

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

08.05.2013/sue

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT

E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Telefon 0221/3771-305
Telefax 0221/3771-4 09

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(8)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
13_Prävention
08.05.2013

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
Lutz Decker

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080)

Antrag „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059)

Ihr Schreiben vom 30. April 2013; Geschäftszeichen: PA 14-5410-112

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie Dank für die Übersendung der o.g. Gesetzentwürfe und die Möglichkeit für eine Stellungnahme hierzu. Für die separat angeschriebenen drei kommunalen Spitzenverbände positionieren wir uns in diesem Fall gemeinsam als Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. An der Anhörung werden Frau Stadträtin Janz für den Deutschen Städtetag und den Deutschen Städte- und Gemeindebund sowie Herr Beigeordneter Freese für den Deutschen Landkreistag teilnehmen.

Ihr Anschreiben erreichte uns am späten Nachmittag des 30.04.2013 mit einer Stellungnahmefrist bis zum 08.05.2013. Schon grundsätzlich –auch mit Blick auf die Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages und die darin festgehaltenen besonderen Beteiligungsrechte für die kommunalen Spitzenverbände- aber besonders angesichts des seit Jahren in Diskussion befindlichen Vorhabens eines Präventionsgesetzes hätten wir uns eine frühzeitigere Einbindung gewünscht. Die Kommunen können eine besondere Rolle in dem hier angesprochenen Präventionsgeschehen spielen. Auch von daher hätten wir eine frühere Einbindung für sachdienlich gehalten. Da wir die Thematik für wichtig und die grundsätzliche Notwendigkeit eines solchen Gesetzes für absolut gegeben halten, nehmen wir aber gerne, und so ausführlich wie es die kurze Frist zulässt, zu dem Gesetzesvorhaben Stellung.

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080)

Grundsätzliches und Gesamtbeurteilung:

Vorab die Eckwerte unserer Positionierung zu dem Gesetzesvorhaben:

- Ein Gesetz zu Gesundheitsförderung und Prävention ist grundsätzlich notwendig und sinnvoll
- Der Gesetzesentwurf sieht zu sehr eine Förderung von bundeszentralen Strukturen und zu wenig von örtlichen, lebensweltnahen Strukturen auf kommunaler Ebene vor. Die Kommunen und ihre örtliche Ebene müssen aber besser berücksichtigt und gefördert werden, weil sich gerade hier erhebliche Chancen für Gesundheitsförderung und Prävention bieten.
- Der Gesetzesentwurf legt vergleichsweise zu viel Gewicht auf Verhaltensprävention des Einzelnen und zu wenig auf Verhältnisprävention z.B. in bestimmten kommunalen Räumen.

Präventionsgesetz

Bereits anlässlich in den vergangenen Jahren vorgelegter Entwürfe für Präventionsgesetze hatten wir die Erforderlichkeit eines eigenständigen Präventionsgesetzes auf Bundesebene dargestellt. Allerdings bedarf es hierin auch stimmiger Ausgestaltungen und Fokussierungen. Es bedarf einer Unterstützung bereits bestehender und Förderung weiterer kommunaler Aktivitäten, damit der Anspruch auf einen nachhaltigen und umfassenden Präventions- und Gesundheitsförderungsansatz erfüllt werden kann. Dies wird durch den derzeitigen Entwurf nicht bzw. zu wenig berücksichtigt.

Angestrebt werden sollte, Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuratation, Pflege und Rehabilitation zu etablieren. Hierbei sind neben Bund, Ländern und Kommunen sämtliche Akteure des Gesundheitswesens einzubeziehen, um eine gezieltere und verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne vom Kindes- und Jugendalter an zu erreichen und auch einer neuen pädiatrischen Morbidität aktiv vorzubeugen. Darüber hinaus sollten niedrigschwellige präventive Leistungen im Setting und eine ziel- und zielgruppenorientierten Ansprache gefördert werden. Allerdings bleibt im Referentenentwurf vieles zum Zusammenspiel der Akteure offen.

Rolle der Kommunen

Die Kommunen einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sind ein Handlungsträger mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung und sind dadurch in die bevölkerungs- und gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge und -vorsorge involviert. Beispielhaft aus dem Bereich des ÖGD zu nennen sind das Erkennen von gesundheitlichen Problemen (Kinder- und Jugendärztliche- sowie Erwachsenenuntersuchungen), Impfberatung, Hygiene in unterschiedlichen Bereichen (Haushalt, Arbeitsplatz, Kindergärten, Schulen, medizinische Einrichtungen, Einrichtungen für Senioren etc.). Informationen zu Hitzestress, Ernährung, Trinkempfehlungen für Ältere, Kinder und Sportler, Aidsaufklärung und vieles mehr werden bereits durchgeführt. Häufig ist der Öffentliche Gesundheitsdienst auch Ansprechpartner für

Leitlinien des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Insbesondere benachteiligten Zielgruppen den Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens zu ermöglichen, ist dabei wichtiges Ziel der Aktivitäten der Kommunen. Als „Player“ spielen sie hier eine ganz besonders wichtige Rolle, was sich schon derzeit durch die eingebrachte multiprofessionelle fachliche Kompetenz der kommunalen Fachkräfte in den unterschiedlichsten Ämtern und Fachdiensten und ggf. im direkten finanziellen Mitteleinsatz darstellt. Die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bürger in einer Kommune werden hier mitbestimmt.

Die kommunale Ebene hat eine Bündelungsfunktion und Arbeit an Schnittstellen -etwa zwischen Gesundheitsförderung, Jugendhilfe und Sozialer Arbeit- und sollte deswegen alternativlos durch die GKV eingebunden werden; entsprechende kommunale Angebote sollten finanziert werden.

Nach unserer Überzeugung ist die effektivste Unterstützung von Gesundheitsförderung und Prävention durch einen kommunalen, zielgruppenorientierten Ansatz zu erreichen. Unser Anliegen ist es, auf lebensweltnahe, zielgerichtete Strukturen zu setzen. Die Bundesebene ist für einen erfolgreichen Einsatz in der Prävention und Gesundheitsförderung zu weit von der alltäglichen Praxis entfernt. Als Grundstruktur einer Präventionsgesetzgebung müssen daher vor allem dezentrale Strukturen ermöglicht und gefördert werden, damit den unterschiedlichen örtlichen Bedarfen –differenziert etwa nach sozialen und demografischen Gegebenheiten einzelner kommunaler Gebiete- optimal aufeinander abgestimmt entsprochen wird. Entscheidungen hierzu sollten dann auch dort getroffen werden.

Durch eine Bundespräventionsgesetzgebung muss vor diesen Hintergründen vor allem ein funktionierender Rahmen für örtliches Agieren gesetzt werden. Die kommunale Rolle und die Chance, die in der adäquaten Förderung dieser Ebene liegt, muss erkannt und aufgegriffen werden. Unseres Erachtens greift der Gesetzentwurf hier zu kurz.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Das Gesetzgebungsvorhaben setzt insbesondere auf die Eigenverantwortung der Menschen. Wir sehen aber zusätzlich die Bedeutung von lebensweltorientierten Ansätzen und entsprechend settingorientierten Maßnahmen nicht nur als eine Ergänzung sondern als tragendes Element einer funktionierenden Präventionsstrategie. Wahrgenommene Eigenverantwortung wächst auf dem Boden settingspezifischer Situationen und Maßnahmen. Wir sprechen uns daher weitaus mehr für eine Fokussierung und Priorisierung von Maßnahmen aus, die auf kommunale Lebenswelten abzielen. Im Entwurf ist zudem eine notwendige Förderung der Verzahnung bereits vorhandener Strukturen im individuellen Setting (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort) nicht ausreichend berücksichtigt.

Settingbezogene Ansätze und der bessere Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen sollen im Gesetzentwurf über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bedacht werden. Die Förderung damit einhergehender kassenübergreifender Leistungen beurteilen wir positiv. Wir halten die BZgA auch für eine gute und geeignete Institution, um auf Bundesebene das zu leisten, was in diesem Bereich auf Bundesebene leistbar ist. Von daher ist ihre Einbindung grundsätzlich richtig und sie sollte daher auch grundsätzlich solide unterstützt werden. Allerdings ist der zentrale, wichtigste und sinnstiftendste Ort für den Einsatz der hier angesprochenen Präventionsmittel im Bereich lebensweltorientierter Ansätze eben diese Lebenswelt in der jeweiligen Kommune und nicht eine Bundesbehörde. Eine Förderung mit den hier in Rede stehenden Mitteln muss daher vor allem kommunal ansetzen und ankommen, um größtmöglichen Nutzen zu stiften.

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung ist auch eines, das besonders von einer örtlichen Verzahnung verschiedenster Lebensbereiche abhängt, die die Verhältnisse prägen. Ein Versäumnis im vorgelegten Entwurf liegt in diesem Zusammenhang auch darin, dass nicht über die Sektorgrenzen des engeren Gesundheitswesens hinausgesehen wird und weitere Einflussfaktoren auf gesundheitliche Prävention nicht mitberücksichtigt werden. Etwa fällt auf, dass das Thema Umwelt unerwähnt bleibt. Hierzu gehören auch die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, die ebenfalls in ressortübergreifenden Handlungskonzepten zu bewältigen sein werden.

Die Relevanz lebensweltorientierter Ansätze wird auch dadurch bestätigt, dass auf Seiten der GKV in den zurückliegenden Jahren der Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20 SGB V des GKV-Spitzenverbandes so weiterentwickelt wurde, dass nunmehr dem Setting Kommune eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Auch wenn dieser Leitfaden nur eine Empfehlung darstellt, hat sich zwischen der GKV und den Kommunen eine erfolgversprechende Zusammenarbeit entwickelt, an deren Weiterentwicklung wir gerade im Moment –auf Bundesebene, als Rahmen für örtliches Agieren, weiter arbeiten. Ein Bundespräventionsgesetz, das Settingmaßnahmen zu wenig anerkennt, birgt möglicherweise auch Gefahren für gute bestehende Zusammenarbeiten in diesem Bereich.

Koordination und Kooperation

Auf der örtlichen Ebene braucht es Ausdauer, um gute gesundheitliche Aktivitäten in den Settings zu entwickeln und umzusetzen. Vor Ort gibt es bereits jetzt viele gesundheitsfördernde Aktivitäten. Träger kritisieren aber immer wieder, dass viele Anbieter unkoordiniert auf Einrichtungen zugehen, ohne auf ein kommunales Gesamtkonzept zu achten. Es ist oft völlig intransparent, welcher Leistungsträger und welche Akteure welche präventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten unternehmen. Die Angebote sind dann oft wenig untereinander abgestimmt, eher sporadisch und nicht auf die speziellen Bedürfnisse vor Ort und vielfach auch nicht auf Nachhaltigkeit angelegt. Im Gesetzentwurf wird das Problem der Mängel in der Koordination zwischen verschiedenen Trägern auf örtlicher Ebene kaum thematisiert und entsprechend fehlen Lösungsansätze. Etwa diesbezüglich hilft vor Ort auch kein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, sondern vielmehr eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit vor Ort. Hier könnten die Kommunen und der Öffentliche Gesundheitsdienst –abhängig von ermöglichenden, auch finanziellen Rahmenbedingungen – eine wichtige koordinierende und steuernde Funktion vor Ort übernehmen, die in der Lage ist, die Präventionslandschaft in enger Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren aktiv zu gestalten.

Der ÖGD ist frei von Trägerinteressen, fachlich kompetent und sieht die primäre Prävention zum Schutz und Erhalt der „Bürgergesundheit“ seit vielen Jahren als wichtiges strategisches Ziel an. Für diese Aufgabe benötigt er allerdings eine auskömmliche personelle Ausstattung, ausreichende finanzielle Mittel sowie eine verlässliche Unterstützung durch Bund, Land und Krankenkassen. Defizite bei der Förderung der kommunalen Ebene können nicht durch neue Strukturen auf Bundesebene ausgeglichen werden. Allerdings besteht die Chance einer koordinierten Kooperation auf kommunaler Ebene – wenn auch die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen inklusive der benötigten finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt und ein entsprechendes Agieren ermöglicht wird. Hier wäre eine Nachbesserung am Gesetzentwurf notwendig, damit die Präventionspraxis als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht weiterhin weitgehend unorganisiert und einer gewissen Beliebigkeit unterworfen bleibt.

Finanzierungsfragen

Eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der gesundheitlichen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung wird aus kommunaler Sicht begrüßt. Der Mitteleinsatz sollte allerdings besonders bereits vorhandene dezentrale Strukturen berücksichtigen und zu einer sinnvollen und nachhaltigen Förderung von Projekten genutzt werden. Auf lokaler Ebene ist hier z.B. der Öffentliche Gesundheitsdienst ggf. im Verbund mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen bedeutsam. Hier könnte die BZgA eine wichtige Rolle bei der Rahmensetzung spielen. Bei dem vorgelegten Konzept besteht jedoch die Gefahr, dass von dem Geld der Versicherten (6 Euro/Jahr ab 2014) zu wenig bei den Bürger/innen bzw. in der Kommune ankommt.

Richtig ist in den vorliegenden Entwürfen die Berücksichtigung der GKV als sichere Finanzierungsquelle. Allerdings bedarf es auch einer besseren Regelungsstruktur, die eine effiziente Mittelverwendung vorsieht. Außer der GKV spielen im Entwurf zudem weitere Sozialversicherungsträger (Unfall-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) bei der verantwortlichen Mitgestaltung einschließlich der Finanzierung im Gesetzesentwurf kaum eine Rolle, was u.E. aber zu kurz greift. Die Unfall- und Rentenversicherer werden im Referentenentwurf zwar erwähnt, geändert werden soll aber nur das fünfte Sozialgesetzbuch. Die Arbeitslosenversicherung oder die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, werden zu wenig berücksichtigt. Dies betrifft auch die private Krankenversicherung (für die es in § 20 Abs. 7 gerade mal eine Kann-Regelung zur finanziellen Beteiligung gibt). Gesamtgesellschaftliche Verantwortung in der Prävention praktizieren heißt aber, dass die Prävention in allen relevanten (Sozial-)versicherungen verankert und synergetisch aufeinander abgestimmt ist.

Fazit

Dass ein Gesetz zu Prävention und Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht werden soll, ist zu begrüßen. Insgesamt fehlt aber ein klares Bekenntnis zur Entwicklung gesundheitsfördernder Settings in der Kommune. Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie das Potential, dass auf der kommunalen Ebene liegt, werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Zu den Einzelbestimmungen:

Zum Vorblatt/Titel und Buchstabe A

Im Titel des Gesetzesentwurfs, aber auch in der Beschreibung des Problems und des Ziels des Gesetzes, wird in besonderer Weise auf den Begriff „Prävention“ aber z. B. im Titel weniger auf den Begriff der „Gesundheitsförderung“ abgehoben. Nach unserer Einschätzung kann es aber nicht nur um eine reine Krankheitsprävention gehen, sondern darüber hinaus um die Unterstützung gesundheitsförderlicher Lebensumstände. Von daher halten wir es für sinnvoll, den Begriff Gesundheitsförderung ebenfalls auch im Titel des Gesetzes aufzugreifen, wobei dies gekoppelt sein muss an ein adäquates Aufgreifen im weiteren Gesetzestext.

Zu Buchstabe B. Lösung

Bei den mittels des Gesetzes vorgesehenen Lösungsvarianten wäre eine nicht genannte Variante Zielerreichung besonders förderlich, die sinngemäß heißen müsste: „Unterstützung der kommunalen Ebene zur zielgenauen, bedarfsgerechten Steuerung von Präventionsmaßnahmen und -mitteln und zur Etablierung einer örtlichen koordinierten Kooperation.“

Dem müssten dann aber auch entsprechende Regelungen folgen. Wie bereits oben ausgeführt, halten wir eine Koordinierung von Maßnahmen ganz unterschiedlicher Akteure nicht nur auf der Bundesebene für sinnvoll, sondern eben auch auf der kommunalen Ebene. Kommunen müssten hierzu aber, auch finanziell, in die Lage versetzt werden. Derzeit sind die kommunalen Spitzenverbände mit dem GKV-Spitzenverband in Gesprächen zur Fortentwicklung der Zusammenarbeit im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Solche Maßnahmen sollten durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen eher unterstützt als an den Rand gedrängt werden.

Zu Buchstabe D.1 Haushaltsaufgabe ohne Erfüllungsaufwand für die Gemeinden

Bei den Kommunen entstehen bei der Erfüllung von Aufgaben im präventiven Bereich Aufwände.

Zu Artikel 1 Nr. 3, § 20 SGB V

Die Erwähnung und Unterstützung von Zielen, die bereits durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitet wurden, halten wir für eine richtige Einbindung bereits bestehender Zielorientierung und Vorarbeiten in die Gesetzesinitiative.

Die angesprochene Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen ist zweifellos notwendig und sinnvoll. Hierzu wird der GKV-Spitzenverband durch den Referentenentwurf ermächtigt und verpflichtet, u. a. entsprechende Verfahrensweisen und Zertifizierungen festzulegen. Diese Herangehensweise entspricht allerdings nicht der geübten und erfolgreichen Praxis zu zahlreichen medizinischen Fragestellungen in der Selbstverwaltung. Eine Berücksichtigung der "maßgeblichen Organisationen und Verbände" für dieses versorgungsrelevante Prozedere erschiene uns als das üblichere und auch geeignetere Verfahren.

Im Kern sieht der Entwurf eine Aufstockung der Pro-Versicherten-Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach dem § 20 SGB V vor. Von den geplanten 6,00 EUR pro Versicherten sollen künftig mindestens 2,00 EUR in die betriebliche Gesundheitsförderung, und mindestens 1,00 EUR in den Lebenswelt-Ansatz fließen soll, wobei die BZgA von letztgenanntem Betrag die Hälfte für entsprechende Aufgaben erhalten soll. Relativ offen bleibt dann allerdings, was genau in der betrieblichen Gesundheitsförderung und den anderen Settings mit den Mitteln geschehen soll. Wünschenswert wäre hier ein klares Bekenntnis zur Entwicklung gesundheitsfördernder Settings in der Kommune.

Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten aber durchaus auch weitere Personengruppen spezielle Berücksichtigung finden. Eine Berücksichtigung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen findet sich nur in der Begründung. Jobcenter etwa

bieten durchaus Module zur Gesundheitsprävention an, wobei es, wie uns berichtet wird, kein einheitliches Vorgehen der Krankenkassen zur Förderung dieser Module gibt. Hier beispielsweise würde eine bundesgesetzliche Regelung vor Ort helfen.

Die geplante Stärkung der BZgA ist grundsätzlich als positiv zu werten. Die BZgA setzt sich seit vielen Jahren für eine moderne, verhaltens- und verhältnisorientierte Prävention und Gesundheitsförderung ein und leistet eine sehr gute Arbeit. Wir arbeiten z.B. im Rahmen des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit gern und eng mit dieser Institution zusammen, nicht zuletzt deswegen, da dort die Bedeutung von settingorientierten Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen erkannt und ihre Umsetzung verfolgt wird. Aus unserer Sicht muss es aber vorrangig um eine gezielte, an den tatsächlichen Bedarfen ausgerichtete Primärprävention auf örtlicher Ebene gehen, die im kommunalen Rahmen erfolgreich umgesetzt werden kann. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang auch, dass die Anti-HIV-Kampagne der BZgA erfolgreich war und ist, weil hier die öffentlichen Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene „Hand in Hand“ arbeiten.

Die BZgA soll mit einer jährlichen Zuwendung i.H. von 35 Mill. Euro die Verhaltensprävention stärken. Unsere Befürchtung ist, dass dies dann vor allem über Kampagnen laufen könnte, die eher sporadisch aber nicht nachhaltig wirken. Zur Unterstützung sollen "Partner" eingeworben werden, die einen besonderen Bezug oder eine Nähe zu den anvisierten Zielgruppen haben. Als Beispiel dafür kann der Partnerprozess "Gesund aufwachen für alle" genannt werden, der von der BZgA initiiert wurde, im Wesentlichen aber durch die Unterstützung von Aktivitäten vor Ort gelingt. Die durch die BZgA-Einbindung erfolgende Förderung kassenübergreifender Leistungen stellt zwar u.E. einen richtigen Ansatz dar, jedoch liegt die Schwachstelle auch dieser Regelung wiederum darin, dass nicht örtliche Strukturen, die „näher dran“ an den Lebenswelten der Menschen sind, sie teilweise selber darstellen, gefördert werden sollen, sondern doch eher wieder eine Bundesinstitution. Notwendig wären eher abgestimmte und abgesicherte Maßnahmen in den Settings vor Ort, die den jeweiligen regionalen Erfordernissen qualitäts- und zielorientiert angepasst werden. Dazu werden Anreize und Impulse in dezentralen Strukturen benötigt, mit denen die Aktivitäten aller Sozialversicherungsträger, der Länder, der Kommunen und dem Bund koordiniert werden können. Dies kann nicht durch eine einzelne Bundesbehörde geleistet werden. Wenn diese Einbindung der BZgA als Ergänzung zu einer in erster Linie direkt an die örtliche Ebene gehende Förderung erfolgen würde, würden wir sie allerdings für eine gute, begleitende Rahmenstruktur halten.

Zu Artikel 1 Nr. 4, § 20a SGB V

Eine Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung begrüßen wir grundsätzlich. Insbesondere die Förderung regionaler Zusammenarbeit durch gemeinsame regionale Koordinierungsstellen kann Rahmenbedingungen erleichtern, in denen auch kleine und mittlere Unternehmen Leistungen der Krankenkassen in Anspruch nehmen können. Das in dem Entwurf weitgehend auf verhaltensorientierte Leistungen reduzierte Verständnis betrieblicher Gesundheitsförderung und die medizinisch orientierte Auslegung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung bleiben allerdings hinter dem Stand der wissenschaftlichen

Diskussion, europäischen Vereinbarungen und teilweise auch des in der Praxis herrschenden Verständnisses von Betrieblicher Gesundheitsförderung zurück. Die Leistungen von Krankenkassen sollten mit den unterschiedlichen Akteuren abgestimmt werden, die im Unternehmen für den Arbeitsschutz und für die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig sind, damit verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen aufeinander bezogen werden. Die Einengung auf den möglichen Akteur - Betriebsärztin oder Betriebsarzt - greift hier zu kurz.

Zu Artikel 1 Ziffer 5, § 20 e SGB V

Insgesamt wird die Übereinkunft gesundheitswissenschaftlicher Expertise, dass Gesundheitsförderung und Prävention sowohl alltagsintegrierte lebensweltbezogene (also örtliche) und langfristig angelegte Aktivitäten als auch verbindliche Kooperationen der Akteure benötigen, in dem Gesetzesentwurf zu wenig beachtet. Die Einrichtung einer ständigen Präventionskonferenz kann diesen Mangel nicht kompensieren. Die Verbindlichkeit derer Entscheidungen scheint zudem nicht klar definiert.

Zwar erscheint es grundsätzlich sinnvoll, auch auf der Bundesebene eine koordinierende Kooperation zu forcieren. Von daher erscheinen die genannten Strukturen grundsätzlich richtig. Die Bundesebene ist hier aber für das tatsächliche Geschehen in der Gesundheitsförderung und bei der Prävention aber nicht die wichtigste und so halten wir es für nicht adäquat, wenn mehr Strukturen auf Bundes- und Landesebene geschaffen werden, während die örtliche Ebene, in der die Prävention und Gesundheitsförderung möglichst bedarfsgerecht und zielorientiert geschehen soll, vernachlässigt wird. Zuerst muss klar sein, dass diese gefördert wird, dann kann darüber nachgedacht werden, begleitend auf Bundesebene einen schlanken Rahmen zu setzen und zu begleiten. Eine ständige Präventionskonferenz beim BMG sollte auch keine zusätzliche kostenintensiver Struktur sein. Wir sprechen uns nicht gegen eine Präventionskonferenz auf Bundesebene aus; der Gesetzesentwurf gewichtet aber nicht-örtliche Strukturen inadäquat hoch. Insoweit diese eingerichtet wird, halten wir eine besondere kommunale Einbindung aber für unabdingbar. Zudem sollten im Einzelfall auch weitere Beteiligungen, die hier über die Formulierung ‚maßgebliche Organisationen und Verbände‘ offen erscheinen, überlegt werden. Wir denken hier an die Krankenhausseite, die ja auch bereits über die Beteiligung an der Initiative gesundheitsziele.de in den Bereich betreffender Fortentwicklungen involviert ist.

Zu Artikel 1 Ziffer 9, § 26 SGB V

Die Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms auf das Alter bis 10 Jahre wird grundsätzlich befürwortet

Zum Antrag „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059)

Ein verstärktes Engagement für die Kindergesundheit ist grundsätzlich zu begrüßen, da gesundheitliche Probleme im Kindesalter oftmals mit Problemen der Integration und der

altersgemäßen geistigen und körperlichen Entwicklung einhergehen und evt. zudem im Bereich des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Fördermaßnahmen nach sich ziehen.

Vorweg zu betonen ist auch die Relevanz des Themas von Gesundheitsförderung und Prävention besonders für Kinder und Jugendliche. Wir unterstützen einen Ansatz, der darauf setzt, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen schon früh im Leben erlernt und verinnerlicht werden. Zudem wird auch bei der Gesundheitsförderung von Kindern ein settingorientierter Ansatz ausdrücklich begrüßt. In diesem Bereich muss jedoch darauf geachtet werden, dass kommunalen Stellen, etwa im Bereich der Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder im Bereich der Kindertagesstätten, Schulen und Jugendeinrichtungen nicht einfach Aufgaben zugeordnet werden, sondern viel eher ein Weg eingeschlagen wird, in dem ein Rahmen gesetzt wird, in dem diese entsprechenden Maßnahmen -auch finanziell- ermöglicht werden. Wir vermissen derzeit eine Anerkennung und Weiterentwicklung der vorhandenen kommunalen Aktivitäten in den Kitas und Schulen sowie sonstigen Einrichtungen. Hier wird tagtäglich ein wichtiger und unverzichtbarer Beitrag zur primären Gesundheitsprävention und zur Früherkennung von Erkrankungen geleistet. Dabei arbeiten verschiedene Berufsgruppen (Familienhebammen, Sozialarbeiter/innen, Amtsärzte und niedergelassene Ärzte, Erzieherinnen, Lehrkräfte, Psychologen etc.) eng mit den Eltern zum Wohle der Kinder zusammen.

Rehabilitation und Vorsorge spielen bereits im Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Rolle. Wenn beispielsweise bereits im Kindes- und Jugendalter das wichtige Adipositas-Problem ernsthaft behandelt würde, wären Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter zu vermeiden. Auch hier fehlt eine finanzielle Förderung weitgehend.

Die Forderungen im vorliegenden Antrag erscheinen grundsätzlich schlüssig und sinnvoll. Insbesondere die Aufstockung des Budgets für Kindergesundheit auf den Betrag von 2010, die Forderung nach der Einbeziehung der Kinderärzte in die hausärztliche Versorgung und die flächenhafte Versorgung mit Frühförderung und psychotherapeutischen Hilfen für Kinder- und Jugendliche sind wünschenswert. Dass der öffentliche Gesundheitsdienst in Bezug auf Gesundheitsförderung und Umsetzung von gesundheitlicher Chancengleichheit gleich mehrfach genannt wird und ausgebaut werden soll, ist zudem erfreulich. Allerdings könnte man zwei Bereiche, die gefordert werden, zusammen denken bzw. legen: Das sind zum einen die Koordination der nationalen Kindergesundheitspolitik, die im Antrag bei der Plattform "gesundheitsziele.de" angebunden werden soll und der Aufbau eines Kompetenznetzes für Forschung und Kooperation im Bereich Kindergesundheit. Hier zwei parallele Strukturen zu schaffen, erscheint fraglich.

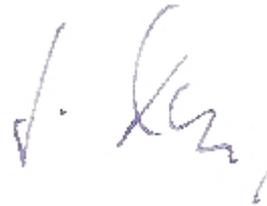
Im vorliegenden Antrag wird die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung bei Kindern und Jugendlichen angesprochen. Zur Kinderversorgung im stationären Bereich sind aber Konkretisierungen notwendig. So beträgt der durchschnittliche Kinder-CMI einer Kinderklinik ohne Neonatologie im Durchschnitt nur etwa 50% des CMI erwachsener Patienten. Dabei ist der Aufwand bei Diagnostik und Therapie in der Pädiatrie aus verschiedensten Gründen sehr hoch, beispielsweise bei Blutentnahmen, instrumentellen Untersuchungen oder hinsichtlich des hohen Gesprächsbedarf auch mit den Eltern. Insgesamt müssen die ambulanten und stationären Strukturen der speziellen Betreuung von Kindern und Jugendlichen auch strukturell und ausstattungsmäßig Rechnung tragen. Sie müssen dann aber auch dementsprechend finanziert werden.

Der Antrag widmet sich einem wichtigen Thema der ambulanten und stationären Medizin, dem mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Das Papier macht auf zur Zeit bestehende Ungleichheiten aufmerksam. Bestehende Versorgungslücken sollten in nächster Zeit durch den Gesetzgeber geschlossen werden.

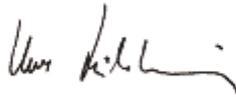
Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes