



Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V. (DHV)

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 09.06.2008

Allgemeines

Der DHV begrüßt die wohl vordringliche Absicht der 3 Anträge, den ins Stocken geratenen Einigungsbemühungen der Koalitionsfraktionen einen energischen Schub zu geben.

Verbunden ist dieser Schub mit Forderungen zu verschiedenen Regelungsbereichen des zukünftigen Präventionsgesetzes. Allerdings sind diese Forderungen nicht so vollständig und detailliert, dass man aus ihnen ablesen könnte, wie sich die jeweilige Fraktion ein Gesetz auch in kritischen Fragen der Organisation und Finanzierung vorstellt. Nur DIE GRÜNEN verweisen auf einen eigenen Gesetzentwurf aus der letzten Legislaturperiode, ohne ihn aber jetzt in den Ring zu werfen.

Bei den Forderungen stellt man zu Gunsten eines Gesetzes eine Reihe doch recht übereinstimmender Vorstellungen fest. Es zeigt sich aber auch, dass jetzt nicht Stunde Null der Prävention ist.

Die Nutzung der präventiven Bestände auf allen Ebenen (Bund, Land, Kommune, Versicherungen, Verbände und anderer Anbieter von Leistung), die erheblich sind, wird bei allen angemahnt.

Bevor wir im Folgenden zum speziellen Teil kommen, soll an dieser Stelle auf die besonderen Interessen des DHV eingegangen werden:

Besondere Interessen des DHV

Der DHV hat seine Forderungen und seine Interessensdarstellung bei bisher zur Prävention vorliegenden Gesetzesentwürfen und zugehörigen Eckpunkten jeweils eingebracht. Sie sind im Wesentlichen dergestalt, dass sie anhand von konkreten Formulierungen bei bestimmten Paragraphen besser einzubringen sind als im Rahmen so grundlegender Überlegungen wie bei den Forderungen der 3 Fraktionen.

1. Uns geht es um eine exklusive Einbindung der Kurorte in ein Präventionsgesetz, etwa dem Vorbild des § 23 SGB V folgend, wo bei ambulanten Leistungen von „präventiven Maßnahmen in anerkannten Kurorten“ die Rede ist. Ersatzweise wäre an ein Setting besonderer Art zu denken.
2. Im Bezug zu diesem § 23 bestehen wir auf der Umwandlung der ambulanten Leistungen (§ 23,2) in eine Pflichtleistung, um der Benachteiligung der im Kurort vorwiegend anzutreffenden älteren Generation entgegenzuwirken. Diese sind weder jung (Mutter-/Vater-Kind-Kur) noch berufstätig (Betriebliche Gesundheitsförderung).
3. Wir erwarten, dass den 23er Maßnahmen nicht laschere Qualitätsauflagen gemacht werden als es für Primärprävention vorgesehen ist (mit Qualitätssicherung und nicht nur Qualitätsmanagement). Bei konkreten Gesetzesentwürfen, welches Modell sich auch durchsetzen wird, werden wir unsere Forderungen erneut und detailliert vorbringen.

Es ist für uns eine merkwürdige Konstruktion, von verschiedenen Seiten von „Nichtmedizinischer Prävention“ zu sprechen. Gute Präventionsprogramme des Kurorts sind unter Mitwirkung von Ärzten entwickelt, auch wenn die Betreuer und Behandelnden dann nicht in Persona Ärzte sind/sein müssen. Akademischer Klassenkampf dient der Sache nicht, auch wenn das Wort nicht unbedingt mit „Antimedizinischer Prävention“ zu übersetzen ist.

Spezielles

1. Die Notwendigkeit eines Gesetzes wird bei allen gesehen.

2. Es wird zwar bedauert, dass es hier fast ausschließlich um Primärprävention geht, es doch um die gesamte Prävention gehen müsste.
(Aber die derzeitige Beschränkung auf Primärprävention steht so im Koalitionsvertrag und wird hingenommen. Sie ist auch aus pragmatischen Gründen der Gesetzesarbeit zu bejahen. Die FDP möchte Primärprävention in andere Hände als die der Kassen legen, und diese auf Sekundärprävention/Tertiärprävention begrenzen. Wenn so entstehende Zugangs- und Finanzlücken behoben werden, könnte darüber diskutiert werden).

3. Das Gesetz ist ein betont auf Verhaltensprävention gerichtetes.

Hier gibt es unterschiedliche Betonung durch die Fraktionen.

(DIE LINKE verlangt eine starke Begründung durch deutlich mehr Verhältnisprävention. Schon im Forum hatte sich gezeigt, wie schwer und umständlich es ist, mehr als nur die unmittelbaren Ressorts in Bund und Ländern einzubeziehen. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verweist auf gegebene Elemente der Verhältnisse in bisherigen Unterlagen, etwa auf Strukturen der Settings. Die FDP setzt zu betont auf Eigenverantwortung. Der DHV kann bisher vorliegenden Gesetzesentwürfen oder zugehörigen Eckpunkten in der Ausrichtung auf Verhaltensprävention folgen).

4. Vernetzung der gegebenen und zukünftigen Aktivitäten wird von allen 3 Fraktionen angesprochen. Und es soll mehr werden! Das ist richtig.

(Wie dies in der finanziellen und organisatorischen Umsetzung aussehen soll, wird letztlich nicht schon ergiebig beantwortet. Man denke an die Gesetzeskompetenzen bei Bund und Ländern, an die relative Eigenständigkeit von Kassen. Und andererseits gibt es Vernetzung schon in recht erfreulichem Ausmaß, und dies schon ohne ein solches Gesetz).

5. Die Berücksichtigung der Chancenungleichheit für ein Gesundbleiben wird von allen gefordert, sie findet sich ja schon in bestehenden Gesetzen (Benachteiligte) und sind von den Fraktionen mit Beispielen bedacht. Wie diese notwendigen Wege zu begehen sind, wird kaum konkretisiert. (Neuerdings wird die Situation der Frau vermehrt angeführt und auch auf EU- und Bundesebene aktiviert. Der DHV hat ein Programm Frauengesundheit kreiert.

6. Einig ist man sich über den Bedarf an Kampagnen. Hier folgt der DHV der BVGP, die unter Verweis auf die Zusammenarbeit mit den Ländern und den Erfahrungen auf dem Gebiet der Aids-Aufklärung zeigt, dass Kampagnen großen Stils auch ohne ein Präventionsgesetz gefahren wurden und gefahren werden können. Dies bedarf aber einer guten finanziellen Ausstattung der BZGA, ebenso wie die Rolle des RKI als gedachter Koordinator nur auf dem Wege über Mittel zu füllen ist. Eine Kampagne ist über Vereinbarungen mit Ländern ggf. besser aufzubauen als über ein Bundesgesetz in seiner begrenzten Reichweite.

7. Settings erfreuen sich großer Zustimmung, vielleicht auch als Weg, um Benachteiligte mehr zu erreichen. Über Individualmaßnahmen im Sinne von § 30 SGBV werden kaum Worte verloren, betriebliche Gesundheitsförderung steht hoch im Kurs - das alles ist schon ohne Gesetz in Gang gekommen.

8. Von einer bundeszentralen Leit- oder Koordinierungsebene wird vor allem im Blick auf Präventionsziele gesprochen, letztere von allen genannt. Das ist auch aus Sicht des DHV richtig.

(Aber man soll nicht verkennen, dass dieses Projekt schon ohne Gesetz weit fortgeschritten ist und „nur“ weiterzuführen und mit Blick auf Prioritäten verbindlicher zu machen ist).

Kommt es zu einer Zusammenführung von Finanzmitteln unterschiedlicher Herkunft und zentral vorzusehender Mittelverteilung, bedarf es eigener Körperschaften und Strukturen. Hier schließen wir uns der Meinung der Bundesvereinigung an – das wäre zwingender Regelungsgegenstand eines Bundesgesetzes.