



**Stellungnahme des Gesunde Städte-Netzwerkes der Bundesrepublik Deutschland zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)**

das Gesunde Städte Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Städten, Kreisen und Regionen. Es hat sich der Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Lebenswelten im besonderen Maße verschrieben. Wir begrüßen die beabsichtigte Verbesserung bundeseinheitlicher Normen und Standards und halten sie für absolut zeitgemäß und überfällig.

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO lassen sich die *Gesunden Städte* und ihr Netzwerk von folgenden Gedanken leiten:

**1. Gesundheit wird von vielen geschaffen**

Der Akt zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention bedarf eines Gesetzes, das Initiativen und Engagements ermutigt und der Verankerung als intrakommunaler Querschnittsaufgabe Rechnung trägt. Gesundheitsförderung und Prävention gelingen vor Ort – oder nicht.

**2. Kommunen sind entscheidende Partner**

Kommunen sind die erste Instanz erlebbarer Demokratie und vitaler Partizipation – seien es z. B. umweltfreundliche Initiativen, aktive Selbsthilfegruppen, freie Träger der Wohlfahrt oder öffentlich begleitete Netzwerke – für Menschen in jeder Lebensphase und unterschiedlichen Sozialräumen. Sie erbringen hohe Eigenleistungen zur Erhaltung und Verbesserung von Kompetenzen, die der Gesundheit und der Lebensqualität der Menschen dienen. Es gilt, ihr Potenzial zu nutzen und ihre koordinierende Kraft zu fördern, wenn Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten ankommen und über ‚Projektitis‘ hinaus nachhaltig wirken sollen.

**3. Überregionale Gesamtkonzepte vereinbaren**

Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände können regional abgestimmte und die Gebietskörperschaften verbindende Strategien forcieren und auszeichnen – solche, die strukturelle Bausteine der Gesundheitsförderung und Prävention über gesetzliche Sektoren hinweg aufspannen und fachlich gezielte Schwerpunkte für sozialbenachteiligte Quartiere setzen, auch im Zusammenspiel u.a. mit Förderprogrammen der Sozialen Stadt. Gerade die Zielgruppe benachteiligter Menschen kann über derartige vernetzte Strategien wirkungsvoll erreicht werden. Eine nach § 20 a, Abs. 3 geplante Beauftragung an die BZgA, ab 2016 kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zu erbringen und dafür "geeignete Kooperationspartner“ heranzuziehen, klingt sehr beliebig. Hier bedarf es zwingend einer Kooperation mit kommunalen Trägern.

#### 4. Netzwerke fordern und fördern

Ohne lebensbegleitende Netzwerke vor Ort wird es keinen durchschlagenden Erfolg für datenbasiertes gesundheitsförderliches Handeln der Akteure (Ämter, Träger, Betriebe, Vereine, Gruppen, Initiativen und Institutionen) geben. Die substantielle Förderung von kommunal und regional verankerten Netzwerken – wie sie einige Bundesländer schon heute vorsehen und vornehmen – darf und soll im Rahmen des Gesetzes als best practice-Beispiel genannt und verankert werden.

#### 5. Gesundheitsziele

In vielen Bundesländern gibt es Landes- und kommunale Gesundheitskonferenzen, in denen adäquate Gesundheitsziele und Strategien erarbeitet, verabschiedet und umgesetzt werden. Die Festlegung auf bestimmte Gesundheitsziele, wie in § 20 vorgesehen, greift zu kurz. Eine zukünftige nationale Präventionsstrategie muss die „Vor-Ort-Arbeit“ kennen, aufgreifen und zu einer übergreifenden Zielsetzung verbinden. Nur dann werden Gesundheitsziele die Chance haben, auch im kommunalen Raum wahrgenommen und berücksichtigt zu werden.

#### 6. Nationale Präventionskonferenz

Mit nur einer beratenden Stimme der kommunalen Spitzenverbände in der Nationalen Präventionskonferenz werden die bereits jetzt schon existierenden, dem Gesetz entgegen arbeitenden öffentlichen Dienste, Leistungen und Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention nicht hinreichend gewürdigt. Das wäre zu ändern.

Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland könnte Erfahrungen aus der Praxis und fachlichen Rat in die Nationale Präventionskonferenz einbringen und würde als beratendes Mitglied in der gem. § 20 e einzurichtenden Nationalen Präventionskonferenz zur Verfügung stehen.

**„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“**

Aus: Charta der WHO, Ottawa 1986

Vor diesem Hintergrund plädieren die *Gesunden Städte* für die nachfolgenden **Ergänzungen oder Änderungen** zum vorliegenden Referentenentwurf:

zu § 2b Geschlechts- **und alterns**spezifische Besonderheiten  
„Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechts- **und alterns**spezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

Kurzbegründung:

*Der demographische Wandel sollte im PräVGesetz seinen Niederschlag finden und die potenzielle Diskriminierung des Alters ausschließen.*

zu § 20 Absatz (4) – Leistungen nach Absatz (1) werden erbracht als

**4.(neu) Leistungen an koordinierende Netzwerke der Gesundheitsförderung und Prävention in Form der Beteiligung nach Punkt 1-3**

Kurzbegründung:

*§ 20a signalisiert, gesundheitsförderliche Strukturen zu fördern. Sektoren übergreifende, Lebensspannen umfassende Netzwerke vor Ort - nicht allein auf Landesebene - sind dafür erfolgsentscheidend, die Mitwirkung der Kassen ausdrücklich erwünscht. Dabei kann und soll die Beteiligungswahl mit erkennbaren Eigenanteilen der öffentlichen Verantwortungsträger, z. B. der Kommune, verknüpft sein. Vgl. neu § 20 a, Abs. (2)*

zu § 20 b Absatz (3) - Leistungen in Betrieben

*Einschub am Ende von Satz 2:*

... und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt; **dabei ist es zulässig, Maßnahmen und den Aufbau neuer Strukturen in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung über den Einzelanteil an Versicherten hinaus angemessen zu fördern.**

Kurzbegründung:

*Es soll und muss ausgeschlossen werden, dass die Leistung, für die sich eine Kasse entscheidet, nur im Anteil ihrer Versicherten zur Wirkung kommen darf.*

zu § 20 d Nationale Präventionsstrategie

*Einschub am Ende von Absatz (1), neuer Satz 2:*

**Bei der Formulierung der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie sollen zum Zweck der späteren Umsetzungswirksamkeit die erkennbaren länderspezifischen bzw. regionalen Ausprägungen – z. B. in der sozialen und gesundheitsförderlichen Chancengerechtigkeit – Berücksichtigung finden; Vertreter der Bundesländer und der Kommunalen Spitzenverbände sind dafür hinzu zu ziehen.**

Kurzbegründung: selbst erklärend.

Zu § 20 e Nationale Präventionskonferenz

Einschub 1. Absatz Satz 6 Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände, **das Gesunde Städte-Netzwerk** und die repräsentativen Spitzenorganisationen...

zu § 20 f Absatz (2) – Landesrahmenvereinbarung

5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe, **darüber hinaus mit solchen öffentlichen Bereichen, die auf die Lebenswelten maßgeblich einwirken,**

Kurzbegründung:

*Beim Gesund Älter werden obliegt vielfach den Sozialämtern die öffentliche Federführung, bei den Programmen Soziale Stadt den Bereichen von Stadtentwicklung und Stadterneuerung. Die Rahmenvereinbarung sollte die Möglichkeiten dieser Bereiche, gesundheitsförderlich zu wirken, nicht außer Acht lassen.*

Regionen, Kreise, Städte und Gemeinden sind die bürgernahe Instanz für grundlegenden Erfolg und eine nationale Nachhaltigkeitsstrategie. Mit seiner langjährigen Erfahrung als Vor-Ort-Treiber für Gesundheitsförderung und Prävention steht das mit den entscheidenden Beteiligten auf vielfältige Weise verbundene Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland dem Bundesministerium für Gesundheit, aber auch den das Gesetz beratenden Fraktionen und Ausschüssen zur Seite, der vorgesehenen Nationalen Präventionskonferenz auch gern in beratender Funktion.