



## Wortprotokoll der 39. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 22. April 2015, 13:00 Uhr  
10557 Berlin Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

Seite 5

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG)**

**BT-Drucksache 18/4282**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Sportausschuss

Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

#### **Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

#### b) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Dr. Jens Zimmermann, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

#### **Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

**BT-Drucksache 18/4322**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz**

**BT-Drucksache 18/4327**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 22. April 2015, ~~14:00~~ <sup>13</sup> Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Kippels Dr., Georg	
Kühne Dr., Roy		Lorenz, Wilfried	
Leikert Dr., Katja		Manderla, Gisela	
Maag, Karin		Nüblein Dr., Georg	
Meier, Reiner		Pantel, Sylvia	
Michalk, Maria		Rupprecht, Albert	
Monstadt, Dietrich		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Riebsamen, Lothar		Schwarzer, Christina	
Rüddel, Erwin		Steineke, Sebastian	
Schmelzle, Heiko		Steiniger, Johannes	
Sorge, Tino		Stracke, Stephan	
Spahn, Jens		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

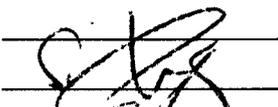
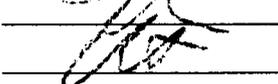
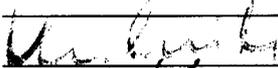
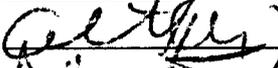
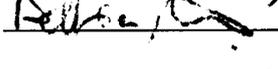
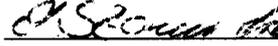
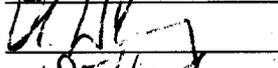
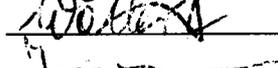
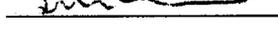
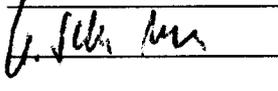
CDU Tilo Lorenz

**Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)**

Mittwoch, 22. April 2015, 14:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard	_____	Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Hellmich, Wolfgang	_____
Heidenblut, Dirk		Henn, Heidtrud	_____
Kermer, Marina	_____	Hinz (Essen), Petra	_____
Kühn-Mengel, Helga		Katzmarek, Gabriele	_____
Mattheis, Hilde		Lauterbach Dr., Karl	_____
Müller, Bettina		Tack, Kerstin	_____
Rawert, Mechthild	_____	Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>		<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

**Bundesrat**

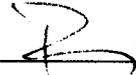
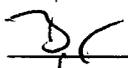
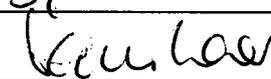
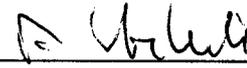
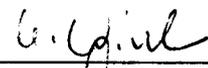
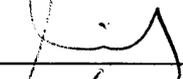
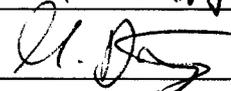
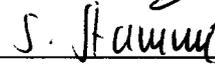
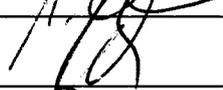
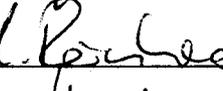
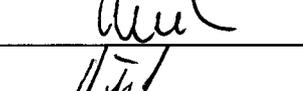
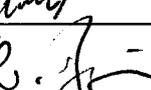
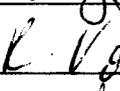
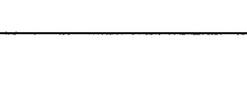
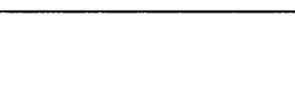
Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	Enrich	Enrich	ORPIM
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg	FLEISCHMANN	Jan Fleischmann	ORP
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz	Walter	Walter	Ang.e.
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	KAng.e.
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw.  
Dienststelle  
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-  
bezeichnung

BMG	FISCHBACH		PStin
-"-	Beyer		PR Stin
"	Kraushaar		Ain
JK	Wern-Weil		Ref.
UMG	Winkler		KL'in
BMG	Liebig		RL
BMG	HART		Ref.
BMG	DRÄGER		Ref.
BML	STAMME		LDiv
BMS	Dr. Cobbers		MinR
BMG	Hind		Ref.
BMG	Kern		Ref.
BMG	Schoja		Ref.
BMG	Ranke		Ref.
BMG	Speck		Ref.
BMG	Hohl		RD
BMG	Berringer		RL
BMG	Korn		EL
BHEL	SANDMANN		ORRin

Off.



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 22. April 2015, 14:00 Uhr

13

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Katja Kerschfeld	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Roma Philis	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Nimbi Anagnost	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
F. Schrage	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
A. Wap	B. 90/Grüne	<i>[Handwritten Signature]</i>
S. Kemmit	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
U. Wang	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>

## Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention  
(Präventionsgesetz - PräVG)**

BT-Drucksache 18/4282

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial  
bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

BT-Drucksache 18/4322

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes  
Gesundheitsförderungsgesetz**

BT-Drucksache 18/4327

am **Mittwoch, dem 22. April 2015,**

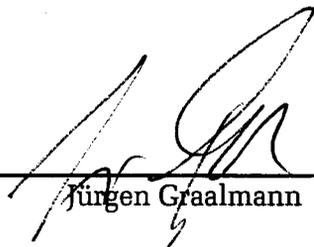
in der Zeit **von 13:00 Uhr bis 15:00 Uhr,**

im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)

Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

## **Verbände**

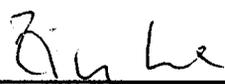
AOK-Bundesverband



---

Jürgen Graalmann

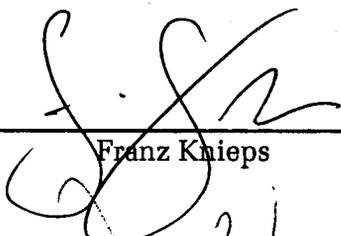
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.



---

Juliane Zinke

BKK Dachverband e. V.



---

Franz Knieps

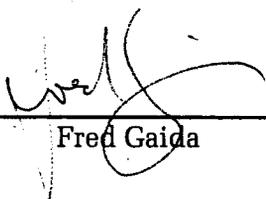
BKV - Interessengemeinschaft Betriebliche  
Krankenversicherung e. V.



---

Ramadan Dirlik

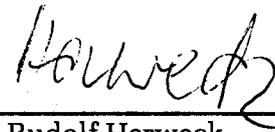
Bundesagentur für Arbeit



---

Fred Gaida

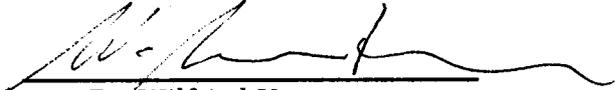
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)

  
Rudolf Herweck

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen  
mit Behinderung und chronischer Erkrankung und  
ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

  
Dr. Siiri Ann Doka

Bundesärztekammer (BÄK)

  
Dr. Wilfried Kunstmann

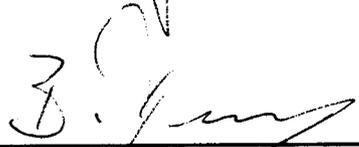
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

  
Peter Lehndorfer

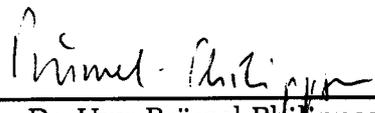
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des  
Öffentlichen Gesundheitswesens e. V. (BVÖGD)

  
Dr. Jürgen Rissland

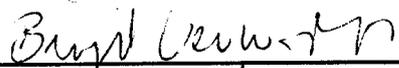
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.  
V. (bpa)

  
Bernd Tews

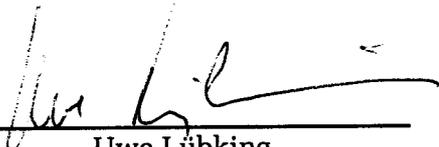
Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)

  
Dr. Uwe Prümel-Philippson

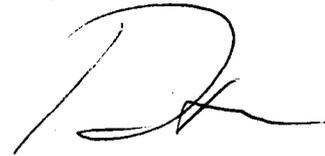
Bundesvereinigung  
der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

  
Dr. Birgit Verworn

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

  
Uwe Lübking

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin  
e. V. (DGKJ)



---

Dr. Klaus Rodens

Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.

---

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
e. V. (DGUV)



---

Fritz Bindzius

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

---

KEINE TEILNAHME

Deutsche Rentenversicherung Bund



---

Gundula Roßbach

Deutscher Caritasverband e. V.



---

Dr. Elisabeth Fix

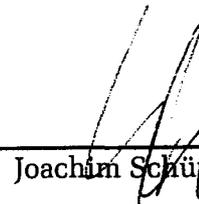
Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)



---

Sonja König

Deutscher Hausärzteverband e. V.



---

Joachim Schütz

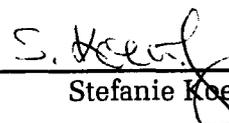
Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV)



---

Prof. Rudolf Forcher

Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.  
(DIHK)



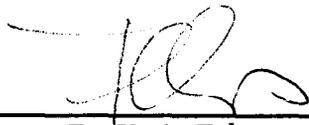
---

Stefanie Koenig

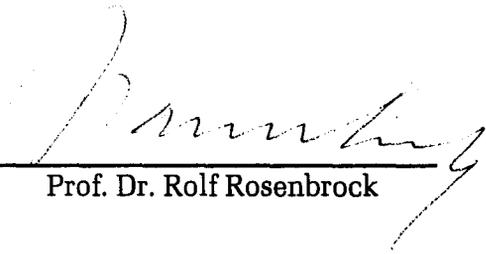
Deutscher Landkreistag (DLT)

durch Bundesvereinigung der  
kommunalen Spitzenverbände  
vertreten

Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (DOSB)

  
Dr. Karin Fehres

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e.V. (DPWV)

  
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB)

durch Bundesvereinigung der  
kommunalen Spitzenverbände  
vertreten

Deutscher Städtetag (DST)

durch Bundesvereinigung der  
kommunalen Spitzenverbände  
vertreten

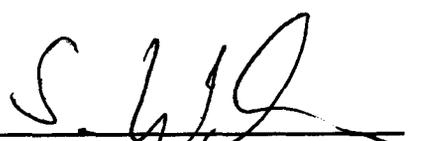
Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.  
V.

  
Dr. Tomas Steffens

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

KEINE TEILNAHME

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -  
gestaltung e. V. (GVG)

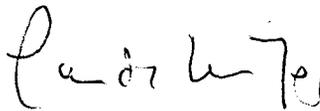
  
Sylvia Weber

Gesunde Städte-Netzwerk



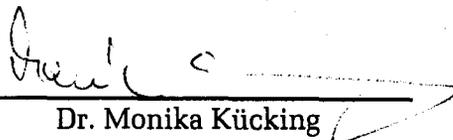
Andrea Mager-Tschira

GKV-Spitzenverband



Gernot Kiefer

GKV-Spitzenverband



Dr. Monika Kücking

IKK e. V. - Gemeinsame Vertretung der  
Innungskrankenkassen

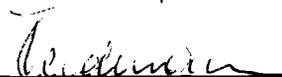


Jürgen Hohnl

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF  
GmbH

KEINE TEILNAHME

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Regina Feldmann

Kooperationsverbund „Gesundheitliche  
Chancengleichheit“  
Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



Fabian Müller-Zetsche

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



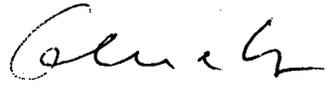
Herbert Weisbrod-Frey

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



Ulrike Elsner

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.  
(PKV)



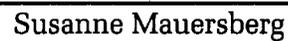
Timm Genett

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.  
(VDBW)



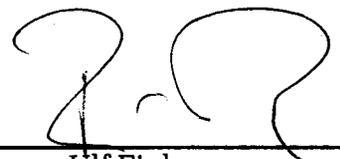
Dr. Wolfgang Pantek

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

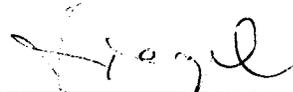


Susanne Mauersberg

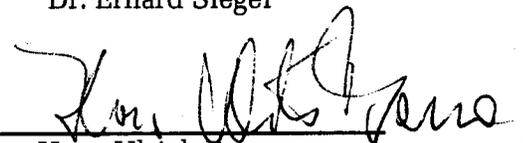
## **Einzelsachverständige**



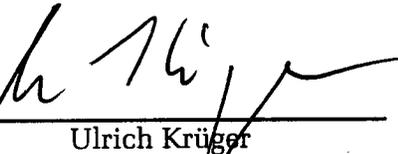
Ulf Fink



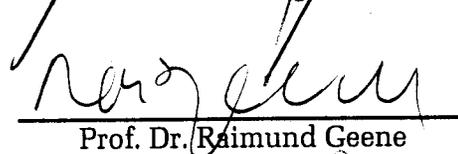
Dr. Erhard Siegel



Hans-Ulrich Benra



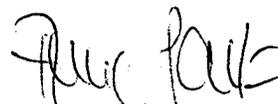
Ulrich Krüger



Prof. Dr. Raimund Geene



Prof. Dr. Beate Blättner



Anne Janz



## Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVg)**

#### **BT-Drucksache 18/4282**

b) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Dr. Jens Zimmermann, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

### **Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

#### **BT-Drucksache 18/4322**

c) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz**

#### **BT-Drucksache 18/4327**

Beginn der Sitzung: 13:05 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tagen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer. Ich darf Sie, Frau Staatssekretärin Fischbach, Sie, meine sehr verehrten Sachverständigen und Vertreter der Medien, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Abgeordnete, Kolleginnen und Kollegen, herzlich zur öffentlichen Anhörung begrüßen. Es ist inzwischen die 39. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Ich danke Ihnen, dass Sie so kurzfristig bereit waren, der Einladung eine Stunde früher als ursprünglich vorgesehen zu folgen. Sie kennen sicherlich den Grund des früheren Beginns, um 15 Uhr findet im Plenum des Deutschen Bundestages eine Debatte zur Flüchtlingskatastrophe im Mittelmeer statt und aus diesem Grunde haben sich die Fraktionen darauf verständigt, dass parallel zu dieser Debatte keine Ausschusssitzungen stattfinden sollten. Ich glaube, das ist auch sachlich begründet. Herzlichen Dank für Ihr Verständnis. In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns, wie Sie

wissen, mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ auf BT-Drucksache 18/4282. Ferner sind der Antrag der Fraktion die LINKE. „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ auf BT-Drucksache 18/4322 sowie der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ auf BT-Drucksache 18/4327 Gegenstand der öffentlichen Anhörung. Meine sehr verehrten Damen und Herren, der Deutsche Bundestag bemüht sich schon seit dem Jahr 2005, seit nunmehr 10 Jahren, ein Gesetz zur Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen zu einem erfolgreichen Ende zu bringen. Der vorherige Entwurf eines Gesetzes zu den Fragen der Prävention konnte in der letzten Legislaturperiode nicht mehr in Kraft treten, da der Bundesrat wenige Tage vor der Bundestagswahl im September 2013 den Vermittlungsausschuss anrief und das Gesetz der sogenannten Diskontinuität anheimfiel. Das ist jetzt der vierte Anlauf von vier verschiedenen Koalitionen, ein Gesetz zu dem politisch sehr wichtigen Thema „Prävention“ zu verabschieden. Viele in diesem Hause sind sich sicher, dass es dieses Mal gelingen wird. Insofern hat diese Anhörung eine besondere Wichtigkeit. Ich habe wie immer ein paar formale Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung. Wir haben insgesamt zwei Stunden für Fragen und Antworten zur Verfügung. Die Gesamtfragezeit wird zwar grundsätzlich auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt. Die Fraktion der CDU/CSU hat jedoch 9 Minuten und die Fraktion der SPD 7 Minuten ihrer jeweiligen Gesamtfragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Diese haben also entsprechend mehr Zeit zur Verfügung. Wir werden die Experten in zwei Runden befragen. In der ersten Fragerunde hat die CDU/CSU 25 Minuten, die SPD 15 Minuten, DIE LINKE. 20 Minuten und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 20 Minuten Redezeit. In der zweiten Runde fragen nur noch die CDU/CSU mit 25 Minuten und die SPD mit 15 Minuten. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, wie immer bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das hat einen sachlichen Grund, denn die Anhörung wird digital aufgezeichnet. Es ist wichtig,



dass die Zuschauer die einzelnen Personen zuordnen können. Die Antworten sollten kurz gehalten werden, damit wir in der zur Verfügung stehenden Zeit möglichst viele Fragen stellen können und auch möglichst viele Sachverständige zu Wort kommen. Des Weiteren bitte ich, wie immer, die Mobiltelefone auszuschalten. Das Wortprotokoll der Anhörung wird ebenfalls auf der Homepage des Ausschusses veröffentlicht.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wie Sie zurecht bemerkt haben, gibt es seit vielen Jahren von unterschiedlichster Seite die Forderung nach einem eigenständigen Präventionsgesetz. Ich frage den Einzelsachverständigen Herrn Fink. Auch Sie haben sich seit vielen Jahren mit dieser Problematik auseinandergesetzt und deshalb die Frage, wie schätzen Sie es ein, kann der vorliegende Gesetzentwurf das Ziel, die Prävention in unserem Land zu stärken, aus Ihrer Sicht erreichen?

ESV **Ulf Fink**: Ich bin Vorsitzender des Büros für Gesundheit und Prävention, ein gemeinnütziger Verein, der sich die Aufgabe gestellt hat, sich des Themas Prävention anzunehmen und zu einem Präventionsgesetz zu kommen. Frau Abgeordnete, ich habe im Sommer des Jahres 2001, damals zusammen mit Karl Jung und Ulrich Oesingmann als Erster im politisch relevanten Raum die Forderung nach einem eigenständigen Präventionsgesetz erhoben. Nun sind darüber viele Jahre vergangen. Drei Versuche, der Vorsitzende hat darauf hingewiesen, sind von Regierungsseite unternommen worden, um zu einem Präventionsgesetz zu kommen. Leider sind diese Gesetzentwürfe alle gescheitert. Umso mehr freue ich mich, vom Vorsitzenden zu hören, dass wir dieses Mal gute Chancen haben, dass der Gesetzentwurf tatsächlich Gesetzeskraft erlangt. Die Zeit ist überreif für die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes und wir sollten alles dran setzen, dass es wirklich klappt. Entspricht nun dieser Gesetzentwurf meinen Vorstellungen? Ich bin mit vielen hier im Raum der Auffassung, dass wir im Gesundheitswesen ein Paradigmenwechsel brauchen. Wir müssen erreichen, dass die Prävention eine ebenso starke Säule des Gesundheitswesens wird, wie es Kuration und Rehabilitation im Pflegebereich heute bereits sind. Davon sind wir weit entfernt. Wenn wir uns die Riesenprobleme wie Übergewicht, Nikotin, Alkoholmissbrauch und Bewegungsarmut ansehen, dann weiß man genau, ohne

Prävention werden wir diese Probleme nicht in den Griff bekommen. Der Gesetzentwurf kann diesem hohen Anspruch, nämlich die Prävention zu einer vierten Säule zu machen, nicht gerecht werden. Heißt das nun aber, ihn abzulehnen? Nein! Ganz im Gegenteil. Der Gesetzentwurf ist der Beginn einer neuen Handlungsperspektive des deutschen Gesundheitswesens, die ich nur begrüßen kann. Aber diesem Gesetzentwurf müssen in dieser, spätestens in der nächsten Legislaturperiode weitere energische Schritte folgen. Dabei muss ganz klar sein, dass Prävention nicht nur Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, aus der dann auch gesamtgesellschaftliche Schlussfolgerungen gezogen werden müssen. Doch nun zum Gesetzentwurf im Einzelnen. Besonders positiv anzumerken ist die Verdoppelung der Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen und erstmals auch der Pflegeversicherung. Über 500 Millionen Euro für Primärprävention und Gesundheitsförderung, das kann sich sehen lassen. Es ist auch gut, dass die auf Lebenswelten und Betriebe bezogenen Maßnahmen durch Quotierung deutlich gestärkt werden. Es ist sehr wichtig, die Menschen dort abzuholen, wo sie leben, lernen und arbeiten. Wichtig ist auch die Verständigung auf Präventionsziele und gemeinsame nationale Präventionsalternativen mit Bezugnahme auf die Gesundheitsziele, die Präventionskonferenz und die Landesrahmenvereinbarung. Das sind alles wichtige Maßnahmen, mit denen die Koordination der verschiedenen Akteure erleichtert wird, denen der Bundesgesetzgeber nichts befehlen kann, sondern die er abholen muss. Ich habe schon im Jahre 2013 beim letzten Hearing diese Kritik geäußert. Kritisch zu bewerten ist die Krankenkassenfinanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dies richtet sich nicht gegen die vorzügliche Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), sondern dagegen, dass die Krankenkassen nicht gezwungen werden dürfen, eine Leistung bei einer nachgeordneten Einrichtung des Bundesgesundheitsministeriums einzukaufen, obwohl sonst strenge vergaberechtliche Vergaben für die Krankenkassen bestehen. Wenn man die Bundeszentrale stärken will, dann entspricht das völlig meiner Auffassung, aber dann muss es anders als im Gesetzentwurf vorgesehen, finanziert werden. Sehr positiv sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beurteilen. Ich bin



der Auffassung, dass während des Gesetzgebungsverfahrens große Aufmerksamkeit auf das Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ gelegt werden sollte. Hier gibt es einerseits den sehr begrüßenswerten gemeinsamen Vorstoß des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesagentur für Arbeit zu einer Änderung im Gesetz. Aber ich möchte noch einen anderen Punkt aufführen. Die großen Unternehmen tun schon beachtlich viel in Sachen betrieblicher Gesundheitsförderung, aber die kleinen und mittleren Unternehmen sind oft rettungslos überfordert in dieser Angelegenheit. Umso mehr muss es befremden, dass die Bedingungen für die 500 Euro Steuerbefreiung für betriebliche Gesundheitsförderung so schwer zu verstehen bzw. anzuwenden sind, dass es für einen kleinen Unternehmer viel einfacher ist, seinen Mitarbeitern steuerbefreit einen Tankgutschein oder einen Einkaufsgutschein statt eines Geldgesundheitsgutscheins zukommen zu lassen. Das braucht meiner Ansicht nach nicht zu sein. Schön wäre es auch, wenn sich das Bundesversicherungsamt nicht immer wieder gezwungen sähe, gegen Krankenkassen vorzugehen, die genau das tun, was wir alle wollen, nämlich möglichst viel für die betriebliche Gesundheitsförderung zu tun. Ich bin insgesamt davon überzeugt, dass wir hier über einen Gesetzentwurf sprechen, mit dem die Weichen des deutschen Gesundheitswesens in die richtige Richtung neu gestellt werden.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Siegel. Halten Sie die im Gesetzentwurf angelegten Stellenwerte von Verhaltens- und Verhältnisprävention für grundsätzlich geeignet, die chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten in Deutschland wirkungsvoll an der Ausbreitung zu hindern?

ESV **Dr. Erhard Siegel**: Ich bin Präsident der Deutschen Diabetesgesellschaft und wir haben uns intensiv mit dem Gesetzentwurf beschäftigt. Grundsätzlich begrüßen wir den Ansatz, die Prävention und auch die Gesundheitsförderung zu stärken. Wenn man den Gesetzentwurf anschaut, fällt auf, dass er den bisherigen Ansatz der individuellen und der freiwilligen Verhaltensprävention im Prinzip fortsetzt. Wir haben Hunderte von Präventionsangeboten und die Anzahl der nicht übertragbaren Krankheiten ist dramatisch weiter gestiegen. Mit

diesen Maßnahmen, mit Appellen an die Vernunft, mit Flyern kommen wir letztendlich nicht weiter. Wir erreichen mit diesen Maßnahmen ausschließlich die gesundheitsbewusste Mittelschicht. Das Problem im Bereich der Prävention sind aber die bildungsfernen Schichten und auch Menschen mit Migrationshintergrund. Das heißt, es braucht einen Paradigmenwechsel. Das Problem des Anstiegs der nicht übertragbaren Erkrankungen sind die dramatischen Veränderungen der Umweltbedingungen, unter denen wir heute leben. Wir haben einerseits an jeder Ecke Fast-Food Snacks und andere hochkalorische Nahrung und auf der anderen Seite eine Gesellschaft, die sich kaum noch bewegt bzw. Bewegung vermeidet. Dieses führt dazu, dass die nicht übertragbaren Erkrankungen zunehmen. Das heißt, der Hochrisikoansatz der Verhaltensprävention muss um Maßnahmen für die Verhältnisprävention ergänzt werden. Sonst wird dieses Konzept langfristig scheitern. Wir brauchen einen Ansatz, der nicht nur selektiv in die gesundheitsbewusste Mittelschicht reicht, sondern auch vor allem im Kindes- und Jugendalter ansetzt. Da wird der Lebensstil geprägt. Wir brauchen einen Ansatz, der in Regelstrukturen, Kitas und Schulen eingebettet wird. Vier dringende Maßnahmen, um diesen Verhaltens- und den Verhältnispräventionsansatz umzusetzen wären, dass man in den Schulen und Kitas täglich eine Stunde Sport integriert. Sport im Sinne von Bewegung und Spaß. Weiter müssen wir an die adipogenen Lebensmittel ran. Wir müssen uns überlegen, wie wir diese besteuern bzw. gesunde Lebensmittel entlasten. Das ist die entscheidende. Wir brauchen sichere Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung. Eine Lebensmittelkennzeichnung ist enorm wichtig. Ganz wichtig ist ein Verbot von an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung. Es kann nicht sein, dass die Bundesnationalmannschaft, wie während der letzten Weltmeisterschaft geschehen, für Coca-Cola und Nutella wirbt. Wenn ich meine Kinder frage, was sie dabei empfinden, sagen sie mir, dass sie reich, schnell und berühmt werden. Das wird vermittelt und da muss man eingreifen. Das ist Aufgabe des Gesetzgebers. Hier geht es nicht darum, dass wir sagen, dass ist liberal, sondern darum, dass Kinder nicht entscheiden können und irreführt werden.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte die Frage an den GKV-Spitzenverband, die Bundesärztekammer und die Caritas und konzentriere mich



dabei auf den Themenkomplex der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung und ihre Konsequenzen. Das Gesetz sieht vor, dass die Krankenkassen bei einer Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention eine ärztliche Präventionsempfehlung zu berücksichtigen haben und mit der Präventionsempfehlung soll der Zugang zur zielgerichteten qualitätsgesicherten Präventionsleistung erleichtert werden. Daneben soll es den Krankenkassen weiterhin freistehen, entsprechende Leistungen aus eigener Entscheidung zu erbringen, wenn ein Versicherter nicht beim Arzt war und aus diesem Grund keine Präventionsempfehlung vorliegt. Es wurde in manchen Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass man nicht nur die Früherkennungsuntersuchungen und die Kinder- und Jugenduntersuchungen, sondern jeden Arztkontakt nutzen sollte, um solche Präventionsempfehlungen zu entwickeln. Ich würde gerne wissen, ob Sie in der vorgeschlagenen Regelung eine sinnvolle Verknüpfung zwischen medizinischer und nicht medizinischer Prävention sehen und was sie uns gegebenenfalls empfehlen, wie das noch verbessert werden kann.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Es ist sowohl in dem bisherigen Verlauf dieser Anhörung als auch in den vielen Diskussionen deutlich geworden, dass wir im Bereich Stärkung der Prävention insbesondere Wert darauf legen müssen, diejenigen Personengruppen und Menschen zu erreichen, die nicht unmittelbar und aus eigenem Antrieb heraus eine gewisse Nähe zu Präventionsthemen und -aktivitäten haben. Insofern halten wir als GKV-Spitzenverband die Erweiterung auf möglichst verschiedene Zugangswege, um an Präventionsthemen herangeführt und dafür begeistert zu werden, für richtig. Es ist auch richtig, dass man sagt, wir haben eine Situation, dass insbesondere für vulnerable Personen und solche, die häufiger in Arztpraxen erscheinen, eine entsprechende Präventionsberatung sinnvoll ist. Wir hätten die Anregung, da Veränderungen im Lebensstil immer ein längerer Prozess sind, dass in den Gesprächen und in den Aktivitäten der Ärzte in der Praxis besonders darauf geachtet wird, dass sie nicht nur den guten Willen, sondern auch die Befähigung haben, Beratungen mit Hinweisen auf Lebensstilveränderungen und Ähnliches überzeugend durchzuführen. Die Dualität, die im Gesetzentwurf angelegt ist, nämlich auch zu sagen, wer auch ohne ärztliche

Beratung motiviert ist, solche Maßnahmen durchzuführen, halten wir für sehr sinnvoll. Wenn man das umkehrt, würde das heißen, dass man diejenigen, die die Erkenntnis auch ohne die Unterstützung von Medizinern finden, unnötig in die Arztpraxis treibt. Die Dualität macht Sinn und ich glaube, dass das eine richtige Weiterentwicklung ist, insbesondere wenn die Ärztinnen und Ärzte noch ein besonderes Augenmerk darauf legen, dass eine erfolgreiche Beratung, Maßnahmen zur Lebensstilveränderung zu ergreifen, nicht mal so nebenbei zu machen ist, sobald man aus der Praxis geht.

**SV Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir begrüßen diese ärztliche Präventionsempfehlung sehr. Wir haben uns auch immer dafür stark gemacht und im Vorfeld eigene Modelle in ähnlicher Richtung entwickelt, wie dieses Rezept für Bewegung, das Ihnen vielleicht bekannt ist, das wir gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund entwickelt haben und mit dem wir auf freiwilliger Basis mit den Ärzten sehr gute Erfahrungen machen. Wir haben dazu eine Evaluation vorliegen, dass 50 Prozent derjenigen, die dieses Rezept erhalten haben, nach einem halben Jahr tatsächlich ihr Verhalten verändert haben und Sportangebote der Sportvereine nutzen. Wir finden es gut, dass dieses nun aufgenommen und erweitert wird und wir würden uns wünschen, dass für die Leistung der Krankenkassen, auf die hauptsächlich verwiesen werden soll, stärker der ärztliche Sachverstand eingebunden wird, sodass Ärzte auch wissen, welche Maßnahmen sie vermitteln. Wir würden uns zudem wünschen, dass über die ärztliche Präventionsempfehlung hinaus so etwas entwickelt wird und das könnte man aufgrund der ersten Erfahrungen tun. Ein ärztliches Präventionsmanagement, bei dem der Arzt abschätzt, welches Angebot für den Patienten überhaupt geeignet ist. Im weiteren Verlauf kann er dann mit dem Patienten beraten, ob es für ihn sinnvoll war. Weitere Angebote sollte dann möglicherweise daraus entwickelt werden.

**SV Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Auch wir begrüßen außerordentlich, dass jetzt eine Präventionsempfehlung in das Gesetz eingeführt wird. Das wird auch einen Beitrag leisten, neben der Säule der Kuration, wie Herr Fink schon ausgeführt hat, die Säule der Prävention zu stärken. Wir



schlagen vor, die Empfehlung nicht Präventionsempfehlung zu nennen, sondern Empfehlung für Primärprävention und Gesundheitsförderung, um auch dem Ansatz der Gesundheitsförderung hinreichend Rechnung zu tragen. Das wäre die erste Ergänzung, die ich vorschlagen würde. Zweitens sollte die Präventionsempfehlung oder Prävention und Gesundheitsförderungsempfehlung auch verbindlich für die Entscheidungen der Krankenkassen über die Genehmigung von individuellen Verhaltenskursen sein. Des Weiteren, Sie hatten danach gefragt, ist uns wichtig, dass auch die individuellen Verhaltenskurse ohne die Präventionsempfehlung weiterhin niedrigschwellig zugänglich sind. Also brauchen wir weiterhin den dualen Zugangsweg. Es freut mich besonders zu sagen, dass bei der Präventionsempfehlung jetzt auch der Impfstatus überprüft werden muss, denn wir haben bei der Erwachsenenpopulation erhebliche Impflücken. Insofern ist das ein sehr guter Vorschlag. Es sollte auch darauf geachtet werden, dass die Präventionsempfehlung, und das ist jetzt noch ein zentraler Punkt, nicht nur bei den Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V zur Anwendung kommt, sondern bei jeglichen Arztbesuchen, also auch beim Arztbesuch, der eigentlich auf die Kuratation von schon bestehenden Erkrankungen ausgerichtet ist. Auch da kann es dem Arzt auffallen, dass diese oder jene Prävention zur Gesundheitsförderung gegeben ist. Die Präventionsempfehlung sollte sich somit auch auf die Kuratation erstrecken können. Da halten wir eine Änderung im § 28 SGB V für erforderlich. Das haben wir in der Stellungnahme auch ausgeführt.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an die Bundesärztekammer. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen künftig Leistungen zur Verhaltensprävention nur erbringen dürfen, wenn deren Qualität zertifiziert ist. Dies soll auch für verhaltensbezogene Maßnahmen gelten, die im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung erbracht werden. Wie bewerten Sie diese geplante Regelung?

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Frage der Zertifizierung ist sicherlich eine wichtige. Wir finden es gut, dass für diese Maßnahmen und Angebote der Krankenkassen oder auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung klare wissenschaftliche Kriterien zugrunde

gelegt werden sollen. Das ist nicht zuletzt für eine vernünftige Evaluation wichtig. Wie ich eben schon angedeutet habe, hielten wir es für wichtig, dass ärztlicher und medizinischer Sachverstand miteinbezogen wird und dass diese Zertifizierung nicht durch die Krankenkassen selber läuft, sondern dass man das von den Krankenkassen trennt, damit nicht nur die eigenen Maßnahmen zertifiziert werden. Zertifizierungen, so wie sie eigentlich ablaufen, erfordern eine Trennung von Anbieter, Leistungen und Zertifizierer und das müsste in dem Gesetz auch noch anders geregelt werden, wobei man sich auch die grundsätzliche Frage stellen kann, inwieweit Krankenkassen zusätzlich noch als Leistungserbringer fungieren sollten. Eigentlich ist das in der Systematik des SGB V so nicht vorgesehen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Wäre das dann für Sie auf Augenhöhe, wenn Sie sagen, dass das bei Ihnen liegen soll? Die Krankenkassen verfügen ja schon über Präventionskompetenzen.

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): In dem Gesetzentwurf ist vorgesehen, das ist ja auch richtig, dass medizinischer Sachverstand miteinfließen sollte. Es ist aber leider nicht geregelt, wie denn dieser medizinische Sachverstand miteinbezogen wird. Wir haben jetzt schon die Wartungskommission zur Prävention beim GKV-Spitzenverband, wo ärztliche Fachverbände oder Spitzenorganisationen nicht berücksichtigt werden. Das müsste also auf jeden Fall sichergestellt sein.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Deutschen Industrie- und Handelskammertag. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird immer wieder beklagt, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung die Unternehmen und insbesondere die kleinen und mittleren Unternehmen nicht ausreichend beteiligt sind. Wäre mit dem Gesetzentwurf Abhilfe geschaffen?

Sve **Stefanie Koenig** (Deutschen Industrie- und Handelskammertag e. V. (DIHK)): Zunächst möchte ich anmerken, es wird immer gesagt, dass kleine und mittlere Unternehmen in dem Bereich wesentlich weniger aktiv sind als die großen Unternehmen. Das ist einerseits richtig. Wir sehen aber auch, dass das Bewusstsein für die Notwendigkeit von



betrieblicher Gesundheitsförderung auch gerade in kleinen Unternehmen in den letzten Jahren zugenommen hat. Es ist also nicht das Problem, dass es an dem Bewusstsein mangelt, sondern möglicherweise an den Ressourcen. Gerade in den kleinen Unternehmen mit 10 bis 20 Mitarbeitern gibt es selten einen Experten, der sich um die Gesundheitsförderung aktiv kümmern kann. Deswegen sind gerade kleine Unternehmen auf Partner angewiesen. Wir führen regelmäßig Umfragen unter den Unternehmen durch, so auch im letzten Jahr zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung. Wir haben nach Unterstützungsbedarfen und den Rahmenbedingungen gefragt, um sich stärker bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren und es wurden insbesondere zwei Punkte genannt. Zum einen mehr und bessere Informationen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und zum anderen konkrete Ansprechpartner. Kleine Unternehmen berichten häufiger als die größeren, dass sie Schwierigkeiten haben, einen Ansprechpartner – den richtigen Ansprechpartner – zu finden. Sie haben vergleichsweise wenig Beschäftigte, die sind natürlich bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert und dann ist die Frage, an wen wende ich mich. Da sieht der Gesetzentwurf mit den Koordinierungsstellen in den Regionen einen ganz wichtigen Ansatz vor. Das kann aus unserer Sicht wirklich ein Fortschritt sein, wenn das eine Stelle ist, an die man tatsächlich als Unternehmen herantreten und zum Beispiel fragen kann, welche Kasse das machen würde und wie die finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten sind. Da können auch die Industrie- und Handelskammern durchaus einen Beitrag leisten. Sie vermitteln heute schon Kontakte zwischen den Unternehmen und den Krankenkassen, aber auch den Unfallkassen. Da bietet sich eine Kooperation sicherlich an. Zum anderen der Punkt, dass eine Ausweitung der finanziellen Förderung aus unserer Sicht sinnvoll ist. Das entspricht den Bedürfnissen der Unternehmen. Man muss natürlich sehen, dass das mit dem finanziellen Spielraum der GKV geht. Aus unserer Sicht könnte man durchaus erwägen, teilweise eine Steuerfinanzierung vorzusehen, da Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und auch nicht nur die Versicherten im konkreten Setting betrifft. Ein Punkt, bei dem wir ein bisschen Vorsicht walten lassen würden, ist die Einbeziehung der Betriebsärzte. Es ist einerseits richtig, vorhandene medizinische Kompetenzen bei der Implementierung

von betrieblicher Gesundheitsförderung zu nutzen. Wir müssen aber andererseits sehen, dass gerade in den kleinen Betrieben die Betriebsärzte sehr, sagen wir mal, beschränkt zur Verfügung stehen, also ein bestimmtes Kontingent haben. Wenn ihre Aufgaben ausgeweitet werden, wird das für die Unternehmen teuer. Auf der anderen Seite haben wir, gerade in ländlichen Regionen, heute schon das Problem, dass Betriebsärzte nicht in ausreichendem Maße für die Unternehmen vor Ort zur Verfügung stehen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich würde das, was Herr Fink gesagt hat, aufgreifen. In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) von vorgestern wurde die Frage der Verfassungsmäßigkeit des Präventionsgesetzes aufgeworfen. Rechtsprofessorin Wallrabenstein beruft sich dabei auf eine wesentliche Passage des Gesetzes, insbesondere auf die geplante Ko-Finanzierung der BZgA aus Krankenversicherungsbeiträgen. Diese sei nicht verfassungskonform. Ich frage den AOK-Bundesverband, wie er diese Aussage bewertet.

SV **Jürgen Graalman** (AOK-Bundesverband): Ich bin kein Jurist und ich gehe davon aus, dass Sie von mir keine juristische Einschätzung erwarten. Nach Einschätzung des AOK-Bundesverbandes wird in den Ausführungen von Prof. Wallrabenstein das eigentliche Problem des Gesetzes sehr deutlich. Es fehlt an der Normierung von klarer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Viele Akteure reden mit, die GKV zahlt. Wir gehen davon aus, dass es auch mit diesem Gesetz nicht gelingt, Prävention zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu machen. Das Präventionsgesetz wird faktisch ein Krankenkassengesetz im SGB V. Wir teilen die Einschätzung von Frau Prof. Wallrabenstein in der FAZ, dass die Mitfinanzierung der BZgA einen klaren Verstoß gegen das Verfassungsrecht darstellt und zwar gegen Artikel 87 GG, nach dem die Sozialversicherung ihre Aufgaben eigenverantwortlich erledigt. In der Konsequenz sei die BZgA aus Steuermitteln zu finanzieren. Frau Prof. Wallrabenstein macht in ihren Ausführungen deutlich, auch das teilen wir, dass die Konnexität zwischen Aufgabenwahrnehmung und Finanzlast durch die im Gesetz vorgesehene Mitfinanzierung der BZgA durch die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Beitragszahler aufgelöst wird. Die Trennung von Sozialversicherungsbeiträgen und Bundeshaushalt wird durchbrochen. Deshalb teilen wir die Einschätzung



von prof. Wallrabenstein, dass diese Mitfinanzierung der BZgA aus Beitragsmitteln, die in der Perspektive allein von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu finanzieren sind, verfassungsrechtlich bedenklich ist.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock. Ungeachtet dieser Finanzierungsfragen geht es auch um die Beauftragung der BZgA und das ihr zugewiesene Aufgabenspektrum. Dazu steht im Gesetzentwurf, ich zitiere: „Die Entwicklung kassenübergreifender Leistungen und deren wissenschaftliche Evaluation“. Nicht erwähnt werden an dieser Stelle die unabhängige Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Wie sehen Sie hier den Änderungsbedarf, auch gerade mit Blick auf die Arbeit in den Settings?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Die Finanzierung der BZgA durch die gesetzliche Krankenversicherung ist sicherlich nichts für ordnungspolitische Puristen und Dogmatiker, aber als Gesundheitswissenschaftler bin ich da völlig gespalten. Die BZgA hat in der Frage der Organisation von Prävention in Form des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, dem alle wichtigen Akteure auf Bundes-, Landes- und zivilgesellschaftlicher Ebene angehören, ein hervorragendes Instrument geschaffen. Ich wüsste in Deutschland keine Agentur, die besser in der Lage wäre, Qualität zu entwickeln, zu prüfen, zu evaluieren und Qualitätssicherung weiterzuentwickeln. Ich glaube, da liegt der Sachverstand. Ich wäre sehr froh, wenn ein Weg gefunden wird, die BZgA mit diesen Aufgaben zu betrauen und ihr die Möglichkeit zu geben, sie zu erfüllen, ohne dass es bei der auch für mich fragwürdigen Lösung bleibt, dass in einer wettbewerbsorientierten Wirtschaft und Gesellschaft die Sozialversicherung gezwungen wird, ohne Ausschreibung einen jährlichen Zwangsauftrag für 35 Mio. Euro an eine obere Bundesbehörde zu geben. Wie gesagt, das ist für ordnungspolitische Dogmatiker wirklich keine leichte Kost.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Mit dem Präventionsgesetz ist intendiert, möglichst breite Präventionsanstrengungen in unserer Gesellschaft zu initiieren

und meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie angesichts dieser Tatsache den Umstand, dass die PKV lediglich auf freiwilliger Basis an diesen Präventionsanstrengungen beteiligt sein wird?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Es ist entscheidend und das wurde mehrfach gesagt, dass Prävention einen breiten Ansatz verfolgen muss und das es gemäß der unterschiedlichen Verantwortung und Zugänge einen breiten Ansatz in der Frage geben muss, welche Akteure beteiligt und verpflichtet werden. Wir haben im Gesetzentwurf eine sehr enge Fokussierung auf die gesetzliche Krankenversicherung. Insofern muss man dann auch spezifisch zu dem Thema PKV sagen, das ist ein Generalproblem. Wir haben immer die Situation, auch in anderen Kontexten, dass die PKV von Leistungen und Angeboten und auch von Strukturen, die durch die GKV und durch Finanzierung der GVK geschaffen werden und von der entsprechende sinnvolle Effekte ausgehen, profitiert. Gleichzeitig ist sie aber an ihrer Finanzierung nicht verpflichtend beteiligt. Die derzeit vorgesehene Konstruktion, dass die PKV sich an der Finanzierung beteiligen kann oder auch nicht, ist zu kritisieren. Wir sehen dann Ersatzhandlungen. Es werden Kampagnen gemacht und dafür die BZgA mit Geld geflutet. Ob das sinnvoll ist und im Rahmen einer wirklich abgestimmten nationalen Präventionsstrategie stattfindet, weiß man nicht. Ein bisschen Marketing ist auch dabei, aber hier ist ein systematisches Problem. Die PKV-Unternehmen und ihr Verband profitieren von den Strukturinvestitionen, die die Versicherten und Arbeitgeber der GKV bezahlen. Das ist auch begründbar. Nicht begründbar ist aber die Trittbrettfahrerei.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Fragen richten sich an den Verband der Ersatzkassen und an den Bundesverband Prävention und Gesundheitsförderung. Es besteht wohl Einigkeit darin, dass sich Gesundheitsförderung und Prävention an Zielen orientieren sollten. Im Gesetzentwurf werden dazu die gegenwärtigen Ziele von gesundheitsziele.de aufgezählt. Meine Frage, wie bewerten Sie diese Regelung und sehen Sie Änderungsbedarf?

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir halten es für richtig, die Arbeit von gesundheitsziele.de zu berücksichtigen. Die Ziele



sind im Konsens vereinbart worden und werden von uns mitgetragen. Allerdings halten wir die technische Umsetzung, die das Präventionsgesetz wählen will, für problematisch. Nach der derzeitigen Konstruktion können die Ziele nur statisch genutzt werden. Änderungen und neue Ziele müssen durch ein neues Gesetzgebungsverfahren angenommen werden. Das würde in der Praxis dazu führen, dass die sich in der Bearbeitung befindlichen, sehr wichtigen Ziele wie Alkoholkonsum reduzieren und Patientensicherheit nicht in den Zielekanon aufgenommen werden können, ohne dass wir ein neues Gesetzgebungsverfahren einleiten. Um flexibel reagieren zu können, möchten wir vorschlagen, eine Änderung in Artikel 20 Absatz 3 SGB V aufzunehmen. Da gibt es nach unserem Dafürhalten zwei Varianten. Die erste Variante wäre, auf die Wiedergabe von konkreten Zielen zu verzichten und einen allgemeinen Verweis auf gesundheitsziele.de vorzunehmen. Das ist ein Weg, den man jetzt schon bei der Berücksichtigung der Zielsetzung der deutschen Arbeitsschutzstrategie gewählt hat. Da wird auch nur allgemein auf die deutsche Arbeitsschutzstrategie verwiesen. Variante zwei wäre, die abschließende Aufzählung um eine Verordnungsermächtigung für den Bundesgesundheitsminister zu ergänzen und dann könnten aktuelle Ziele, die noch neu bearbeitet werden oder auch Aktualisierungen über eine Verordnung neu eingebracht werden und dann auch entsprechend bei den Präventionsaktivitäten Berücksichtigung finden. Der Weg ist also der Richtige, aber die Umsetzung müsste so gestaltet werden, dass wir flexibel auf neue Erkenntnisse reagieren können.

**SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen** (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)): Um Missverständnissen vorzubeugen, ein ganz klares Bekenntnis der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung zur Zielorientierung. Natürlich begrüßen wir, dass diese Zielorientierung im Präventionsgesetz verankert werden soll. Wir machen uns seit vielen Jahrzehnten dafür stark, dass dies passiert und wir arbeiten deswegen auch sehr gerne und schon sehr lange und ziemlich intensiv bei gesundheitsziele.de mit. Aber ergänzend zu dem was Frau Elsner schon zu Problemen in der technischen Umsetzung angebracht hat, möchte ich zwei Aspekte anführen, die für uns sehr problematisch sind. Wir meinen, dass in der jetzi-

gen Form der Auflistung von einzelnen Zielbereichen eine Konkretisierung von Zielvorgaben vorgenommen wird, die nicht halten kann, was sie zu versprechen scheint. Ich will das an zwei kurzen Beispielen klar machen. Wir erwarten von einem Präventionsgesetz Präventions- und Gesundheitsförderungsziele. Wenn wir analysieren, was der Zielekanon von gesundheitsziele.de, der dort erarbeitet worden ist, im Kooperationsverbund beinhaltet, werden wir feststellen, dass maximal ein Drittel der Ziele einen Präventions- oder Gesundheitsförderungsansatz verfolgen. Das ist unseres Erachtens zu wenig, um hierauf zu verpflichten. Das zweite, was aber viel wesentlicher und problematischer ist: Wenn man eine Analyse vornimmt und alle Maßnahmen durchgeht, die zur Erreichung der Ziele empfohlen werden, dann werden wir erkennen, dass maximal sechs Prozent der Maßnahmen die gesetzliche Sozialversicherung adressieren. Wenn wir dann nachschauen, wie weit die gesetzliche Krankenversicherung adressiert wird, beschränkt sich das auf drei Prozent aller Fälle. Das heißt also, das ist ein bisschen so wie mit Kanonen auf Spatzen schießen oder am Ziel vorbeischießen und deswegen empfehlen wir dringend, etwas allgemeinere Formulierungen zu nutzen. Wir haben dazu einen Vorschlag in unserer schriftlichen Stellungnahme gemacht. Andere Verbände haben dies auch getan, um dann mit Rücksicht auf die Dynamik des Prozesses erreichen zu können, dass man wirklich nachher über Prävention und Gesundheitsförderungsziele spricht.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Geene. Der Gesetzentwurf beschreibt in § 20a Absatz 1 SGB V die Leistungen in Lebenswelten. Absatz 3 zählt beispielhaft einzelne Lebenswelten auf. Sind Ihrer Meinung nach diese Definitionen von Leistungen in Lebenswelten gesundheitsfördernder Maßnahmen vor allem für werdende Mütter und Familien vorstellbar? Mich würde noch interessieren, ob das Gesetz genügend Möglichkeiten bietet, die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärzten und der Jugendhilfe zu verbessern.

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene**: In der Tat sind Familien mit Kleinkindern, insbesondere in dem Betreuungsbogen rund um die Geburt, ganz besonders zentrale Lebenswelten. Allerdings ist es so, dass



der Setting-Ansatz im Sinne einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung nicht auf Familien angewendet werden kann. Das verbietet sich ethisch und rechtlich. Und auch pragmatisch hätte das in dieser Form wenig Sinn. Familien bedürfen zur Gesundheitsförderung einer Interventionslogik, die stärker auf die Kernstrategien der Erörterbarkeit setzt, die da heißen Advocacy-Ansatz, also anwaltschaftliche Vertretung, Kompetenzentwicklung und Vernetzung. Nicht die Familie selber, sondern die Rahmenbedingungen müssen in der Gesundheitsförderung fokussiert werden. Dafür gibt es seit 2012 eine ganz große Maßnahme, das Bundeskinderschutzgesetz. Die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ umfasst ein Gesundheitsförderungsprogramm gerade in dem Setting rund um die Geburt. § 20a SGB V betrifft unmittelbar nur das Setting der Kommune, wobei das etwas allgemein ausgedrückt ist. Es wäre zu wünschen, dass man in der Gesetzesbegründung konkretisiert, dass die Kommune als Dachsetting, im Sinne von Präventionsketten profiliert wird, so wie der kommunale Partner es beim Programm „Gesund aufwachsen für alle!“ bereits vorgeführt hat. Es gibt insgesamt fünf Anknüpfungspunkte. Erstens ist bei der BZgA eine Struktur zu etablieren, die sich an die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ bzw. an das nationale Zentrum „Frühe Hilfen“ anlehnen kann, das bei der BZgA und dem Deutschen Jugendinstitut in gemeinsamer Trägerschaft angesiedelt werden kann. Es ist zweitens wichtig, den Kommunen den Auftrag zu geben, diese Präventionsketten zu gestalten. Es ist drittens – auch hier im Gesetzestext in der Diskussion – eine Verlängerung der Hebammenversorgung wichtig. Zu dieser hat sich auch der GKV-Spitzenverband durchaus sehr interessant eingelassen. Er geht von einer sehr hohen Summe aus, die zusätzlich ausgekehrt werden muss, nämlich 40 Millionen Euro. Wenn man sich das anguckt, ist das deutlich mehr als die Summe, die jetzt für Familienhebammen verausgabt wird. Es wäre zu prüfen, ob man nicht die Frage der Hebammen und Familienhebammen in gemeinsamen Rahmenvereinbarungen mit aufgreift. Es ist viertens in § 26 SGB V klarzustellen, dass hier keine neuen Strukturen geschaffen werden sollten, etwa über Präventionsassistenten, wie das als Vorschlag im Raum steht, sondern dass es verbindliche Vernetzungs- und Verweismöglichkeiten für die Kinderärzte in die „Frühen Hilfen“ gibt. Schließlich ist der letzte Punkt, dass insbesondere die Selbsthilfe eine hohe

Bedeutung hat. Es ist ja auch der Vorschlag eingebracht worden, den ich nachdrücklich unterstütze, den finanziellen Ansatz der Selbsthilfe, insbesondere die familiäre Selbsthilfe, bzw. den ganzen Bereich der Selbsthilfe in dem neuen § 20h SGB V auf etwa 1 Euro pro Versichertenjahr zu erhöhen und davon 10 Cent für die pauschale Förderung der Dachverbände vorzusehen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Prof. Blättner als Einzelsachverständige. Ich möchte Sie fragen, welche grundlegenden Bedingungen für Gesundheit die Ottawa-Charta vorsieht und entspricht das vorgelegte Gesetz diesen Anforderungen zur Gesundheitsförderung sowie dem im Juni 2013 verabschiedeten Statement der Weltkonferenz von Helsinki. In diesem Zusammenhang bitte ich Sie, die Definition von Gesundheitsförderung im Gesetzentwurf als – ich zitiere – „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ im Vergleich zur Definition in der Erklärung von Jakarta zu bewerten.

ESVe **Prof. Dr. Beate Blättner**: In der Tat ist es so, dass ich als langjährige Beobachterin des Prozesses der Entwicklung eines Präventionsgesetzes es außerordentlich enttäuschend finde, wie wenig von der internationalen Diskussion in der Weltgesundheitskonferenz in den jetzigen Gesetzentwurf eingegangen ist. Insbesondere will ich das Helsinki-Statement hervorheben, das einen ganz klaren Schwerpunkt auf die soziale Benachteiligung und den Ausgleich von ungleichen Gesundheitschancen setzt. In vielen Punkten des Gesetzentwurfes wird dies nicht hinreichend ausgleichend berücksichtigt und das ist ein bisschen wenig im augenblicklichen Entwurf. Seit der Ottawa-Charta – wir sprechen ja von 1986, es handelt sich um keine neue Diskussion – ist klar, dass Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen entscheidend für die Gesundheitschancen sind und dass die soziale Ungleichheit die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen erklärt. Ich kann mir im Moment trotz der Ansätze relativ wenig darunter vorstellen, wie eine klare Neuorientierung in diese Richtung vom jetzigen Gesetzentwurf ausgehen kann. Bei der Definition von Gesundheitsförderung bitte ich explizit, dass die Bundesregierung sich überlegen möge, in einer Legaldefinition die internationalen Standards aufzugreifen. Selbst die BZgA zitiert die



Jakarta-Erklärung. Die jetzige Definition ist mit ihrem klaren Fokus auf Eigenverantwortung sehr weit davon entfernt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte zwei Fragen an Prof. Dr. Rosenbrock vom Paritätischen Wohlfahrtsverband. Sie sind bereits zum vierten Mal daran beteiligt, ein Präventionsgesetz wissenschaftlich und kritisch zu begleiten. In der aktuellen Stellungnahme klingen Sie ein bisschen enttäuscht und kritisieren, dass es sich wieder um ein reines Artikelgesetz handelt. Ich bitte Sie zu erklären, was Ihre Kritik ist und ob Sie einen Alternativvorschlag haben.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Das geht ein bisschen über das hinaus, was hier zu leisten ist. Aber in der Tat geht es darum, der nicht nichtmedizinischen Primärprävention die gleiche Rolle in der Gesundheit der Bevölkerung zuzuschreiben und zu ermöglichen wie der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege. Dann ist Prävention sicherlich nicht mehr primär eine Aufgabe der Sozialversicherung, sondern man braucht ein Bundesgesetz, das die Gesamtheit der nichtmedizinischen Gesundheitsförderung und Prävention regelt. Dann braucht man einen Gesamtfinanzrahmen und einen Zuständigkeitsrahmen und käme auch über einige Defizite hinaus, die der vorliegende Gesetzentwurf noch beinhaltet, z. B. dass die gesamten Bundes- und Landesprogramme der Primärprävention von diesem Präventionsgesetz nicht erfasst sind. Deswegen unterliegen sie auch nicht der gleichen Qualitätssicherung und Ergebnisorientierung und sind nicht den gleichen Zielen verpflichtet. Dann wäre es möglich, die Verschiebebahnhöfe zu vermeiden, die in jedem Gesetzentwurf dieses Typus enthalten sind, nämlich dass sich Akteur A, sagen wir ein Bundesland, aus primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zurückzieht, weil es den Akteur B, die GKV gibt, die das jetzt macht. Eine solche Gefahren- und Fehlsteuerung könnte man überwinden, wenn es ein Gesetz zur nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung gibt, dass ein eigenes SGB mit der unglücklichen Nummer XIII wäre. Das wäre ein noch hinnehmbarer Nachteil. Sie sagten, dass es der vierte Anlauf ist. Ich vertraue diesbezüglich auf den Fünften.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine zweite Frage an Prof. Rosenbrock. Und zwar konnten wir in einem Interview mit der österreichischen Tageszeitung „Der Standard“ nachlesen, dass der international bekannte Epidemiologe Richard Wilkinson gefragt wurde, ob Lebensstil und medizinische Versorgung das Entscheidende für unsere Lebenserwartung sind und seine Antwort war ganz klar, nein, Ungleichheit bringt uns um. Wie schätzen Sie diese Aussage ein und wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von sozialer Ungleichheit?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Wir wissen ja, dass die Verhaltensunterschiede, die es zweifellos zwischen den sozialen Schichten gibt, weniger als die Hälfte der Lebenserwartungs- und Gesundheitsunterschiede zwischen den sozialen Schichten erklären. Über die Hälfte sind direkte und indirekte, aber nicht direkt gesundheitlich leicht fassbare Auswirkungen von Ungleichheit. Nun zu Richard Wilkinson und der These, gleichere Gesellschaften sind effektiver in der Krisenbewältigung, gesünder und zwar nicht nur für die Unterschichten, sondern auch für die Oberschichten, haben weniger Drogenprobleme, weniger Knast, weniger sonstige Probleme, bis hin zu weniger Adipositas. Das ist ein Gebiet, das mit einem Präventionsgesetz auch über ein mögliches SGB XIII nicht zu greifen wäre. Das ist der wirklich radikal-gesamtgesellschaftliche Aspekt von Prävention, bei dem es darum geht, Bildungs-, Lebens- und Einkommenschancen in der Gesellschaft gleicher zu verteilen, denn der internationale Vergleich ist in dieser Hinsicht mit einer für Sozialwissenschaften seltenen Eindeutigkeit völlig klar. Je größer die Ungleichheit, desto größer ist die Ungleichheit der Gesundheitschancen und desto schlechter der Gesamtgesundheitszustand der Gesellschaft und desto kürzer die Gesamtlebenserwartung der Gesellschaft. Aber ich möchte dem Ausschuss für Gesundheit nicht zumuten, die damit angesprochenen legislativen Implikationen mit einem Gesetz zu erfüllen.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband. Frau Fix, wie bewerten Sie die Einbeziehung



der Pflegekassen zur Prävention in stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt und insbesondere würde mich interessieren, ob Sie meinen, dass weitere Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung notwendig oder wichtig wären, eben gerade zur Vermeidung der Pflegenotwendigkeit?

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Grundsätzlich begrüßen wir es sehr, dass die Pflegeversicherung nun auch zum Präventionsträger wird. Sie wird es ohnehin, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird. Dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist wesentlich präventionsorientierter, da ressourcenorientierter als der jetzt bestehende alte Pflegebedürftigkeitsbegriff. Darüber hinaus finden wir es sehr gut, dass der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt hat. Denn auch in der letzten Lebensphase, und die Menschen kommen heutzutage nur in ihrer letzten Lebensphase ins Pflegeheim, ist das sinnvoll. Auch da sind Präventionsangebote noch möglich. Ob das dann Primärprävention ist, ist natürlich zu hinterfragen, aber das ist mindestens Sekundärprävention und insofern durchaus sinnvoll. Uns erschließt sich aber überhaupt nicht, warum der Gesetzgeber nur den stationären Bereich in den Blick nimmt und nicht vor allem den häuslichen Bereich. Sie hatten ja danach gefragt, ob sich Pflegebedürftigkeit auch vermeiden lässt. Wir müssen noch vor Beginn der Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen dann, wenn sie den ersten Hilfsbedarf aufweisen, ansetzen. Diese Menschen leben nicht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern in der Häuslichkeit und so schlagen wir ganz konkret vor, als primärpräventive Maßnahme einen präventiven Hausbesuch einzuführen. Dieser hat sich in anderen Ländern wie in Skandinavien und beispielsweise in Dänemark sehr bewährt. Dort werden allen über 75-Jährigen Angebote zu einem präventiven Hausbesuch gemacht und in einem solchen Rahmen geht es nicht nur um das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, z. B. mit Blick auf die Sturzprophylaxe, sondern um die Erfassung des psychosozialen Zustandes, um Vereinsamung und Depression. Nicht zuletzt kann mit einem solchen präventiven Hausbesuch auch erfasst werden, ob bei der Person unter Umständen das Risiko einer Fehl- und Mangelernährung besteht. Auch das ist ein großes Problem, dass mit Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Kurzum wir würden es sehr begrüßen, wenn der Gesetzgeber die Maßnahmen im Pflegeversicherungsbereich auch auf den häuslichen Bereich ausweitet.

**Abg. Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an ver.di und an den Sozialverband Deutschland. Es geht um die Finanzierungsfragen. Sie bezeichnen die Finanzierung über Beitragsmittel der Krankenkassen als inakzeptabel und sehen die Versicherten als Ausfallbürgen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Ich würde Sie bitten, dass zu erläutern und die finanziellen Folgen für die Versicherten der GKV darzulegen.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir haben bei der Finanzierung das Problem, dass fasst allein die gesetzliche Krankenversicherung die Mehrausgaben fast allein schultern muss. Es wird damit gerechnet, dass 220 bis 240 Millionen Euro Mehrausgaben für die GKV anfallen und 35 Millionen Euro, das war vorhin schon angeklungen, allein für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung gestellt werden müssen. Wir schätzen zwar die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, aber die Finanzierung durch die Krankenversicherung ist völlig inakzeptabel für eine Behörde. Darauf ist vorhin schon hingewiesen worden, zumal auch die Private Krankenversicherung völlig außen vor ist. Wir meinen, dass mit dieser Finanzierung erneut eine Tendenz aufgegriffen wird, die wir bei verschiedenen Gesetzgebungsverfahren in der letzten Zeit erleben, seitdem das GKV-Finanzierungsstärkungsgesetz verabschiedet worden ist, wonach Zusatzbeiträge und damit Zusatzkosten allein bei den Versicherten landen. Wir haben ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und das bedeutet, dass in der Zukunft die Versicherten Aufgaben schultern müssen, die weitgehend allgemeine Aufgaben sind. Ich will nochmal verstärken, was Rolf Rosenbrock gesagt hat, dass wir den Eindruck haben, dass sich Länder und Kommunen durch Personaleinsparungen bei der Gewerbeaufsicht und bei Gesundheitsämtern aus ihren Aufgaben herausziehen und weniger Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Kommunen stattfinden und wir zu einer Schieflage kommen. Diesen Weg sollten wir nicht weiter gehen.

**SV Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband



Deutschland e. V. (SoVD)): Ich kann mich in vielen Fragen Herrn Weisbrod-Frey anschließen. Wenn man die Finanzfolgen dieser vorgesehenen Maßnahme für die gesetzlich Versicherten bewerten will, muss man das insbesondere vor dem Hintergrund der seit Januar geltenden neuen Finanzsystematik in der GKV tun und kann auch nicht nur die Maßnahmen in diesem Gesetz in Bezug nehmen, sondern muss sich sowohl die Maßnahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes als auch die vielen anderen, durchaus guten Verbesserungen, die uns noch in der Legislaturperiode erwarten, in den Blick nehmen. Momentan haben die Kassen nur die Möglichkeit, steigende Leistungen, die ihre Bezüge aus dem Gesundheitsfonds übersteigen, über die individuellen Zusatzbeiträge gegenzufinanzieren. Das heißt, dass die Betroffenen, die Maßnahmen alleine, ohne Beteiligung der Arbeitgeber zahlen. Verschiedenen Prognosen zu Folge werden sie in den nächsten fünf bis zehn Jahren Zusatzbeiträge von zwei und mehr Prozent zahlen müssen. Dies wird dann wiederum dazu führen müssen, dass die Kassen im Wettbewerb geneigt sein werden, die teuren Ausgabenposten besonders streng zu überprüfen. Wir befürchten, dass dies besonders zu Lasten chronisch Kranker, multimorbider Versicherter gehen wird. Wir meinen deswegen, dass unabhängig von den durchaus von uns begrüßten Maßnahmen im Präventionsgesetz schnell zur echten Beitragsparität in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgekehrt werden muss. Darüber hinaus sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Umlagefinanzierung zu stärken, z. B. durch die Schaffung einer breiteren Einnahmehasis, aber auch durch die Einbeziehung der PKV in ein Risikoausgleich mit der GKV. Gestatten Sie mir noch eine Randbemerkung zu einer speziellen Regelung im Präventionsgesetz. Der Ansatz mit Maßnahmen zur Stärkung von Lebenswelten ist durchaus begrüßenswert. In Lebenswelten kann man aber nicht nach GKV- und PKV-Versicherten unterscheiden. Das heißt, dieser Aspekt, dass GKV-Versicherte die Maßnahmen in den Lebenswelten bezahlen, ist auch so eine Art Umverteilungskomponente in dem Gesetz. Das kann man zugespitzt so sagen. Wir meinen deswegen, dass mindestens für den Bereich der lebensweltbezogenen Maßnahmen in jedem Fall die PKV zur Finanzierung mit herangezogen werden muss.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich hätte noch

eine Frage an Frau Prof. Dr. Blättner und dann nochmal an Herrn Müller-Zetzsche. Sie sehen Widersprüche, Frau Prof. Dr. Blättner, zwischen dem Versichertenprinzip und den Anforderungen an Gesundheitsförderung mit dem Ziel, der Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken. Es wäre gut, wenn Sie uns das erklären könnten. Herr Müller-Zetzsche, Sie beklagen in Ihrer Stellungnahme die Verordnung der Präventionsleistungen bei den Satzungsleistungen der Kassen. Warum?

ESVe **Prof. Dr. Beate Blättner**: Es ist so, wenn man sich die europäischen Sozialversicherungssysteme anschaut, dann setzt kein Sozialversicherungssystem so stark im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf die Leistungen von Krankenkassen wie das in Deutschland getan wird. Ich denke, das hat seinen guten Grund, weil viele Aspekte in Prävention und Gesundheitsförderung Fragen der allgemeinen Daseinsvorsorge und damit originär öffentliche Aufgaben sind. Die öffentliche Hand zieht sich aber seit Jahren immer stärker zurück. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock hat dies vorhin bereits erwähnt. Mir geht es nicht darum zu sagen, dass die Krankenkassen nicht von sich aus in den letzten Jahren gute Kompetenzen entwickelt haben. Das haben sie und sie haben sich dieser Sache auch angenommen, aber das Grundprinzip ist, sobald es um die Veränderung des Settings selbst geht, habe ich es nicht nur mit Versicherten, sondern mit Menschen zu tun, die von diesem Setting in irgendeiner Form profitieren. Das passt in der Systematik einfach nicht zu einem System, in dem Krankenkassen und Sozialversicherungssysteme in Konkurrenz zueinander stehen. Das wirft vor Ort immer Probleme auf.

SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Das grundsätzliche Problem ist das Signal, was damit ausgesendet wird, wenn Prävention und Gesundheitsförderung Satzungsleistungen sind. Satzungsleistungen sind der Definition nach Zusatzleistungen, die die Kassen neben dem, was sie ihren Versicherten regelhaft schulden, erbringen können. Die sind im Prinzip grundsätzlich dazu da, um sich im Wettbewerb abzugrenzen, sich zu profilieren und um Versicherte zu werben. Nun ist dieses Gesetz eine Zwischenvariante, weil es verpflichtende Satzungsleistungen vorsieht. Dennoch finden wir das Signal



falsch. Prävention und Gesundheitsförderung wären in jedem Fall in den sogenannten Regelleistungskatalog, also in die verpflichtenden Regelleistungen aufzunehmen, um ihrer Bedeutung auch gerecht zu werden.

**Abg. Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte Fragen an Frau Janz stellen. Es ist verschiedentlich die Rolle der Kommunen angesprochen worden, gerade wenn es darum geht, die Alltagswelten zu gestalten und die Bürgerinnen und Bürger zu beteiligen. Deswegen möchte ich fragen, welches Potenzial die Kommunen haben, Menschen jeden Alters mit Gesundheitsförderung zu beteiligen und zu erreichen und zwar nicht nur jeden Alters, sondern auch in unterschiedlichen Sozialräumen der Kommune. Weiter interessiert mich die koordinierende Kraft und schließlich die Vernetzungsmöglichkeiten der wesentlichen Akteure vor Ort wie die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch die Altenhilfe, Träger von Kindergärten oder Schulen, Betriebe, Vereine u. a. Initiativen. Sehen Sie die Rolle der Kommunen in dieser Hinsicht im Gesetzentwurf ausreichend berücksichtigt, insbesondere was den öffentlichen Gesundheitsdienst angeht?

**ESVe Anne Janz:** Ich komme aus der Stadt Kassel, bin dort Dezernentin für Schule, Jugend, Frauen und Gesundheit. Ich komme aus der Lebenswelt Kommune und gestalte mit meinen Magistratskollegen und den Kollegen aus der Stadtverordnetenversammlung das Setting Kommune, von dem hier schon die ganze Zeit die Rede ist. Ich freue mich darüber, dass das Thema Kommune innerhalb des neuen Gesetzes vorkommt. Das war in den anderen Entwürfen nicht so. Trotzdem wird das große Potenzial, was wir in den Kommunen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention haben, in keiner Weise an der richtigen Stelle abgeschöpft. Das ist sehr schade, weil wir auf kommunaler Ebene viele Akteure haben, die über eine Vernetzung und eine strategische Ausrichtung der Arbeit für Gesundheitsförderung und Prävention viel Wirksamkeit entfalten können, denn wir haben auf kommunaler Ebene Zugang zu ganz bestimmten Zielgruppen. Die Kommunen gestalten auch die Daseinsvorsorge und die Lebenswelten. Das fängt bei den frühen Hilfen an, die wir organisieren, das geht über die Einrichtungen, von der Kita über die Schule und Pflegeheime bis hin zu dem Themenkomplex

Stadtentwicklung und Gesundheit und der Frage, wie bewegungsfördernd die Umwelt ist. Wenn mein Kind an einer vielbefahrenen Straße wohnt, werde ich es nicht alleine auf die Straße schicken, um dort zu spielen und sich zu bewegen und mit einem Ball herumzutoben, sondern ich werde dafür sorgen, dass das Kind in der Wohnung bleibt und in irgendeiner Art und Weise beschäftigt wird, hoffentlich nicht nur vor dem Fernseher. Dann werden sie gefahrlos auch auf die weiteren Inseln, auf denen sie betreut werden, gefahren. Deswegen ist die Gestaltung von Quartieren gesundheitsfördernd. Aber auch die kommunalen Strukturen sind ein Ort, wo Kommunen agieren können. Deswegen brauchen wir einen Auftrag dazu und eine Einbindung im Gesetz und die spiegelt sich in diesem Gesetz in keiner Weise wieder, weder in der Beteiligung an Konferenzen bzw. in den Möglichkeiten, in Zukunft weiter mitzubestimmen, noch in der Frage, wen man auf der kommunalen Ebene fragen muss, wenn man Prävention einführen will. Das ist der Webfehler dieses Gesetzes, den ich sehr schade finde, weil wir auf der kommunalen Ebene sehr lange schon auf so ein Gesetz, auf so eine Rahmgebung warten. Bei der Vielzahl der Kommunen oder kommunalen Wirklichkeiten reicht es uns auch nicht, wenn die Länder an dieser Stelle Rahmen vorgeben oder uns die BZgA, deren Arbeit wir auch schätzen, mit Qualitätskriterien und eigenen Aufträgen Angebote macht.

**Abg. Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Können Sie bitte auf die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes eingehen, weil das einer der zentralen Orte ist, der, wie wir heute Morgen schon bei der Diskussion über das Impfen gehört haben, im Moment doch sehr unterfinanziert ist, was die Bedeutung im Rahmen der Gesundheitsförderung angeht.

**SVe Anne Janz:** Ich bin auch gleichzeitig Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages. Wir hatten im letzten Monat eine Sitzung, wo wir das Thema Präventionsgesetz auf der Tagesordnung hatten, auch durchaus mit enttäuschten Gesichtern der Dezernenten und Kolleginnen und Kollegen. Zur Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist sehr deutlich geworden, dass wir ein sehr probates Mittel der Koordination und der Vernetzung mit Fachleuten und Ärztinnen und Ärzten mit besonderen Qualifikationen vor Ort



haben. Diese Personen haben Zugang zu den Lebenswelten in den Kommunen und könnten in der gemeinsamen Ausrichtung der Amtsleitung, im Jugendamt, im Schulverwaltungsamt und in den Bereichen der Stadtentwicklung wie dem Umweltamt Lebensweltgestaltung vornehmen. Im Moment haben sie aber nicht die Möglichkeit, diese Aufgabe zu übernehmen, weil der öffentliche Gesundheitsdienst sehr ausgedünnt worden ist. Ich will hier nicht über die Frage der kommunalen Finanzierung reden, aber wenn man so ein Gesetz zur Gestaltung von Lebenswelten unter gesundheitsfördernden Bedingungen macht, dann müsste der öffentliche Gesundheitsdienst seine Aufgabe zurückbekommen und könnte dann sehr wirksam werden. Das möchte ich nachhaltig unterstützen. Es gibt Kollegen, die in den Verbänden dafür werben, nicht nur das Gesunde Städte-Netzwerk, der Deutsche Städte-tag sowieso, diese Rolle wieder zu stärken. Das wäre eine Wiedergewinnung von Gesundheitsförderung und Prävention, die wirklich vieles möglich machen könnte.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe zwei weitere Fragen. Eine geht an das Gesunde Städte-Netzwerk. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von der intrakommunalen Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung. Bei wem sehen Sie die Kompetenzen zur Gestaltung der Alltagswelten und zwar insbesondere in Hinblick auf die Gestaltung des Lebens im Stadtteil? Das wäre die eine Frage und die zweite Frage möchte ich an den Kooperationsverbund Chancengleichheit stellen. Sie gehen darauf ein, wie wichtig die Partizipation, d. h. die Beteiligung der Menschen an der Gestaltung ihrer Alltagswelten ist. Ich bitte Sie nochmal auszuführen, was Sie damit meinen und wie weit Sie diese Beteiligung der Menschen bei der Gestaltung ihrer eigenen Alltagswelten in dem Gesetzentwurf berücksichtigt sehen.

**Der Vorsitzende:** Zunächst das Gesunde Städte-Netzwerk. Vom Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist leider niemand da, Frau Schulz-Asche, an wen wollen Sie die Frage dann richten?

**Sve Andrea Mager-Tschira (Gesunde Städte-Netzwerk):** Das Gesunde Städte-Netzwerk umfasst ca. 75 Kommunen und Städte in der Bundesrepublik.

In diesen Kommunen und Städten leben ca. 22 Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger. Seit über 20 Jahren und länger vertreten wir diese. Seitdem haben sich diese Städte der kommunalen Gesundheitsförderung verschrieben, Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt und sind nun enttäuscht von diesem Gesetzentwurf, da sich diese Erfahrungen nicht niederschlagen. Der Begriff der Gesundheitsförderung schließt die Gesundheitsförderung und den Aufbau gesundheitsförderlicher Lebenswelten in den Kommunen völlig aus. Wir befürchten, dass die Kommunen und ihre Bemühungen um Gesundheitsförderung eher geschwächt werden. Zumindest werden sie nicht beauftragt und das kommunale Engagement für Gesundheitsförderung nicht eingefordert und nicht gestärkt. Auch wir gehen davon aus, dass Gesundheitsförderung vor Ort nur vor Ort wirken kann. Gesundheitsförderung kann auf Bundes- und Landesebenen konzipiert, qualitätsgesichert, wissenschaftlich vor- und nachbereitet werden, aber umgesetzt werden und wirken muss sie vor Ort. Wenn sie das nicht tut, dann war alles Nichts, dann ist das Geld in die Luft gegangen. Insofern sind wir von dieser fehlenden örtlichen Ebene der Umsetzung sehr enttäuscht. Nun zu den Kompetenzen, die wir in den Kommunen haben. Wir haben eben nicht nur Lebenswelten, die wie ein Gefäß herumhängen und man schüttet Prävention hinein, nein, wir haben den kommunalen Gesamtrahmen, die Vernetzung dieser Lebenswelten, die Bezüge zwischen diesen Lebenswelten, seien sie räumlicher, personeller oder organisatorischer Art. Den Handlungsrahmen, der die Lebenswelten verbindet und wo eine Maßnahme mit der anderen vernetzt und verkettet werden muss, bieten nur die Kommunen und die Kompetenz für diese Vernetzung und diesen Handlungsrahmen bietet die Chance der sektorübergreifenden Zusammenarbeit in den Kommunen. Die muss gesucht und gefördert werden, um auf verschiedenen Wegen den Zugang zu den benachteiligten Zielgruppen zu erreichen. Die Fachleute und die Kompetenzen sind in den Einrichtungen und dort, wo die Menschen leben. Diese bringen ihre eigenen Erfahrungen mit und wissen, was sie brauchen, damit es ihnen besser geht. Die Fachleute wissen, es ist ihre Arbeit und die Kommunen wissen, wie sie diese Dinge zusammenbringen und dort ist, Sie haben es schon angesprochen, Frau Janz, die besondere Kompetenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den besonderen Zugängen auch zu vulnerablen



Personen und Aufträgen multiprofessionell ausgestattet und immer in der Lage, eine Brückenfunktion zwischen Gesundheitswesen und den anderen Sektoren und Ressorts zu übernehmen. Schade, dass diese Struktur in diesem Gesetz nur randständig erwähnt ist, denn sie würde die Kompetenz bringen und müsste unbedingt modern und zeitgemäß den Grundsätzen der Gesundheitsförderung entsprechend gestärkt und weiterentwickelt werden. Da ist leider auf diesem Schritt des Präventionsgesetzes nichts geschehen. Was nun die Kompetenz der Kommunen betrifft, möchte ich anfügen, dass wir als Gesunde Städte-Netzwerk meinen, wenn dieses Gesetz kommt, müssen die Kommunen stärker auf allen Ebenen eingebunden werden als dies bisher vorgesehen ist, sei es in beratender oder in entscheidender Funktion. Jetzt komme ich zu dem zweiten Frageteil, der die Partizipation betraf. Partizipation findet sich in diesem Gesetz nicht. Die Ziele werden von oben vorgegeben. Das Gesetz beschreibt sich mit bundes- und landespolitischen Strukturen, nicht mit den Strukturen, wo der Bedarf entsteht und gehandelt werden muss. Partizipation ist deswegen wichtig und ist ein Grundsatz der Gesundheitsförderung, da Partizipation an sich bereits ein Beitrag zum gesund werden ist. Selbstbestimmung muss durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit gerade auch für benachteiligte Bevölkerungsgruppen des Gesundens und Gesunderhaltens sein. In den Kommunen des Gesunde Städte-Netzwerks sind vielfältige Modelle der Partizipation erarbeitet worden. Das ist immer ein Grundsatz bei jeder Art von Maßnahme und Programm. Gesundheitsförderung kann nicht ohne Beteiligung der Betroffenen, der Fachkräfte und der relevanten Akteure vor Ort stattfinden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Caritas. Gerade Arbeitslose sind in hohem Maße von Erkrankungen betroffen, die manchmal Ursache, manchmal auch Wirkung von Arbeitslosigkeit sind. In diesem Gesetzentwurf kommt diese Gruppe gar nicht vor, sie scheint vollständig ausgeblendet. Was meinen Sie, was könnten wir für Arbeitslose tun, von welchen Maßnahmen der Gesundheitsförderung würden sie in besonderer Weise profitieren und wie können wir Arbeitslose erreichen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasver-

band e. V.): In der Tat kommen die Langzeitarbeitslosen in diesem Gesetzesentwurf etwas zu kurz. Wir sind froh, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) wenigstens als Mitglied in der nationalen Präventionskonferenz Eingang in den Gesetzesentwurf gefunden hat. Wir messen ihr hier eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen zu. Langzeitarbeitslose Menschen haben das Problem, dass sie durch ihre Situation häufig entmutigt sind und das Gefühl haben, nicht mehr von der Gesellschaft gebraucht zu werden. Dann entstehen ganz rasch psychische Erkrankungen und Depressionen und die Menschen geraten in einen Teufelskreis. Krankheit führt dazu, dass sie nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Dadurch werden sie noch kränker. Gesundheitsförderung ist hier dringend geboten und es gibt auch gute Ansätze. Die BA war bisher nicht Präventions-träger, hat aber dennoch das SGB II und III auch für einzelne Maßnahmen nutzen können. Ich möchte hier beispielhaft JobFit in Nordrhein-Westfalen und auch AmigA in Brandenburg erwähnen, wo der SGB II-Träger mit den Krankenkassen kooperiert hat, um Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen zu gestalten. Der SGB II-Träger hat vor Ort ein individuelles Gesundheitsmanagement durchgeführt und geprüft, wo bei der individuellen Person Gesundheitsrisiken liegen. Arbeitslose Menschen erreichen Sie z. B. auch nicht in der Arztpraxis. Die Krankenkassen führen beim Beschäftigungsträger gruppenbezogene Kurse zum Stressmanagement und zwar bezogen auf Maßnahmen für Arbeitslose durch. Das sind andere Maßnahmen des Stressmanagements als beispielsweise am Arbeitsplatz. Zusammengenommen haben diese Maßnahmen dazu geführt, dass die Menschen tatsächlich auch wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden konnten. Es gibt also erfolgsversprechende Konzepte. Es ist uns wichtig, dass die Bundesagentur für Arbeit und vor Ort auch die entsprechenden Agenturen eingebunden werden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie sich dafür aus, dass die Prävention durch den Arzt nicht nur auf das Ausstellen einer Bescheinigung beschränkt sein sollte. Es ist, wie gesagt wurde, ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement von Nöten. Deswegen möchte ich Sie fragen, wel-



che Rolle die Gesundheitsförderung und das umfassende ärztliche Präventionsmanagement in der ärztlichen Ausbildung spielt und inwieweit die Theorien der Salutogenese und die sozialen Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheitsrisiken in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung eine Rolle spielen.

**SV Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie sprechen Ausbildung und Qualifikation von Ärzten für die Gesundheitsförderung und Prävention an. Wir haben in diesem Bereich große Anstrengungen unternommen und ein Curriculum für Ärzte zur Gesundheitsförderung und Prävention aufgelegt, wo die hier relevanten Themen mit angesprochen werden. Die Prävention ist für alle Weiterbildungsbereiche mit als Querschnittsaufgabe vorgesehen. Wir sehen aber natürlich auch, dass Rahmenbedingungen in der Praxis und auch in Verhütungssystemen geschaffen werden müssen, worüber dann auch mehr Ärzte Interesse bekommen, in diesen Bereichen tätig zu werden. Das geht sicherlich alles Hand in Hand und muss miteinander verschränkt sein.

**Abg. Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herr Prof. Dr. Rosenbrock zur BZgA. Die BZgA soll von Beitragszahlern der GKV beauftragt werden, kassenübergreifende Leistungen in den Alltagswelten zu entwickeln. Wie schätzen Sie diesen Punkt ein, welche Kompetenzen hat die BZgA hinsichtlich der Entwicklung in den Alltagswelten selbst?

**SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Frau Janz hat es völlig zutreffend gesagt, Prävention und Gesundheitsförderung finden letztlich immer vor Ort in der Kommune statt. Deshalb ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sicherlich nicht geeignet, um Prävention auf kommunaler Ebene zu organisieren, aber sie hat seit 2001 den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mitentwickelt, dem u. a. auch die Spitzenverbände, die mit Kommunen eben zu tun haben, angehören und hat damit ein wunderbares Umsetzungsinstrument und eine Struktur geschaffen, die dafür genutzt werden könnte. So wie ich diesen Kooperationsverbund mitaufgebaut und in den letzten 15 Jahren erlebt

habe, glaube ich, dass dieses Instrument ein wesentliches Teil der zur Gesundheitsförderung geeigneten Infrastruktur in Deutschland darstellt. Ich wäre froh, wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch Gesetz oder in der Gesetzesbegründung noch stärker dazu aufgefordert werden würde, sich dieser Infrastruktur auch zu bedienen. Das liegt bislang in ihrem freien Ermessen, aber ich glaube, eine zusätzliche Ausrichtung der BZgA auf diese Infrastruktur und damit auf die Leistungsebene Kommune wäre sinnvoll.

**Abg. Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich bin nicht hundertprozentig sicher, dass die Interpretation, dass mit diesem Gesetz alle Prävention abgebildet sein sollte, zielleitend sein kann. Ich glaube, es gibt eine Fülle von Gesetzen, mit denen Prävention stattfindet. Die Straßenverkehrsordnung ist ein präventives Gesetz. Die Energiewende zur Verhütung von Opfern von Atomhavarien ist ein präventiver politischer Vorgang. Wir können das nicht alles in ein Gesetz schreiben. Gleichwohl, je mehr Ansatzpunkte man erreicht, umso besser. Deswegen würde ich jetzt gerne Herrn Benra, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und den Deutschen Olympischen Sportbund, nachdem wir uns mit der ärztlichen Praxis und dem medizinischen Teil und mit der betrieblichen Gesundheitsförderung befasst haben, nach den Lebenswelten fragen, also nach den Kindertageseinrichtungen, Schulen, Quartieren, Betrieben und Pflegeheimen. Was erwarten Sie davon, dass ein starker Akzent auf die Lebenswelten gelegt wird? Glauben Sie, dass das eine Hilfe dabei sein wird, mehr Menschen als heute für Prävention zu mobilisieren?

**ESV Hans-Ulrich Benra**: Ich bin stellvertretender Bundesvorsitzender vom Deutschen Beamtenbund und zuständig für alle Fragen der Beamtenpolitik, aber auch für betriebliches und behördliches Gesundheitsmanagement. Bei den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass Prävention in ihren vielschichtigen Zügen als unerlässlich betrachtet wird und dass das Präventionsgesetz in der Form, wie es jetzt vorgelegt worden ist, einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, diese Entwicklung zu begleiten. Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe heißt aus Sicht des deutschen Beamtenbundes aber auch, dass alle verantwortlichen Akteure eingebunden werden müssen und dass man sich natürlich auch mit der Frage der Finanzierung



beschäftigen muss, wenn denn alle davon betroffen sind und alle partizipieren sollen. Es stellt sich die Frage, wenn es sich um versicherungsfremde Leistungen handelt, ob diese nicht aus Steuermitteln finanziert werden sollten. Bei den unterschiedlichen Lebenswelten, um auf diesen Punkt einzugehen, gibt es eine ganze Reihe von Bezügen auch zum öffentlichen Dienst, die ich nur partiell ansprechen möchte, aber die sicherlich nicht unterschätzt werden dürfen. Bei den Kindertageseinrichtungen und in den Schulen beispielsweise ging es um die Frage, inwieweit Lehrer und Erzieher mit der Bedeutung von Prävention in ihrer Ausbildung befähigt sind, dieses Thema aufzugreifen. Der Vorteil an diesem Ansatz, den das Gesetz hier wählt, ist die Tatsache, dass man Kinder dort abholt, wo sie sich befinden und wo man sie erreichen kann, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es in der heutigen Welt auch teilweise nicht genügend Erziehungsleistungen in der Familie geben kann, weil die Anforderungen der Arbeitswelt an Familie sehr umfänglich sind. Deswegen wird das Ganze auf die öffentlichen Bildungseinrichtungen verlagert. Ich lasse es unbeantwortet im Raum stehen, ob die Pädagogen, egal auf welcher Ebene, genügend qualifiziert dafür sind, diese Fragen aufzugreifen. Insofern hat das Gesetz an der Stelle einen hohen Anspruch, der letztlich in der Umsetzung an den Wirklichkeiten des Alltags gemessen werden wird. Da wird es natürlich auch um die Frage gehen, wie viel Personal wir dafür haben. Lehrerinnen und Lehrer sind teilweise mit den Anforderungen, die im heutigen Schulalltag an sie gestellt werden, ausgelastet. Ich benutze bewusst nicht den Begriff der Überforderung, denn sie sind dafür ausgebildet worden, dass sie ihre pädagogischen Verpflichtungen in jeder Form nachkommen und möglicherweise deswegen auch zu Verpflichtungen in diesem Bereich kommen können. Schwierig, und darauf möchte ich einen weiteren Fokus legen, ist es hingegen in den Betrieben, auch in den öffentlichen Verwaltungen, weil wir im Grunde nicht genügend Personal zur Verfügung haben, die Anforderungen an Prävention mit den verfügbaren Kräften sicherzustellen. Wir werden also in Zukunft auch über die Frage nachdenken müssen, das Thema ist hier schon an einer Stelle angeschnitten worden, ob wir mit dem vorhandenen Anteil an Betriebsärzten in der Lage sein werden, die Fragen des Arbeitsschutzes und möglicherweise auch anderer präventiver Maßnahmen, die

von den Betriebsärzten geleistet werden können, Beratungsleistungen im Einzelnen zu erbringen. Wir haben zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wenn ich alleine an das Thema der Gewerbeaufsicht denke, in Deutschland noch 90 Gewerbeärzte und das ist nicht besonders viel, um einer täglich wachsenden Vielzahl von Aufgaben in diesem Bereich gerecht zu werden. Das heißt, es muss eigentlich um die Frage gehen, wie wir uns organisatorisch aufstellen, um den Anspruch, den das Gesetz zu Recht stellen möchte, am Ende auch einlösen zu können. Aus unserer Sicht ist das ein hoher Anspruch und die Frage, inwieweit der Haushaltsgesetzgeber auf Bundes- und Landesebene, insbesondere auch im Bereich der Kommunen, die Bereitschaft signalisieren wird, das zu finanzieren, wird sich in Zukunft herausstellen müssen. Ich will ergänzend einen Satz zur Bundesebene sagen. Wir behandeln seit Jahren die Frage des betrieblichen bzw. behördlichen Gesundheitsschutzes und haben 2007 mit der Erkenntnis begonnen, dass es dafür keine zusätzlichen Mittel geben darf. Heute sind wir zum Glück schon ein wenig weiter.

**SV Dr. Klaus Rodens** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)): Ich bin niedergelassener Kinder- und Jugendarzt und vertrete die DGKJ. Wir begrüßen den Lebensweltenansatz sehr. Wir sehen erheblichen Bedarf, dort zu arbeiten. Vielleicht ist Ihnen bewusst, dass jeder vierte Junge mit fünf Jahren Logopädie erhält, eine Behandlung seiner mangelhaften Sprache. Ein Großteil dieser Sprachentwicklungsdefizite ist verhinderbar. Ich will mich auf das konzentrieren, was in den Lebenswelten verbessert werden kann, das ist nämlich die frühkindliche Sprachentwicklung. Das kostet aber Geld. Auf der anderen Seite spart es auch wieder Geld. Das ist ein Beispiel, wie die Politik zusammen mit uns allen arbeiten muss, um erhebliche Verbesserungen und schlussendlich auch Chancengleichheit zu erreichen. Es gibt andere Dinge, Sie alle kennen die NUBBEK-Studie. Ein Drittel aller Kindertageseinrichtungen erfüllt die Qualitätsansprüche nicht. Das ist ein großes Fass, was hier aufgemacht wird. Es muss aber neben den individuellen, auch ärztlichen Präventionsthemen, auch daran gearbeitet werden.

**SVe Dr. Karin Fehres** (Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (DOSB)): Frau Janz hat es eben sehr



schön gesagt, Prävention richtet sich an die Menschen vor Ort, denn die Menschen sind in den Kommunen und nur dort erreichbar. In den Kommunen sind bis in die kleinsten Dörfer Sportvereine ansässig und machen dort ihre Arbeit. Wir haben seit über 15 Jahren zusammen mit der Bundesärztekammer das Rezept, das qualitätsgesicherte Angebot „Sport pro Gesundheit“ aufgebaut. Damit werden sehr gezielt Präventionskurse im Bereich der Bewegung von qualifizierten Übungsleitern unter spezifischen Voraussetzungen, die wir mit den Krankenkassen abgestimmt haben und die von den Kassen auch anerkannt werden, angeboten. Daher begrüßen wir das Präventionsgesetz, weil wir uns erhoffen, dass diese Angebote, die die Vereine vor Ort bereitstellen und verfügbar machen für die Bevölkerung, weiter ausgeweitet werden können und weitere Zielgruppen erreichen. Denn diese Angebote „Sport pro Gesundheit“ richten sich gerade nicht an diejenigen, die schon in den Sportvereinen sind und Sport machen. Die brauchen wir nicht zu erreichen und zu einem bewegten Lebensstil motivieren. Diese Angebote richten sich an diejenigen, die entweder nach einer längeren Pause wieder einsteigen wollen oder die noch nie was mit Sport und Bewegung zu tun hatten und nun ein qualitätsgesichertes, gutes Angebot direkt neben ihrer Haustür, um die Ecke, finden wollen. Deswegen haben wir auch zusammen mit der Bundesärztekammer das „Rezept für Bewegung“ aufgelegt, von dem Herrn Kunstmann berichtet hat. Dieses Rezept für Bewegung können die Ärzte einsetzen, wenn sie denken, dass ihren Patientinnen und Patienten mehr Bewegung gut tun würde. Wir wissen, dass Bewegung häufig schlichtweg die Pille ersetzt. Dieses „Rezept für Bewegung“ läuft jetzt seit einigen Jahren. Wir sind gerade dabei, die Ergebnisse zu evaluieren. Es zeigt sich in der Tat, dass Nichtbeweger durch die Motivation über Ärzte für einen aktiveren Lebensstil gewonnen werden können und dass es nicht nur bedeutet, dass sie sich irgendwo anmelden, sondern dass sie auch dort eine Gruppe finden, dabei bleiben und insgesamt mehr für ihre Gesundheit tun können. Zum zweiten sind die Sportvereine, gerade in der Kommune, sehr wichtige Partner von Kindergärten, von Schulen und verstärkt auch von Betrieben. Gerade mittelständische, kleinere Betriebe arbeiten gerne mit Sportvereinen zusammen. Viele Mitarbeiter in Betrieben sind in den Sportvereinen und können die Kom-

munikation und die Verbindung zu den Sportvereinen sehr einfach herstellen. Insofern scheint dieser Punkt der Lebenswelt in den Betrieben für die Sportvereine und sicherlich auch für die Betreibenden eine Win-Win-Situation darzustellen. Wir würden uns sehr freuen, wenn das Präventionsgesetz auch den Bundestag passieren würde. Wir versprechen uns in der Tat eine Entwicklung in Richtung mehr Bewegung für Menschen vor Ort.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich aus dem Themenkomplex Erleichterung der Inanspruchnahme besonders belasteter Versicherter. Die Frage richtet sich an Herrn Benra, den Deutschen Heilbäderverband und die Deutsche Caritas. Für pflegende Angehörige oder Versicherte in Schichtarbeit ist es häufig sehr schwierig, Präventions- und Vorsorgeangebote am Wohnort in ihren regulären Tagesablauf zu integrieren. Für diesen Personenkreis sieht der Gesetzentwurf finanzielle Anreize für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in kompakter Form fern ab des Alltags auch in anerkannten Kurorten vor. Wie bewerten Sie diesen Ansatz, die Wahrnehmung von Präventionsangeboten für beruflich oder familiär besonders belastete Personen zu erleichtern und sehen Sie weitere Maßnahmen, wie eine Stärkung der Leistungen in Kurorten erzielt werden könnte? Abschließend, wie beurteilen Sie das Gesetz hinsichtlich der ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V?

ESV **Hans-Ulrich Benra**: Wir haben im öffentlichen Dienst, wenn ich das an der Stelle beispielhaft sagen darf, eine ganze Reihe von Berufsgruppen, die einen überwiegenden Teil ihrer Lebenswirklichkeit im Schichtdienst verbringen. Ich will jetzt nicht die klassischen Fälle von Polizei und Feuerwehr thematisieren, das ist noch eine Welt für sich. Aber ich würde Ihr Augenmerk auf so jemanden wie den Straßenwärter richten wollen. Die Menschen, die tagaus, tagein zum Beispiel an den Bundesautobahnen ihren Dienst machen. Oder den Gesundheitsdienst und hier insbesondere die Pflegekräfte. Das muss ich an dieser Stelle nicht besonders erklären, Lehrer und Erzieher gehören in gewisser Weise auch dazu. Deren Lebenswirklichkeit im Berufsalltag ist davon geprägt, dass sie durch die Schichten häufig nicht in der Lage sind, den normalen Alltag so zu bestreiten, dass sie, wenn sie ihre Arbeit entsprechend darauf eingerichtet haben, in der Lage



sind, eine ärztliche Behandlung oder eine Kuranwendung oder ähnliches in Anspruch zu nehmen. Deswegen ist zum ersten die Nähe zu einer ambulanten Behandlung am Ort unter Zeitaspekten häufig erschwert. Auf der anderen Seite ist die Inanspruchnahme von allen Maßnahmen, die mit Kurbehandlungen zusammenhängen, immer davon abhängig, ob sie die Möglichkeit haben, aus ihrem Schichtbetrieb herausgelöst zu werden und mal an einen anderen Ort zu gehen, um diese Heilfürsorgeleistung in Anspruch zu nehmen. Aus dem Grund können wir gar nicht anders als die Zielrichtung dieses Gesetzentwurfes zu begrüßen. Damit wird der gegenwärtig festzustellende, deutliche Mangel perspektivisch behoben. Wir hoffen jedenfalls darauf, dass die Möglichkeit besteht, den berechtigten Bedürfnissen der Betroffenen besser gerecht zu werden. Wir begrüßen den Gesetzentwurf an dieser Stelle in dieser Form. Wir wünschen uns, dass die Möglichkeit eingeräumt wird, dass besonders belasteten Berufsgruppen in einem Zeitraum oder nach Zeitablauf von fünf Jahren die Chance eröffnet wird, an Kurmaßnahmen teilzunehmen und dieses auch im Rahmen der Prävention zumindest diskutiert und ermöglicht wird und insofern sehen wir dem Gesetzentwurf an dieser Stelle positiv entgegen.

**SV Prof. Rudolf Forcher** (Deutscher Heilbänderverband e. V. (DHV)): Wir sind seit Jahrzehnten in dem Bereich der Prävention in Heilbädern und Kurorten tätig. Wir haben dabei erkannt, dass, wenn man nachhaltig Prävention betreiben und Lebensumstände verändern will, ein Abstand zum Alltag mit dazu gehört. Dieser Abstand ist gewährleistet, wenn auf der einen Seite qualifiziertes Personal, auf der anderen Seite die Bereitschaft des Versicherten besteht. Wenn drittens eine kompakte Lösung angeboten wird, die am Wohnort mit den Vereinen, Selbsthilfegruppen und regionalen Gesundheitskonferenzen vertieft werden kann. Wir haben mit Freude festgestellt, dass Prävention in den Lebenswelten letztlich ein lebenslanger Prozess ist, dass für die Eltern-Kind-Maßnahmen der Gesetzgeber in § 23 SGB V einen Weg gefunden und gesagt hat, das ist keine Kann-, sondern eine Pflichtleistung. Wir haben deswegen das Anliegen, dass, nachdem in diesem kleinen Teil unserer Bevölkerung und den Versicherten Rechnung getragen wurde, auch dem großen anderen Teil dadurch Rechnung getragen wird, dass wir nicht nur um

drei Euro erhöhen, sondern dass aus dieser Satzungsleistung eine Pflichtleistung wird. Wir müssen davon ausgehen, dass wir, da die Kassen in erster Linie durch die Zusatzbeiträge im Wettbewerb stehen, wir eher auf den Zusatzbeitrag als auf die Satzungsleistungen schauen. Diese werden daher am ehesten gestrichen. Daher bitten wir darum, diese Chance zu ergreifen und die Pflichtleistung oder gesetzliche Leistungen einzuführen.

**Abg. Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Dr. Siegel. Wir haben im Präventionsgesetz das Gesundheitsziel „Diabetes“ verankert. Halten Sie das für ausreichend oder ist zusätzlich eine nationale Diabetesstrategie erforderlich und wie bewerten Sie Trainingsmethoden, wie Ausdauer und Muskeltraining, gerade bei präventiven Ansätzen für die Bekämpfung von Volkskrankheiten wie Diabetes?

**SV Dr. Erhard Siegel:** Das Präventionsgesetz zielt primär auf die Primärprävention Diabetes. Wir haben in Deutschland derzeit 8 Millionen Menschen, die ein Diabetes haben. Die Problematik der Sekundär- und auch der Tertiärprävention ist im Präventionsgesetz nicht verankert. 40 Milliarden Euro geben wir aus pro Jahr. Es ist dringend notwendig, zusätzlich zum Präventionsgesetz eine nationale Diabetesstrategie auf den Weg zu bringen, um die Probleme von der Versorgung bis hin zu Registerfragestellungen, zur Darstellung der Versorgungsrealität abstellen zu können. Die zweite Frage galt dem Muskeltraining. Es gibt kein Medikament, das im Hinblick auf die Bekämpfung von Volkskrankheiten, unabhängig von Alter und Geschlecht, so wirkungsvoll ist wie Muskeltraining. Wichtig ist, dass das bei hochqualifizierten Fachkräften auch verankert wird. Wir schaffen es nicht, gutes Muskeltraining und Ausdauerprogramme in Sportvereinen zu implementieren. Es ist ganz wichtig, dass zusätzlich zertifizierte Anbieter, vor allem in der Fitnessbranche könnte man sich das gut vorstellen, dieses gewährleisten können. Die Ergebnisse müssen dann nachhaltig und nachprüfbar untersucht werden.

**Abg. Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Krüger. Sehen Sie in dem Gesetz den Bereich seelische Gesundheit und die Frage Vermeidung von psychischen Erkrankungen ausreichend abgebildet oder was würden Sie empfehlen



zu verändern?

**ESV Ulrich Krüger:** Ich bin Geschäftsführer der Aktion psychisch Kranke. Herr Abgeordneter Heidenblut, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie das Thema seelische Gesundheit ansprechen. Ich glaube schon, dass durch dieses Gesetz verbesserte Präventionsmöglichkeiten im Hinblick auf die seelische Gesundheit entstehen. Insofern begrüße ich dieses Gesetz. Zu der Frage, ob ausreichend auf die psychische Gesundheit hingewiesen worden ist, würde ich allerdings sagen, das könnte noch verstärkt werden. In der Prävention ist darauf hingewiesen worden, dass einer der wesentlichen Gründe für die besondere Bedeutung der Prävention das Ansteigen der psychischen Erkrankungen ist. Das gibt mir Gelegenheit, die bekannten Tatsachen nochmal zu betonen, dass nämlich diese Diagnosegruppe die höchsten Steigerungsraten hat. Das bezieht sich sowohl auf die Diagnosen als auch auf die Arbeitsunfähigkeit und die gesundheitsbedingte Frühverrentung, also auf alle Bereiche. Insofern sollte man diesem Bereich besondere Beachtung schenken. Das ist im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens nicht der Fall gewesen. Es wird zwar unter den Gesundheitszielen die Depression erwähnt, aber ich würde empfehlen, noch häufiger von körperlicher und psychischer Gesundheitsförderung zu sprechen oder von Prävention von körperlichen und psychischen Erkrankungen oder an irgendeiner Stelle auf die besondere Bedeutung der psychischen Prävention hinzuweisen. Wenn es geht, würde ich gerne noch einen Aspekt, der zielgruppenspezifisch ist, kurz erwähnen, nämlich bei den Lebenswelten. Eine besondere Bedeutung hat die psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen. Etwa 20 Prozent der Kinder sind betroffen. Bei alten Menschen haben wir 1,4 Millionen Demenzerkrankte im Moment und bei Langzeitarbeitslosen sind fast 40 Prozent betroffen. Diese Menschen erreichen wir nicht über betriebliche Prävention und auch nur bedingt in den Institutionen. Das wäre ein Hinweis darauf, den Lebensweltbezug Wohnumfeld stärker in den Blick zu nehmen. Hier klingt die lebensweltbezogene Prävention manchmal etwas institutionell. Das Quartier, das direkte Wohnumfeld ist der Ort, indem man auch schwer psychisch Kranke gut erreichen kann. Ich würde es für sinnvoll halten, diesen Aspekt im Gesetz deutlicher aufzunehmen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich bleibe bei dem Thema Lebenswelten und habe eine Frage an den AWO-Bundesverband. Ich möchte wissen, wie Sie die Definition der Lebenswelten mit Blick auf die ambulante, medizinische und pflegerische Versorgung durch Angehörige und ambulante Pflegedienste bewerten?

Sve **Juliane Zinke** (AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Erfreulich ist, dass der Lebensweltenansatz überhaupt im Gesetzentwurf so stark fokussiert wird. Denn besonders präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sind wichtig, damit die Leute vor Ort überhaupt erreicht werden. Bezogen auf den ambulanten Bereich finden wir jedoch, dass die Definition der Lebenswelten zu kurz greift, auch für den Begriff der Familie. Der Kollege meinte, dass die Familie kein Setting darstellt. Insofern müssen Strukturen geschaffen werden, um Prävention und Gesundheitsförderung an diesen spezifischen Orten gerade im ambulanten Bereich zu fördern. Besonders im Vorfeld von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und vor allem in der vertrauten Wohnumgebung sollten Sie ansetzen. § 5 SGB XI besagt, dass die Prävention in Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden muss. Dort vermissen wir aber auch, wie Frau Dr. Fix meinte, die häusliche Pflege. Außerdem begrüßen wir, dass die Inhalte der bereits vorhandenen Pflegekurse um den Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung erweitert werden sollen. Im § 45 SGB XI sollen pflegenden Angehörigen Wissen und Informationen an die Hand gegeben werden, mit denen sie den Eintritt von Gesundheitsrisiken vermeiden bzw. diesen vorbeugen können. Da Pflegekursen und Schulungen mit dem Ziel der Entlastung der pflegenden Angehörigen ein so hoher Stellenwert beigemessen wird, würden wir es begrüßen, diese mit einem Rechtsanspruch zu versehen. Dies käme einer Würdigung der geleisteten Pflegearbeit gleich.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an den öffentlichen Gesundheitsdienst. Wir haben hier schon mehrfach betont, Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen zu unterstützen. Dabei ist gerade die Lebenswelt Kommune besonders wichtig und deshalb meine Frage an Sie. Sehen Sie beim öffentlichen Gesundheitsdienst hierfür ausgewiesene Kompetenz und Strukturen, die für die Lebenswelt bezogene Prävention besonders genutzt werden



kann und sehen Sie den ÖGD besonders oder herausragend berücksichtigt bzw. welche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge hätten Sie in dem Bereich?

**SV Dr. Jürgen Rissland** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens e. V. (BVÖGD)): Lassen Sie mich mit zwei allgemeinen Bemerkungen beginnen. Zum einen sieht der BVÖGD in dem Gesetz eine Chance. Man kann jetzt sagen, das Glas ist halbvoll oder halbleer. Wir denken, es ist halbvoll und man sollte beginnen und nicht noch jahrelang debattieren. Der ÖGD ist flächendeckend in ganz Deutschland vorhanden. 400 Gesundheitsämter gibt es vor Ort. Er ist kompetent. Wir haben gehört, er ist multiprofessionell aufgestellt und was vielleicht noch gar nicht angekommen ist, er hat kein wirtschaftliches Eigeninteresse. Er ist streng an der Sache orientiert. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt und er hat Erfahrungen im Umgang mit Gesundheitsförderung und auch Präventionsaufgaben, denn es ist gesetzlich normiert und im öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz der Länder üblicherweise schon verankert. Das heißt, wir arbeiten schon auf dem Feld. Wir haben vorhin gehört, es gibt vulnerable Gruppen, beispielsweise sozial Benachteiligte, denen man entsprechend aufsuchende, auch niedrighschwellige Angebote machen kann. Der ÖGD ist auch im Umgang mit Evaluation erfahren, denn das gehört zu seinen Grundaufgaben, Stichwort „Gesundheitsberichterstattung.“ Das ist tatsächlich ein Punkt, der ganz wesentlich ist. Wir haben vorhin gehört, dass es auf kommunaler Ebene es eine ganze Reihe von Akteuren, auch strategieorientierte Akteure gibt, die koordiniert werden müssen. Das ist etwas, dass der ÖGD beispielsweise leisten könnte. Ganz einfach deswegen, weil er mit der Koordination ganz verschiedener Akteure Erfahrungen hat, allerdings eher auf dem Feld der übertragbaren Krankheiten, Stichwort multiresistente Erreger. Das ist auch für den Bereich der nicht übertragbaren Erkrankungen vorstellbar und insofern sind wir der Auffassung, man könnte den ÖGD an drei Stellen in diesem Gesetz stärker einbinden. Zum einen, in dem man die kommunale Beteiligung deutlicher hervorhebt. Zum zweiten, in dem der ÖGD in den Landesrahmenvereinbarungen explizit genannt wird und zum dritten, ich habe vorhin auch mit Interesse nochmal gehört, dass die Gesundheitsziele im Grunde genommen bedingt Präventionsansätze haben,

könnte der ÖGD auf nationaler Ebene hilfreich sein.

**Abg. Helga Kühn-Mengel** (SPD): Die Frage geht an den BKK-Bundesverband und betrifft kleine und mittlere Unternehmen und den Vorwurf, dass betriebliche Gesundheitsförderung zu wenig nachgefragt werde. Wie stellt sich dies aus der Sicht der Betriebskrankenkassen dar?

**SV Franz Knieps** (BKK-Dachverband e. V.): Der Vorwurf ist in der Zielrichtung nicht berechtigt, in der Detailausstattung schon, zu viel Overhead auf Landes- und Bundesebene, zu wenig Direktverantwortung. 80 der 100 Betriebskrankenkassen sind Betriebskrankenkassen in kleinen und mittleren Unternehmen. Aus deren Erfahrung wissen wir, dass die mühsame Arbeit vor Ort geleistet wird. Nur sehr begrenzt kann man auf Standard-Pools zurückgreifen. Man muss einfach investieren. Von daher unsere dringende Bitte, das Geld für diese Investments auch kleinen und mittleren Unternehmen primär zur Verfügung zu stellen und den Koordinierungs- und Konzeptionsaufwand zu begrenzen. In den meisten Fällen ist das Rad bereits erfunden.

**Der Vorsitzende:** Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, sehr verehrte Sachverständige, für die kurzen und prägnanten Äußerungen. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 15:05 Uhr

**Dr. Edgar Franke, MdB**  
**Vorsitzender**