

**Stellungnahme der
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
(BVPg)**

zum

Antrag

der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Präventionsgesetz auf den Weg bringen – Primärprävention umfassend stärken (BT-Drs. 16/7284)

der **Fraktion DIE LINKE**

Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen (BT-Drs. 16/7471)

der **Fraktion der FDP**

Eigenverantwortung und klare Aufgabenteilung als Grundvoraussetzung einer effizienten Präventionsstrategie (BT-Drs. 16/8751)

Bonn, den 12. Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil

Grundsätzliche Überlegungen der BVPG zu zukünftigen Regelungserfordernissen im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ in Deutschland

2. Spezieller Teil

- a) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Präventionsgesetz auf den Weg bringen –
Primärprävention umfassend stärken (BT-Drs. 16/7284)
- b) Antrag der Fraktion DIE LINKE
Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen (BT-Drs. 16/7471)
- c) Antrag der Fraktion der FDP
Eigenverantwortung und klare Aufgabenteilung als Grundvoraussetzung einer effizienten Präventionsstrategie
(BT-Drs. 16/8751)

1. Allgemeiner Teil

Grundsätzliche Überlegungen der BVPG zu zukünftigen Regelungserfordernissen im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ in Deutschland

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) begrüßt, dass die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE und FDP die Bundesregierung auffordern, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Die BVPG begrüßt ferner, dass alle drei Anträge Schnittmengen in Bezug auf Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die lebensweltorientiert angebunden und qualitätsgesichert in geregelten Zuständigkeiten durchgeführt werden sollte, aufweisen. Dies zeigt den in den letzten Jahren auch ohne Präventionsgesetz erreichten Stand der Weiterentwicklung des Arbeitsbereiches „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Die BVPG hofft, dass durch diese Initiativen das Gesetzgebungsverfahren zu einem Präventionsgesetz wieder aufgenommen wird. Denn unbeschadet der prinzipiellen Forderung der BVPG nach einem ressortübergreifenden Gesetz, das die Angelegenheiten der Gesundheitsförderung, der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gesamthaft regelt, wird in dieser Legislaturperiode mit Bezugnahme auf den Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 die baldige Verabschiedung eines „Gesetzes zur Regelung der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Deutschland“ gefordert.

Vor der Würdigung der einzelnen Anträge der Fraktionen soll an dieser Stelle zunächst jedoch dargelegt werden, welche dringlichen Regelungserfordernisse in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung aus der Sicht der BVPG bestehen:

- a) die Ausrichtung der Arbeit anhand **prioritärer nationaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele** (als Rahmenvorgabe, die je nach regionalen und Landes-Erfordernissen entsprechend differenziert werden kann);
- b) eine deutliche **Ausweitung/Erhöhung** der bisher gesamthaft im Gesundheitswesen für Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Verfügung stehenden **finanziellen Mittel¹ einschl. ihrer Verteilungsmodalitäten**;
- c) die **stärkere Verlagerung** auf Maßnahmen und Mittel für **Settings** („Lebenswelten“) statt auf Individuen und/oder auf Gruppen bezogene Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention;
- d) die **vorrangige Berücksichtigung** der Faktoren **„soziale Benachteiligung“**, **„Geschlechtsspezifik“** sowie **„demographische Entwicklung“** bei allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention;
- e) eine langfristige und umfassende Förderung **der Qualitätssicherung und der Wirksamkeit** von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention;
- f) die Gewährleistung wichtiger und längerfristiger **Forschungs- und Entwicklungserfordernisse** für den Bereich „Gesundheitsförderung und Primärprävention“;
- g) **Erhalt und/oder Ausbau vorhandener Organisationsstrukturen und Finanzierungsregelungen** im Bereich „Gesundheitsförderung und Primärprävention“.

¹ Diese Forderung wird vom BVPG-Mitglied „Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)“ nicht mitgetragen. Die BDA vertritt hierzu den Standpunkt, dass es „bislang keine ausreichend große Anzahl von qualitätsgesicherten Maßnahmen (gibt), die eine Ausweitung der finanziellen Mittel rechtfertigen könnte.“

Zu a) *Prioritäre nationale Ziele der Gesundheitsförderung und der Primärprävention:*

Solange nationale Präventions- und Gesundheitsförderungsziele im Sinne von „Rahmenvorgaben“ für Landes- oder regionale Besonderheiten Spielraum zu entsprechender Modifikation bzw. Differenzierung lassen, ist die Notwendigkeit zur Verpflichtung auf „Zielorientierung“ bei allen Beteiligten bereits jetzt weitgehend anerkannt.

Deshalb bedarf es aus der Sicht der BVPG-Mitglieder in einer neuen Fassung eines Präventionsgesetzes nicht zwingend – wie bisher geplant – der Schaffung eines hierfür zuständigen neuen Gremiums („Nationaler Präventionsrat“ o.ä.), da die Arbeit an der Erstellung solcher Ziele inzwischen weit vorangeschritten ist: durch den nationalen Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ ebenso wie bei der Gesetzlichen Krankenversicherung und im Rahmen der Arbeitsgruppenarbeit des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung bzw., seit der Fusion im November 2007, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung.

Vorgeschlagen wird deshalb, den „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)“ damit zu beauftragen, eine entsprechende Synopse zu erstellen und daraus eine Empfehlung zur Formulierung prioritärer nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungsziele abzuleiten.

Durch das übliche Anhörungsverfahren des SVR bei der Erstellung von Gutachten wäre die Einbeziehung aller maßgeblich Beteiligten gewährleistet.

Über die Empfehlung des SVR sollte abschließend der Deutsche Bundestag abstimmen, damit die nationale Zieleorientierung auch tatsächlich nationale Verbindlichkeit erhält.

Ein hierzu parallel laufender Prozess in den Länderparlamenten wäre wünschenswert.

Zu b) *Ausweitung/Erhöhung der finanziellen Mittel einschl. ihrer Verteilungsmodalitäten:*

Es ist unstrittig, dass die derzeit für Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention zur Verfügung stehenden Mittel als nicht ausreichend angesehen werden.

Als Problemlösungen hierfür werden bisher - strittig - diskutiert:

- Mittelumschichtungsmodelle im Rahmen der GKV (z.B. mehr Mitteleinsatz bei Settingsmaßnahmen und weniger bei den individuellen Maßnahmen);
- Mittelzuwachs durch Einbeziehung der anderen gesetzlichen Sozialversicherungszweige (GRV, GUV, GPfV) sowie der Arbeitslosenversicherung;
- Mittelzuwachs durch zusätzlichen Einbezug der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung;
- Mittelzuwachs durch Einsatz von Mitteln der Öffentlichen Hand (z.B. aus der Tabak- und Alkohol-Steuer).

Die BVPG schlägt vor, dass der Gesetzgeber zunächst über die jeweiligen Regelungsbereiche im SGB einen anteiligen Einsatz der jeweiligen Gesamtmittel aller Sozialversicherungsträger ausschließlich für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung als Muss-Leistung festschreibt.²

Alle Sozialversicherungsträger sind zugleich zu verpflichten, detaillierte Angaben dazu zu machen, auf welche Weise sie diese Mittel dann einzusetzen gedenken – sie sind ferner da-

² Diese Forderung wird vom BVPG-Mitglied „Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)“ nicht mitgetragen. Dies bezieht sich entsprechend dann auch auf die Ausführungen unter 2 a) zu Abschnitt II Nr. 3 und 4.

zu zu verpflichten, über den tatsächlichen Mitteleinsatz eine Dokumentation zu erstellen. (Als Muster hierfür kann die Umsetzung des § 20 SGB V durch die GKV angesehen werden.) Eine entsprechende (Selbst-)Verpflichtung der Öffentlichen Hand wird in diesem Zusammenhang vorausgesetzt.

Der Gesetzgeber regelt ebenfalls, dass ein gewisser, für diese Aufgabe angemessener Betrag für nationale Kampagnen, mit denen bevölkerungsbezogene Wirkungen erreicht werden sollen, zur Verfügung gestellt wird.

Diese Mittel sollten der Beitrag der Öffentlichen Hand sein und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung gestellt werden, die damit als nationale Leitinstanz für die Koordination und Durchführung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen im oben angeführten Sinne bestimmt wird.

Für die PKV ist (wenn möglich, gesetzlich, sonst anderweitig) verbindlich zu regeln³, dass diese zukünftig kontinuierlich eine Summe X (ggfs. unter Vereinbarung einer jährlichen Steigerungsrate) für eben diesen Zweck der BZgA zur Verfügung stellt. (Derzeit stellt der PKV-Verband der BZgA jährlich 3,5 Mio Euro für die AIDS-Prävention zur Verfügung – beabsichtigt ist, auch die Mittel zur Prävention des Alkoholmissbrauchs aufzustocken.)

Die hier vorgeschlagenen Lösungen haben den Vorteil, dass sie ohne die Schaffung einer neuen Organisationsstruktur auf der Bundesebene auskommen.

In jedem anderen Fall – insbesondere einer ggf. vorgesehenen zentralen Zusammenführung der o.a. anteiligen zusätzlichen Mittel für die Prävention und Gesundheitsförderung - wäre die Errichtung einer neuen Organisationsstruktur auf Bundesebene (etwa in Form einer hierfür vorgesehenen Stiftung als zentraler Mittelvergabe-Instanz) mit entsprechenden bürokratischen Routinen im Prinzip unvermeidlich.

Da andererseits Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort, also letztlich in der Kommune, stattfinden, sind in Anbetracht der föderalen Struktur unseres Gemeinwesens aber auf die Länder bezogene weiterentwickelte Kooperations- und Koordinationsstrukturen unabdingbar.

Hier müssen vor allem die auf Länderebene agierenden Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den entsprechenden staatlichen (Landes-)Instanzen den Einsatz der Mittel von SV und Öffentlicher Hand für Prävention und Gesundheitsförderung koordinieren und abstimmen.

Die BVPG empfiehlt hier die (sicherlich im einzelnen zu modifizierende) Übernahme des Modells der Landesarbeitsgemeinschaften analog § 21 SGB V, wobei die Integration bereits bestehender und bewährter Strukturen der Zusammenarbeit (Landesvereinigungen, Landesgesundheits- oder –präventionskonferenzen, „Regionale Knoten“ etc.) anzustreben ist.

Zu c) Stärkung der Settings:

Trotz einer grundsätzlich erfreulichen Entwicklung der Zunahme von Aktivitäten in außerbetrieblichen Settings gemäß § 20 SGB V seit dem Jahr 2000 muss nach wie vor konstatiert werden, dass die wichtigsten Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung – sozial benachteiligte Gruppen der Bevölkerung – weiterhin nicht erreicht werden, da Leistungen nach dem individuellen Ansatz, die vorrangig von Angehörigen anderer sozialer Schichten nachgefragt und wahrgenommen werden, vorherrschen: so konnte z.B. in 2006 der von der GKV im Sinne der freiwilligen Selbstverpflichtung angestrebte Betrag von 0,50 € pro Versi-

³ Diese Forderung wird vom BVPG-Mitglied „Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.“ nicht mitgetragen.

chertem für außerbetriebliche Settingsmaßnahmen erst zu knapp einem Drittel eingesetzt werden.

Zur zukünftigen Stärkung der außerbetrieblichen Settingsmaßnahmen empfiehlt die BVPG, die von den Sozialversicherungsträgern hierfür einzusetzenden Mittel in eine bestimmte quantitative Beziehung zu den von den (kommunalen, regionalen oder Landes-)Trägern dieser Settings ihrerseits einzusetzenden Mittel zu bringen, damit nicht nur ein einseitiger Verpflichtungscharakter für die Träger der SV entsteht.

Zu d) Vorrangige Berücksichtigung der Faktoren „soziale Benachteiligung“, „Geschlechtsspezifik“ sowie „demographische Entwicklung“:

Die hier angeführten Faktoren, deren Bedeutung in der Fachwelt unbestritten ist, können umstandslos im Rahmen der o.a. Zielorientierung und im Rahmen der vorrangigen Förderung von Settingsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Insbesondere zum Faktor „soziale Benachteiligung“ ist auf die Erkenntnisse und Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, gebildet aus den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Wohlfahrtsverbänden, der BZgA, mehreren Länderministerien, der BVPG, allen Landesvereinigungen zur Gesundheitsförderung und weiteren Akteuren, Bezug zu nehmen.

Zu e) Qualitätssicherung und Wirksamkeitskontrolle:

Regelungserfordernisse in diesem Bereich stehen in enger Verbindung mit den Forderungen zum Punkt 6. (s.u.): in sehr viel stärkerem Ausmaß als bisher sind vom Gesetzgeber nicht nur die Gewährleistung von Qualitätssicherung und Wirksamkeitsnachweisen zu fordern, sondern es ist auch die dafür notwendige Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen, die Ermöglichung von Routinen der Standardisierung und von Routinen der Evaluation bzw. der Wirksamkeitskontrolle auf den Weg zu bringen und aus öffentlichen Mitteln zu fördern.

Was im Feld des ärztlich-medizinischen Handelns mit erheblicher Unterstützung der Öffentlichen Hand bereits vor vielen Jahren für den Themenbereich „Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Evaluation, Evidenzbasierung und Leitlinien-Entwicklung“ erfolgreich eingeleitet und umgesetzt werden konnte, sollte ab sofort gleichermaßen auch für den Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ gelten.

Hier sind – ressortübergreifend – mehr und schnellere Aktivitäten seitens der hierfür verantwortlichen staatlichen Stellen einzufordern, da der ohnehin nur mit spärlichen Mitteln versehene Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aus eigener Kraft hierzu weder derzeit noch auf längere Sicht in der Lage sein wird.

Zu f) Forschungs- und Entwicklungserfordernisse:

Mit Bezug auf das unter Punkt e) Ausgeführte mahnt die BVPG für die Zukunft dringend verstärkte Aktivitäten der Forschung und Entwicklung für den Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ an.

Die BVPG unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich das Schreiben von gesundheitsziele.de vom 17. April 2008 an Ministerin Dr. Schavan, in dem gefordert wird, im Rahmen der „Roadmap für das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung“ auch

Themen aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften/Public Health – und hier vor allem zur Prävention und Gesundheitsförderung – aufzunehmen.

Die BVPG empfiehlt im übrigen, der Anregung des Wissenschaftsrates vom 08. Mai 2008 in seiner Begutachtung der BZgA nachzukommen und das wissenschaftliche Potential der BZgA zukünftig sowohl stärker zu nutzen als auch weiter auszubauen.

Zu g) *Erhalt und/oder Ausbau vorhandener Organisationsstrukturen und Finanzierungsregelungen:*

Im Zusammenhang mit Punkt b) ist dieses Anliegen bereits hinreichend erläutert bzw. präzisiert worden.

Bzgl. der Forderung nach Intensivierung und Ausweitung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen, mit denen bevölkerungsbezogene Wirkungen erreicht werden sollen, sind die Position und der Etat der BZgA entsprechend zu stärken.

Bzgl. der Forderung nach Intensivierung und Ausweitung von Routinen der Kooperation, Konsensfindung, Vernetzung und Koordination sind die Position und der Etat der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. entsprechend zu stärken – insbesondere sind die hier erwähnten Aufgaben und Aktivitäten als Daueraufgaben zu würdigen und bzgl. der Finanzierung dementsprechend zu behandeln.

Bzgl. der Forderung nach stärkerer Berücksichtigung des Faktors „soziale Benachteiligung“ sind die Finanzierungsgrundlagen der bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in den Bundesländern angesiedelten „Regionalen Knoten“ zur Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Ausführungen nimmt die BVPG Stellung zu den einzelnen Anträgen.

2. Spezieller Teil – Anträge der Fraktionen

2 a) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Präventionsgesetz auf den Weg bringen – Primärprävention umfassend stärken (BT-Drs. 16/7284)

Zu Abschnitt II Nummer 1

Regelung von Primärprävention, Verringerung sozial bedingter Ungleichheit, Verhältnisprävention/Settings-Ansatz

Vor dem Hintergrund unserer Ausführungen unter Punkt 1 (s.o.) stimmt die BVPG der Einschätzung zu, dass es zunächst einer gesetzlichen Regelung von nichtmedizinischer Primärprävention und Gesundheitsförderung bedarf. Sie begrüßt ferner die vorrangige Förderung von Settingsmaßnahmen, in deren Rahmen der besonderen Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen Rechnung getragen werden kann.

Die BVPG stimmt zu, dass das Instrument „Kampagne“ der Regelung bedarf und bei der Ausweitung/Erhöhung der bisher gesamthaft im Gesundheitswesen für Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel einschl. ihrer Vertei-

lungsmodalitäten berücksichtigt werden muss. Bzgl. der Forderung nach Intensivierung und Ausweitung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen sind die Position und der Etat der BZgA entsprechend zu stärken. Im Gesetz selbst sollten jedoch nicht spezifische Maßnahmen, also z.B. zu Ernährung, Bewegung etc., benannt werden. Diese ergeben sich aus der ohnehin geforderten Zieleorientierung.

Zu Abschnitt II Nummer 3 und Nummer 4 *Entscheidungsgremium auf Bundesebene* *Finanzierung*

Aus der Sicht der BVPG bedarf es, wie unter Punkt 1 (s.o.) ausführlich dargelegt, in einer neuen Fassung eines Präventionsgesetzes nur dann eines neuen Entscheidungsgremiums auf Bundesebene, wenn anteilige zusätzliche Mittel für die Prävention und Gesundheitsförderung zentral zusammengeführt und wieder verteilt werden sollen. Alle anderen Aufgaben - wie die Festlegung von Präventionszielen-/strategien sowie die Intensivierung und Ausweitung von Routinen der Kooperation, Konsensfindung, Vernetzung und Koordination - können unter Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen gesetzlich geregelt werden, ohne eine neue Organisationsstruktur auf Bundesebene zu schaffen.

Bezüglich der Finanzierung begrüßt die Bundesvereinigung die Forderung des Fraktionsantrags, mehr Mittel für die Prävention aufzubringen und diese auf viele Schultern zu verteilen. Allerdings fehlen Angaben, wer sich daran in welcher Höhe beteiligen soll. Die prozentuale jährliche Anhebung erscheint willkürlich. Die BVPG schlägt deshalb, wie unter Punkt 1 ausführlicher dargelegt, vor, dass der Gesetzgeber zunächst über die jeweiligen Regelungsgebiete im SGB einen anteiligen Einsatz der jeweiligen Gesamtmittel aller Sozialversicherungsträger ausschließlich für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung als Muss-Leistung festschreibt.

Da andererseits Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort, also letztlich in der Kommune, stattfinden, sind in Anbetracht der föderalen Struktur unseres Gemeinwesens auf die Länder bezogene Kooperations- und Koordinationsstrukturen unabdingbar. Hier müssen die auf Länderebene agierenden Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den entsprechenden staatlichen (Landes-)Instanzen den Einsatz der gesetzlich vorgeschriebenen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung koordinieren und abstimmen.

Die BVPG empfiehlt hier vom Prinzip her die Übernahme des Modells der Landesarbeitsgemeinschaften analog § 21 SGB V.

2 b) Antrag der Fraktion DIE LINKE **Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen** **(BT-Drs. 16/7471)**

Zu Abschnitt II Nummer 1a)

Die BVPG begrüßt, dass der Antrag der Fraktion DIE LINKE ebenso wie der zuvor behandelte Antrag von BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlich zu lösende Aufgaben begreift und sich ebenso wie dieser für die Stär-

kung insbesondere der primären Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zur Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit ausspricht.

Auch den weiteren Forderungen zur Ausrichtung an bundeseinheitlichen, verbindlichen Präventionszielen und zur Qualitätssicherung kann sich die Bundesvereinigung anschließen. Jedoch sollte das Gesetz selbst keine quantitativen Zielvorgaben enthalten, sondern nur die Verpflichtung dazu festschreiben.

Die BVPG unterstreicht die Forderung, die Unterstützung von Präventionsleistungen von ihrer wissenschaftlich hinreichend belegten Wirksamkeit abhängig zu machen. Allerdings darf sich dieses Kriterium nicht nur auf verhaltenspräventive Maßnahmen beschränken, sondern muss ebenso von lebensweltbezogenen Maßnahmen gefordert werden. Um zugleich auch Weiterentwicklungen von präventiven Konzepten und Maßnahmen zu ermöglichen, sollte der Gesetzgeber im Gegenzug regeln, dass in ausreichendem Umfang Mittel für entsprechende Modellprojekte und ihre Evaluation zur Verfügung gestellt werden.

Zu Abschnitt II Punkt 1b)

Organisationsstruktur

und

Zu Abschnitt II Punkt 1c)

Prämissen der Finanzierung

Da beide Regelungserfordernisse aus Sicht der BVPG aufeinander bezogen sind, erfolgt die Würdigung dieser Punkte gemeinsam. Die hier von der Fraktion DIE LINKE gestellten Forderungen, insbesondere auch nach einer "Koordinierungs- und Entscheidungsstelle", weisen deutliche Analogien mit dem Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN auf.

Wie bereits deshalb zuvor erläutert, begrüßt die BVPG die Forderung nach einer Erhöhung der für Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention zur Verfügung stehenden Mittel. Allerdings fehlen Angaben, wer sich daran in welcher Höhe beteiligen soll. Die prozentuale jährliche Anhebung erscheint willkürlich. Die BVPG schlägt deshalb, wie unter Punkt 1 ausführlicher dargelegt, vor, dass der Gesetzgeber zunächst über die jeweiligen Regelungsgebiete im SGB einen anteiligen Einsatz der jeweiligen Gesamtmittel aller Sozialversicherungsträger ausschließlich für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung als Muss-Leistung festschreibt.

Da andererseits Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort, also letztlich in der Kommune, stattfinden, sind in Anbetracht der föderalen Struktur unseres Gemeinwesens auf die Länder bezogene weiterentwickelte Kooperations- und Koordinationsstrukturen unabdingbar. Hier müssen die auf Länderebene agierenden Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den entsprechenden staatlichen (Landes-)Instanzen den Einsatz der gesetzlich vorgeschriebenen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung koordinieren und abstimmen, wobei die Integration bereits bestehender und bewährter Strukturen der Zusammenarbeit (Landesvereinigungen, Landesgesundheits- oder -präventionskonferenzen, „Regionale Knoten“ etc.) anzustreben ist..

Die BVPG empfiehlt hier vom Prinzip her die Übernahme des Modells der Landesarbeitsgemeinschaften analog § 21 SGB V.

Aus der Sicht der BVPG bedarf es ferner, wie unter Punkt 1 ausführlich dargelegt, in einer neuen Fassung eines Präventionsgesetzes nur dann eines neuen Entscheidungsgremiums auf Bundesebene, wenn anteilige zusätzliche Mittel für die Prävention und Gesundheitsförderung zentral zusammengeführt und wieder verteilt werden sollen.

Alle anderen Aufgaben - wie die Festlegung von Präventionszielen-/strategien sowie die Intensivierung und Ausweitung von Routinen der Kooperation, Konsensfindung, Vernetzung und Koordination - können unter Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen gesetzlich geregelt werden, ohne eine neue Organisationsstruktur auf Bundesebene zu schaffen.

**2 c) Antrag der FDP-Fraktion
Eigenverantwortung und klare Aufgabenteilung als Grundvoraussetzung einer
effizienten Präventionsstrategie (BT-Drs. 16/8751)**

Grundsätzlich ist der Einschätzung zuzustimmen, dass jeder Bürger/jede Bürgerin für seine/ihre Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung selber verantwortlich ist. Allerdings darf dabei nicht übersehen werden, dass die Wahrnehmung dieser Eigenverantwortung von einer Reihe von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen abhängt, auf die die Bürgerinnen und Bürger in der Regel keinen Einfluss haben. Folgerichtig weist der Antrag auch auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention hin. Allerdings darf sie sich nicht auf verhaltenspräventive Maßnahmen verengen. Verhaltens- und Verhältnisprävention müssen zusammenwirken, damit Erfolge erzielt werden können.

Den Punkten 1-13 des Beschlussvorschlags, insbesondere den Forderungen nach klarer Regelung der Zuständigkeiten und (Finanz-) Verantwortlichkeiten, nach verbesserter Koordination der Leistungen und Kooperation der Akteure, nach einer Konzentration der Maßnahmen auf epidemiologisch fundierte Gesundheitsziele insbesondere für sozial benachteiligte Zielgruppen, nach der Erarbeitung und Umsetzung wissenschaftlich fundierter Präventionsprogramme und der Entwicklung einer Kultur der Qualitätssicherung und Evaluation, stimmt die BVPG grundsätzlich zu. Allerdings lassen sich aus Sicht der BVPG diese Forderungen nur im Rahmen eines zukünftigen Präventionsgesetzes regeln. Unabhängig hiervon sollten bereits jetzt bestehende Strukturen wie der von der BZgA initiierte Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten“ sowie die „Regionalen Knoten“ auf Länderebene gestärkt und stabilisiert werden.

Zu Abschnitt II Nummer 3

Motivation der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten

Bzgl. der Forderung nach Intensivierung und Ausweitung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen sind die Position und der Etat der BZgA entsprechend zu stärken.

Zu Abschnitt II Nummer 5

Koordination der Gesundheitsförderung und Präventionsaktivitäten

Bzgl. der Forderung nach Intensivierung und Ausweitung von Routinen der Kooperation, Konsensfindung, Vernetzung und Koordination sind die Position und der Etat der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. zu stärken – insbesondere sind die hier erwähnten Aufgaben und Aktivitäten als Daueraufgaben zu würdigen und bzgl. der Finanzierung dementsprechend zu behandeln.

Gleiches gilt für die bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung angesiedelten „Regionalen Knoten“ der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, wie bereits von der Gesundheitsministerkonferenz und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gefordert.

Zu Abschnitt II Nummer 6

Konzentration der Ressourcen

Dass die Ressourcen ziel- und zielgruppenorientiert alloziert werden sollen, ist nur zu begrüßen. Die Notwendigkeit von nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen im Sinne von „Rahmenvorgaben“ für Landes- oder regionale Besonderheiten ist bei allen Beteiligten bereits jetzt weitgehend anerkannt – und die Kooperationsplattform „gesundheitsziele.de“ hat bereits eine Heuristik zur Identifikation von Zielen entwickelt.

Allerdings fehlt im vorliegenden Antrag der FDP-Fraktion der Blick auf Zielgruppen mit sozialen Benachteiligungen, die mit präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen bislang nur unzulänglich versorgt sind. Diese Zielgruppen sind am zweckmäßigsten durch lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Settings wie Stadtteilen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen zu erreichen.

- Ende der Stellungnahme -