „unter Einbeziehung des unabhängigen Sachverständigen von Wissenschaft und Wohlfahrtsverbänden, des Deutschen Forums sowie von Vertreter/innen der Praxis und der Anbieterseite“. Zudem sollte der Qualitätssicherungsaspekt als Entwicklungsauftrag formuliert werden mit stark prozess- und modellorientiertem Charakter. Insbesondere Maßnahmen zur **Individualprävention** sollten einer genauen Qualitätsprüfung unterzogen werden, konnten sie ihre Effektivität doch in der Vergangenheit nicht immer belegen.

Es ist zu begrüßen, dass die BZgA auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wird. Diese Möglichkeit sollte genutzt werden, den historisch überholten Begriff der „BZ ges. Aufklärung“ durch **„Bundeszentrale für Gesundheitsförderung“** zu ersetzen. Ebenso sollte der Begriff der „gesundheitlichen Aufklärung“ im Gesetz so weit möglich durch den Begriff der „gesundheitsfördernden Informationen“ ersetzt werden.



Ebenso ist es zu begrüßen, dass das Monitoring dem RKI aufgetragen wird. Allerdings sollte ein starker Bezug auf Geschlecht und soziale Lage eingefordert werden, um damit ein **sozialepidemiologisches** Untersuchungsdesign anzuregen. Die aktuelle Politik der großen Kohortenuntersuchungen sollten kritisch reflektiert werden, sie scheinen in Anbetracht der begrenzten Mittel und der geringen Aussagekraft statistischer Methoden (diese können Entwicklungen nur nachzeichnen, aber kaum prognostizierbar darstellen) langfristig nicht sinnvoll.

Der Erfahrungsschatz der **Landesvereinigungen** für Gesundheitsförderung sollten ebenso herausgestellt werden wie die hier explizit erwähnte Landesgesundheitskonferenz. Im § 18 BPrävG (Rahmenvereinbarungen auf der Länderebene) sollte genauer definiert werden, welche Gremien zur Koordinierung prädestiniert sind. Insbesondere sollten auch **gesellschaftliche Gruppen**, Wissenschaft, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter, Anbieter, freie Träger, Wohlfahrtsverbände mit einbezogen werden. Es sollte vermieden werden, dass es zu reinen Arbeitsgemeinschaften der öffentlich-rechtlichen Körperschaften (wie im SGB V, § 21 Zahnprophylaxe) kommt, da das Feld umfassender besetzt ist und nicht auf Politik und Sozialversicherungsträger reduziert sein sollte.

Im Zuge der Anforderungen von Partizipation und Empowerment ist es zu begrüßen, dass die Förderung der Selbsthilfe durch eine Präzisierung der entwickelten, guten Praxis der Gemeinschaftslösung und durch einen eigenen Paragraphen gestärkt wird. Es bleiben jedoch noch Unklarheiten auf der Ebene der Patientenvertretung und –unterstützung, insbesondere auch hinsichtlich der Neuregelungen aus dem Gesundheitsreformgesetz 2000 (§65b) und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (§140f.). Den festgeschriebenen Unterstützungs- und Beteiligungsformen fehlt bislang eine Finanzierungsgrundlage, die im Rahmen des PräVG geschaffen werden könnte. Hier sollte geprüft werden, ob die **Modellprojekte der Patienteninformation** nach SGB V, § 65 b, im Rahmen der PräVG auf eine eindeutige gesetzliche Grundlage gestellt werden können.

Raimund Geene



Betreff Änderungsvorschläge / Begründung
 von Martina Kolbe und Raimund Geene unter Mitarbeit von Stephan Koesling und Franz Gigout

Bundespräventionsgesetz

§ 3 (1) Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen **die Gesundheit der Bevölkerung erhalten und fördern und** insbesondere zum..

Begründung Ein Gesetz soll dem gesamten Gemeinwesen dienen.

§ 3 (5) 1. ...Ressourcen **zur Förderung der Gesundheit** (*statt zur Vermeidung von Krankheit*)

Begründung Der positive Gesundheitsbegriff sollte vorangestellt werden.

§ 3 (5) 2. Am Ende ergänzen: ... **und in lebensweltbezogenen Netzwerken.**

Begründung Gesundheit erhalten bzw. befördern Strukturen, die der anwaltschaftlichen Vertretung ebenso dienen wie der Konsensfindung, das leisten im allgemeinen Netzwerke, darüber hinaus dienen sie auch der Ressourcenschonung. Mit dem Verweis auf die Förderfähigkeit der Netzwerke wird der Strategie der WHO und internationalen Erfahrungen in der Setting-Orientierung Rechnung getragen.

§ 6 (3) 1. Satz ...zuständigen Stellen, **Diensten und gesellschaftlichen Gruppen wie den Wohlfahrtsverbänden und den Netzwerkorganisationen für Gesundheitsförderung** über die regionalen Erfordernisse...

Begründung Im Sinne der Ottawa-Charta muss eine breite Beteiligung von Akteuren, Verbänden und Bürgerinteressen sichergestellt werden. Insbesondere auf dem Hintergrund des stark ausgeprägten Korporatismus in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ist es notwendig, eine solche Partizipation normativ festzuschreiben, damit die Gesundheitsförderung eine aktivierende, von der Zivilgesellschaft getragene Strategie bleibt und nicht in Hinterzimmern der Bürokratie verschwindet.

§ 9 (2) 2. Satz ...regelmäßige (*zu streichen: bundesweite und repräsentative*) **sozialepidemiologische Erhebungen und qualitative Untersuchungen** durch, **die über die Präventionspotenziale und die Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten berichten.**

Begründung Die Berichterstattung sollte problem- und praxisorientiert erfolgen. Durch zeitnahe, soziallagenbezogene und qualitative Erhebungen können die Befunde Hinweise für die Praxis der gesundheitlichen Prävention liefern. Dabei sollten insbesondere auch die Determinanten von Gesundheit berücksichtigt werden, da sie eine entscheidende Rolle spielen für die Gesundheit der Bevölkerung.
Laut SVR-Gutachten 2000/2001 Band 1 (S. 125 Langfassung) *"liegen wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist auf soziale und Hygieneeffekte zurückzuführen, u.a. auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, Bildung, Arbeit, Verkehr sowie die physische und soziale Umwelt. Mortalität und Morbidität sind also auch im gesellschaftlichen Sinne plastische Größen, und Präventionspolitik ist mehr als Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung".* Das Gesundheitswesen kann diese Einflussfaktoren kaum verändern, aber es muss die Krankheitsfolgen auffangen; daher ist es auch die Aufgabe der Prävention, die Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten zu beschreiben und sich für eine gesundheitsförderliche



Entwicklung einzusetzen.

§ 10 (1) 2 2. nach Gegenstand, Umfang und Ausführung koordiniert **unter Einbeziehung von Verbänden und gesellschaftlichen Gruppen** erbracht werden.

Begründung Die gesamtgesellschaftliche, beteiligungsorientierte Aufgabe (s.o.) muss betont werden.

§ 11 (2) ...Indikatoren quantifiziert **und qualifiziert**.

Begründung Neben Quantitäten sollten auch qualitative Aspekte berücksichtigt werden (z.B. nicht nur Menge der Inanspruchnahme, sondern auch davon erreichte Zielgruppen)

§ 11 (5) ...sowie andere für gesundheitliche Prävention maßgebliche Verbände **wie insbesondere die Patienten- und Wohlfahrtsverbände sowie die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit** beteiligt.

Begründung Die gesamtgesellschaftliche, beteiligungsorientierte Aufgabe (s.o.) muss betont werden. Dabei sind es in diesem Zusammenhang vor allem die Wohlfahrtsverbände und die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, die wegen ihrer Praxiserfahrung mit Zielgruppen und ihrem Methodenprogramm (Erfahrungen in der Arbeit mit dem Setting-Ansatz) von besonderer Bedeutung sind und dabei explizit erwähnt werden sollten.

§ 13 Überschrift Die Überschrift wird geändert in „Gesundheitliche **Information**“

Begründung Die Begrifflichkeit der gesundheitlichen Aufklärung entspricht nicht dem Stand der Gesundheitswissenschaft, da er eine tradierte paternalistische Vorstellung beinhaltet. Es sollte in diesem und allen weiteren Passagen vielmehr von Gesundheitsinformation gesprochen werden.

§ 15 (3) ... und unter Einbeziehung **gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen** Sachverstandes sicher, dass...

Begründung Notwendig für die Entwicklung von Präventionsprogrammen ist die Einbeziehung interdisziplinären Sachverstandes, wobei den Gesundheitswissenschaften ein übergreifender Ansatz zukommt. Neben dem ärztlichen Erkenntnissen beruht diese Wissenschaft vor allem auf psychologischen und sozialpädagogischen Erkenntnissen.

§ 17 (1) 2. Satz Die Leistungen werden **in der Regel** auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht.

Begründung Die Orientierung auf Träger der Lebenswelten als Antragsteller ist grundsätzlich richtig. Es besteht jedoch das Problem, dass die Trägerschaften z.T. nicht mit den tatsächlichen Arbeits- und Entscheidungsstrukturen identisch sind (z.B. Schulämter und nicht Schulleiter bzw. Schulkonferenzen als Träger des Setting Schule). Lebenswelten im Sinne dieses Gesetzes sind abgrenzbare soziale Systeme (wie Kita, Schule, Betrieb, Krankenhaus, Heim, Kommune, Verein...) sowie Teile derselben (wie Stadtteil, Hort, Krippe, Betriebsteil...). Zu ihnen gehören auch Struktureinheiten, die der Entwicklung und Vernetzung von Lebenswelten dienen (wie Gesunde Städte Netzwerk, Praxis- und Unterstützungsbüros für Schulen und



Kitas...) und fachliche Kompetenzzentren, die ihre Tätigkeit auf die Entwicklung gesunder Lebenswelten ausgerichtet haben. Träger von Lebenswelten sind Personen bzw. Gremien, die im Alltag der Lebenswelt vorstehen (z.B. Schulleiter und Kollegium, nicht Schulamt).

Insofern sollte die Bestimmung als Regel festgehalten, Ausnahmen und Erweiterungen jedoch ermöglicht werden.

§ 17 (5)

2. die erforderlichen Maßnahmen zur Organisation der Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Management der Gesundheitsförderung) **und Beratung für Träger der Lebenswelt zum Antragsverfahren.**

Begründung

Die Beratung von Trägern stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass sich insgesamt ein breites Präventionsgeschehen entwickeln kann. Es verhindert, dass nur bereits gesundheitsförderlich entwickelte Träger von den neuen Maßnahmen profitieren, in dem auch die bislang nicht erreichten Träger an die Gesundheitsförderung in ihrer Interessensbekundung unterstützt werden.

§ 18 (1)

einfügen als 3.

Begründung

3. die Beteiligung von Verbänden und Leistungserbringern

s.o.

§ 18 (3)

... auf andere im Land gebildete Gremien **wie Landesgesundheitskonferenzen oder Landesvereinigungen für Gesundheit** übertragen

Begründung

Als mögliche Träger kommen Landesgesundheitskonferenzen und Landesvereinigungen für Gesundheit in Betracht. Sie sollten daher an dieser Stelle explizit erwähnt werden.

PrävStiftungsgesetz

§ 2 (2)

3. die Beteiligung an Maßnahmen der gesundheitlichen **Information ...**
5. die anwaltschaftliche Vertretung der Gesundheitsinteressen der Bevölkerung ...
8. die Kooperation und Förderung von bundesweiten Netzwerken zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 1 BprävG.

Begründung

Die Aufgabenstellungen der Stiftung sollten erweitert werden hinsichtlich der Anforderung der Ottawa-Charta (Advocacy, Setting-Ansatz, Netzwerk-Bildung).

Gesetz zur Errichtung der Bundeszentrale für **Gesundheitsförderung**

Begründung

Die Begrifflichkeit der gesundheitlichen Aufklärung entspricht nicht dem Stand der Gesundheitswissenschaft, da er eine tradierte paternalistische Vorstellung beinhaltet. Die Bundeszentrale sollte als Bundesoberbehörde für Gesundheitsförderung eingerichtet werden.

§ 3

Information zur gesundheitlichen Prävention
Die Bundeszentrale wirkt mit an der **Information der Bevölkerung über eine gesunde Lebensführung, eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten** und an der Aufklärung über

Begründung

Die Aufgabenbeschreibung sollte im Sinne der Gesundheitsförderung zunächst positiv (ressourcenorientiert) erfolgen.

§ 10 (2)

... und ihren Verbänden, **Wohlfahrtsverbänden, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Netzwerken der Gesundheitsförderung** und wissenschaftlichen Einrichtungen sowie



Begründung Statt der Bezeichnung „private Träger“ sollte die Bundeszentrale zur Zusammenarbeit mit den o.g. relevanten Einrichtungen verpflichtet werden.

Änderung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch

§ 65 b Als 14. sollte ergänzt werden
In diesem § wird der Einschub „*im Rahmen von Modellprojekten*“ ersatzlos gestrichen.

Begründung Die Stärkung der Patientenberatung und –unterstützung ist ein wesentliches Grundelement einer gesundheitsfördernden, bürger- und patientenorientierten Gesundheitspolitik. Die bisher in Modellform stattfindende unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung sollte daher zu einer Regelleistung werden.