

---

Dr. Klaus Walter – Gesundheitsamt – Postfach 1704 - 73407 Aalen

An den  
Deutschen Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0816(6)  
vom 02.03.2005  
  
15. Wahlperiode**

- vorab per Mail an: - [marianne.steinert@bundestag.de](mailto:marianne.steinert@bundestag.de)

02. März 2005

**Schriftliche Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention**

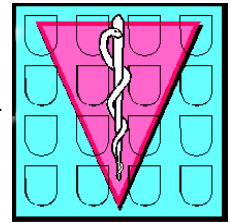
Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

herzlichen Dank für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 9. März 2005. Leider kann unser Verband nicht persönlich anwesend sein, deshalb übersende ich Ihnen eine schriftliche Stellungnahme.

Ich würde mich freuen, wenn unsere Überlegungen Beachtung bei der Anhörung finden, ich bedaure es außerordentlich, nicht persönlich anwesend sein zu können und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Dr. Klaus Walter,  
Vorsitzender BVÖGD



## Stellungnahme zum Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes begrüßt die durch das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention angestrebte Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Besonders unterstützenswert ist der verfolgte Ansatz, Qualität und Evidenz zukünftiger Maßnahmen sicher zu stellen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist schon heute einer der wesentlichen „Praktiker“ vor Ort in den Gesundheitsämtern – und auch zukünftig wird sich an der Frage, ob und wie in Stadt oder Landkreis Maßnahmen durchgeführt werden, der Erfolg des Bundes-Gesetzes erweisen. Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen "vor Ort" weisen wir auf einige kritische Punkte des geplanten Gesetzes hin:

- I. Die Finanzierung von Präventionskampagnen durch die Sozialversicherungen bedeutet eine einseitige Belastung von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Wir betrachten die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgemeinschaftliche Aufgabe, von daher wäre eine Finanzierung durch Steuereinnahmen die angemessenere Lösung gewesen. Um den jetzt beschlossenen Finanzierungsmodus sozial ausgewogener zu gestalten, sollte zumindest die Private Krankenversicherung (PKV) verpflichtet werden, dem geplanten Präventionsfond Gelder zur Verfügung zu stellen.
- II. Das gewählte Modell mit erstens einer starken Bundesebene und zweitens einer bei Koordination, Absprache mit den Krankenkassen und Durchführung mächtigen Landesebene birgt die unseres Erachtens große Gefahr, dass sich aus dem Gesetz ein bürokratisches Übergewicht ergibt, bei dem ein Großteil der Mittel und Energien nicht in konkretes Handeln vor Ort fließen, sondern in ein über mehrere Verwaltungsebenen gestuftes Antragswesen. Wir wissen, dass sich solche Ergebnisse aufgrund der föderalistischen Struktur oftmals "automatisch" aus den Diskussionen ergeben. Nach unserer Einschätzung ist aber zu befürchten, dass eine solche Antragsbürokratie eine effiziente Verwendung der Mittel gefährdet.
- III. Die Lebensbedingungen, das heißt gleichzeitig auch die gesundheitlichen Bedingungen sind innerhalb Deutschlands sehr unterschiedlich. Entsprechend unterscheiden sich auch die vordringlichen Handlungsfelder bundesweit erheblich. Die Formulierung von Zielen kann daher nur teilweise auf Bundesebene stattfinden – sie ist im Sinne von „Zielkorridoren“ auf Basis der bestehenden Bundes-Gesundheitsberichterstattung sinnvoll. Zielformulierungen müssen auch vor Ort aufgrund lokaler Problemlagen erfolgen. Dazu ist - wo immer möglich - die Gesundheitsberichterstattung von Ländern und Kommunen heranzuziehen, die als Aufgabe des ÖGD entsprechend den jeweiligen ÖGD-Gesetzen realisiert ist. Dazu wäre im § 9 ein Absatz 4 einzufügen mit folgendem Wortlaut:

**„Berichte zur gesundheitlichen Situation der Länder und Kommunen gehen ergänzend in die Planung und Bewertung präventiver Maßnahmen ein. Sie dienen dabei insbesondere der Identifikation sozial und gesundheitlich benachteiligter Personengruppen und Regionen als besonderer Zielgruppen primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen.“**

Eine weitere Ergänzung wird in § 6 vorgeschlagen: Um § 6 zu konkretisieren, sollte der § 11 Abs 1 um einen Punkt 3 ergänzt werden, mit folgendem Wortlaut:

**„Die Bundesweite Zielsetzung sollen nach der lokalen Bedarfssituation auf Basis der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen spezifiziert werden.“**

- IV. Ein wichtiges Ziel des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sollte die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sein – wir teilen die Sorge Professor Rosenbrocks, dass dieses Ziel im Prozess der Gesetzgebung zunehmend verwässert wird. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat traditionell eine sozialkompensatorische Funktion und fühlt sich auch in Zukunft in diesem Sinne verantwortlich. Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ist eine wichtige Voraussetzung für Chancengerechtigkeit. Wir bitten daher um folgenden Zusatz in § 17:

**„Lebenswelten mit einem überdurchschnittlichen Anteil sozial und gesundheitlich benachteiligter Personen sind bei der Förderung bevorzugt zu berücksichtigen.“**

- V. Es bestehen schon heute geeignete regionale Methoden, um viele Akteure für Präventionsmaßnahmen als „gemeinsame Sache“ zusammenzuführen und den Erfolg von Maßnahmen damit zu vervielfachen. Ebenso ist es schon heute möglich, benachteiligte Zielgruppen vor Ort zu identifizieren und Präventionsmaßnahmen entsprechend danach auszurichten. Der öffentliche Gesundheitsdienst spielt hierbei eine zentrale Rolle, einerseits als neutraler Koordinator vor Ort, etwa in Gesundheitskonferenzen oder regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, zum anderen durch die lokale Berichterstattung über die soziale und gesundheitliche Lage. Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention würde seine Schlagkraft erhöhen, wenn die Rahmenvereinbarungen zu diesem Punkt konkretere Vorgaben machen könnten. Zum § 11 schlagen wir, um Abstimmungsprozesse zu optimieren, folgende Ergänzung als Abs 9 vor:

**„Die Verbände der sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 wirken mit Ländern und Kommunen darauf hin, dass die Empfehlungen nach Absatz 1 im Rahmen der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes berücksichtigt werden.“**

Ergänzend werden im folgenden einige begriffliche Ergänzungen vorgeschlagen:  
Im § 3 Abs 5 sollte ergänzt werden:

1. die Unterstützung beim Aufbau und bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen zur Vermeidung von Erkrankungen und Erhaltung der Gesundheit sowie
2. die Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten.

Im § 5 sollte ergänzt werden:

Eine gesundheitsbewusste Lebensführung und eine angemessene Beteiligung an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention sollen dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten und den Eintritt von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern, die frühzeitige Erkennung von Krankheiten zu ermöglichen und die Folgen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu überwinden, hinauszuzögern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Im § 11 Abs 3 sollte ergänzt werden:

Kriterien zur Ermittlung der Präventionsziele und ihrer Teilziele im Hinblick auf präventiv beeinflussbare Risiken und Krankheiten sowie die Förderung gesund erhaltender Ressourcen sind insbesondere

Wir bitten in der Begründung zu § 13 (Seite 28), analog der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst aufzunehmen.

In der Begründung zu § 15 sollte im letzten Satz neben der Bundesärztekammer auch der Öffentliche Gesundheitsdienst genannt werden.

In der Begründung zu § 17 sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst ebenfalls mit aufgeführt werden.

Ebenfalls im § 17 auf Seite 32 sollte im 2. Absatz, Zeile 6 folgende Veränderung vorgenommen werden: der Begriff „Zahnprophylaxe“ sollte durch den Begriff „Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V“ ersetzt bzw. ergänzt werden.

Für uns ist noch die Frage offen, ob nach § 2 Abs 3 PrävStiftG der Öffentliche Gesundheitsdienst als Zuwendungsempfänger auftreten kann oder ob er seine Aufgaben ausschließlich durch Leistungen der Länder erbringen muss.

Wir hoffen, mit unseren praxisbezogenen Vorschlägen einen Beitrag zum guten Gelingen dieses wichtigen Gesetzes leisten zu können, so dass der Gesundheitsförderung und Prävention zukünftig das notwendige Gewicht beigemessen wird.

Dr. Klaus Walter  
- Vorsitzender -

Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
Postfach 1704 - 73407 Aalen  
Tel.: (07361) 9 30 30 - Fax: (07361) 93 03 22  
Mail: klaus.walter@ostalbkreis.de - Internet: www.aerzte.dbb.de