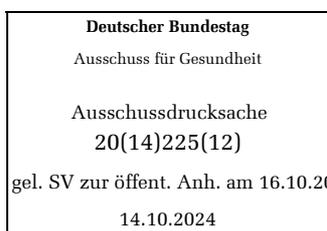


## BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Alice Salomon Hochschule  
Berliner Institut für Gesundheits- und  
Sozialwissenschaften (BIGSo)  
Wilhelm Kabus-Str. 39  
10 829 Berlin  
[raimund.geene@ash-berlin.eu](mailto:raimund.geene@ash-berlin.eu)  
[raimund.geene@charite.de](mailto:raimund.geene@charite.de)  
[www.bigso.de](http://www.bigso.de)  
<https://bsph.charite.de>

Berlin, den 14. Oktober 2024

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des  
Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 16.10.2024

*Gesetzentwurf der Bundesregierung  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit  
BT-Drucksache 20/12790*

### Grundsätzliche Würdigung:

Mit dem Gesetzentwurf beabsichtigt die Bundesregierung in Umsetzung des Koalitionsvertrags 2021 die Stärkung von Gesundheitskommunikation, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health als zentrale Ziele eines neu einzurichtenden Bundesinstituts. Damit sind zentrale Aspekte benannt, die dringend einer strukturellen Absicherung bedürfen.

Der vorliegende Gesetzentwurf benennt wichtige Aufgaben, die weiter präzisiert und um Konzepte und Instrumente ergänzt werden müssen, um die ambitionierten Ansprüche umzusetzen.

Dazu sieht diese Stellungnahme detaillierte Vorschläge vor mit folgenden zentralen Empfehlungen:

- Änderung des **Namens**
- Einrichtung eines **Beirats** mit Steuerungsverantwortung der **Evaluation**
- Sicherstellung der **wissenschaftlichen** einschl. **kommunikativen Unabhängigkeit**
- Enge **Verzahnung** mit den Akteuren der Nationalen Präventionskonferenz (insb. GKV), der Public Health-Wissenschaft und zivilgesellschaftlichen Akteuren
- Orientierung auf eine **naionale Public Health-Strategie, Steuerungsverantwortung** im Bereich von **Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung** und **Gesundheitszielen**
- Präzisierung der Ausrichtung auf gesundheitliche **Chancengleichheit** und Health in All Policies; **Klimagesundheitsförderung; gemeinschaftsbildende** Prozesse für eine Nationale Public Health-Strategie
- Entwicklung bevölkerungsbezogener Maßnahmen auch im Sinne von **partizipativen Beteiligungsformaten** sowie zur Unterstützung kommunaler **Gesundheitsforen** und anderer Beteiligungs- und Aktivierungsmaßnahmen
- Bereitstellung **angemessener Finanzmittel**

Die **Änderungsvorschläge** im Einzelnen:

### **Art. 1 Überschrift:**

Das Institut sollte den vorgeschlagenen Namen nicht annehmen, da dieser ein veraltetes Verständnis von Gesundheitsförderung impliziert. Den vorgeschlagenen Namen „BIPAM“ kann das Institut schon insofern nicht führen, als in der Aufgabenbeschreibung kein direkter Bezug zur Medizin hergestellt wird (was auch nicht sinnvoll wäre).

Alternativvorschläge: **„Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)“** oder auch **„Bundesinstitut für Gesundheitsförderung (BIG)“**; ggf. auch mit zusätzlicher Namensgebung, die sich an herausragenden historischen Persönlichkeiten orientiert, etwa **Alice Salomon** oder **Marta Fraenkel**.

### **Art. 1 § 1 zu ergänzende Absätze:**

**„Das Bundesinstitut richtet einen unabhängigen Beirat ein. In dem Beirat vertreten sind Mitglieder der für Gesundheit, Familie, Ernährung und Verbraucherschutz, Wirtschaft, wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Arbeit und Umwelt zuständigen Bundesministerien, zwei benannte Mitglieder des Deutschen Bundestages, vier Mitglieder der Sozialversicherungsträger in der Nationalen Präventionskonferenz, zwei Vertreter\*innen der Bundesländer, drei Mitglieder der Kommunalen Spitzenverbände, der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, der Fachgesellschaften im Bereich Public Health, der Patientenorganisationen und der Selbsthilfe sowie als Vertretungen der Zivilgesellschaft aus den Spitzenverbänden der Wohlfahrt und des Sports, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung und der entsprechenden Landeseinrichtungen.**

**Das Vorschlagsrecht obliegt den entsendenden Institutionen und Fachgesellschaften.**

**Der Beirat tagt halbjährlich und in der Regel öffentlich, wählt aus seiner Mitte zwei alternierende Vorsitzende und zwei Stellvertretende Vorsitzende und gibt sich eine Geschäftsordnung.**

**Der Beirat berät über Ausschreibung, Vergabe, Umsetzung und Ergebnisse einer kontinuierlichen formativen und summativen wissenschaftlichen Evaluation einschließlich partizipativen Evaluationsansätzen durch eine unabhängige Institution, die alle zwei Jahre einen Bericht vorlegt. Gegenstand der Evaluation ist auch der Fortschritt in den unter § 2 genannten Aufgaben des Bundesinstituts.“**

### **Art. 1 § 2**

In der Aufgabenbeschreibung sollten die Nennungen im § 2 Abs. 2, Gliederungspunkte 1 bis 6, wie folgt präzisiert werden:

Gesetzesentwurf	Änderungs- / Ergänzungsvorschlag
1. Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen,	1. Beobachtung von <b>und Forschung zu</b> gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen, <b>insbesondere mit dem Ziel der Verringerung sozial und geschlechtsbezogen ungleicher Gesundheitschancen</b>
2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, einschließlich Gesundheitsmonitoring,	2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, einschließlich Gesundheitsmonitoring, <b>Identifikation von Gesundheitsrisiken und Gesundheitspotenzialen der Bevölkerung sowie Krankheitsmonitoring / „Burden of Disease“</b>
3. Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch freiwillige Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit,	3. Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch freiwillige Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit, <b>insbesondere mit staatlichen sowie freigemeinnützigen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zivilgesellschaft in den Bundesländern und den Kommunen mit dem Ziel politikfeldübergreifender Gesundheitsstrategien</b>
4. evidenzbasierte, zielgruppenspezifische, insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Kommunikation im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit,	4. evidenzbasierte, <b>adressatenspezifische</b> , insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Kommunikation im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, <b>insbesondere zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensbedingungen und Lebenswelten sowie zur Stärkung bürgerschaftlichen Engagements einschl. Durchführung von Bürgerforen</b>
5. Stärkung der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten sowie Stärkung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, jeweils im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes,	5. Stärkung der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten sowie Stärkung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung <b>durch Maßnahmen der Verhältnisprävention</b> , jeweils im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes, <b>insbesondere durch die Koordinierung und enge Vernetzung mit den Akteuren der Nationalen Präventionskonferenz und durch Weiterentwicklung von Umsetzungsstrategien für die</b>

# BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

	<b><i>Gesundheitsziele gemäß § 20 Abs. 3 und 4 SGB V sowie der Aufgabenerfüllung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §§ 24d, 25, 26 SGB V</i></b>
6. wissenschaftliche Forschung und Zusammenarbeit mit Institutionen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, einschließlich der Unterstützung dieser Institutionen bei der Entwicklung von Leitlinien und Standards.	<b>6. wissenschaftliche Forschung und Zusammenarbeit mit Institutionen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, einschließlich der Unterstützung dieser Institutionen bei der Entwicklung von Leitlinien und Standards, <i>Wirksamkeitsorientierung, Implementierungsforschung und Evidenzbasierung, insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den Akteuren aus der Public Health-Forschung in der partizipativen Entwicklung und kontinuierlichen Fortschreibung einer Public Health-Strategie für Deutschland</i></b>
	<b>7. <i>Entwicklung eines partizipativen, politikfeldübergreifenden Ansatzes der Klimagesundheitsförderung zur Klimaneutralität und Klimaanpassung</i></b>
	<b>8. <i>Einrichtung einer Geschäftsstelle/ Servicestelle zur Koordination, Evidenzgenerierung und Unterstützung von Public Health-Forschung in Deutschland einschließlich der Förderung ihrer Transmission durch aktivierende Beteiligungsprozesse</i></b>

## Art. 1 § 3 Dienst- und Fachaufsicht

<b>Gesetzentwurf</b>	<b>Änderungs-/ Ergänzungsvorschlag</b>
(1) Das Bundesinstitut untersteht der Dienst- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.	<b>1.</b> Das Bundesinstitut untersteht der Dienst- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.
	<b>2. <i>Bei seinen wissenschaftlichen Bewertungen und Forschungen ist das Bundesinstitut</i></b>

	<p><b><i>weisungsunabhängig. Dies umfasst auch die Bereiche der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation sowie der Vernetzung im Bereich Public Health. Die Institutsleitung sollte sich in der fachlichen Ausrichtung an Empfehlungen des Beirats orientieren.</i></b></p>
<p>(2) Soweit das Bundesinstitut Aufgaben aus einem anderen Geschäftsbereich als dem des Bundesministeriums für Gesundheit wahrnimmt, untersteht es der Fachaufsicht der sachlich zuständigen obersten Bundesbehörde.</p>	<p><b>3.</b> Soweit das Bundesinstitut Aufgaben aus einem anderen Geschäftsbereich als dem des Bundesministeriums für Gesundheit wahrnimmt, untersteht es der <b>Dienst</b>-Fachaufsicht der sachlich zuständigen obersten Bundesbehörde.</p>

Begründung:

Fokussierung auf die Unabhängigkeit des Instituts; ergänzend zum Vorschlag des Bundesrats vom Sept. d.J. sollte hier weiter konkretisiert werden auf Unabhängigkeit auch mit Blick auf Gesundheitskommunikation sowie auf Vernetzung und Verankerung innerhalb der Public Health -Praxis und -Forschung.

Keine Änderungsvorschläge zur **Art. 2** und **Art. 3**

Als **Artikel 4** sollte eingefügt werden: **Änderung des PräVG / SGB V**

**Änderung § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V**

<b>Aktueller Gesetzestext</b>	<b>Änderungs-/ Ergänzungsvorschlag</b>
<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen,</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen <b>und das Bundesinstitut legen einvernehmlich</b> unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und</p>

# BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

<p>ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest,</p>	<p>sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, [...]</p>
---	--

Begründung:

Der Leitfaden Prävention zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention muss in Hinblick auf seine Funktion als steuerndes Instrument reflektiert und angepasst werden. Schwerpunkt sollte sein, kooperativ geleitet und miteinander abgestimmt durch Bundesinstitut und GKV-Spitzenverband, und gemeinsam mit dem ÖGD und Vertreter\*innen aus den Bereichen Kinder, Jugend und Soziales dezentrale Konzepte in den kommunalen Lebenswelten umzusetzen, auch im Sinne einer sich weiterentwickelnden Lernschleife. Dabei sollten die Regelungen des Leitfadens weitgehend entbürokratisiert werden. Auf allen Handlungsebenen sollten Ansätze wissenschaftlicher Begleitforschung gemäß dem Public Health Action Cycle etabliert werden.

Mit der Regelung zum Einvernehmen zwischen GKV-SV und Bundesinstitut wird der Aufforderung des Rechnungsprüfungsausschusses des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages vom 25. Februar 2011 Rechnung getragen, der darin den hohen Bedarf an einheitlichen Qualitätsverfahren sowie an Evaluation der Präventionskurse hervorhebt.

**Änderung § 20 Abs. 3 Satz 1-4**

<b>aktueller Gesetzestext</b>	<b>Änderungs- / Ergänzungsvorschlag</b>
<p>Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention: 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,</p>	<p>Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention: 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,</p>

# BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

<p>2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen, 3. Tabakkonsum reduzieren, 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken, 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, 7. gesund älter werden und 8. Alkoholkonsum reduzieren 9. Gesundheit rund um die Geburt [...]</p>	<p>2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen, 3. Tabakkonsum reduzieren, 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken, 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, 7. gesund älter werden und 8. Alkoholkonsum reduzieren <b>und</b> <b>9. Gesundheit rund um die Geburt.</b> [...] <b>Die Koordination, Evaluation, Fortschreibung und ggf. Ergänzung der Gesundheitsziele obliegt dem Bundesinstitut.</b></p>
---	--

Die Ergänzung des 2017 konsentierten Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ ist eine folgerichtige Ergänzung.

Da der Gesundheitszielprozess über den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wegen Mitgliederverlust und zahlreicher Personalwechsel weitgehend zum Stillstand gekommen ist, wird diese Aufgabe dem Bundesinstitut übertragen.

## Änderung § 20a, Satz 4

Aktueller Gesetzestext	Änderungs-/ Ergänzungsvorschlag
<p>Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.</p>	<p>Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen <b>arbeiten</b> die Krankenkassen zusammenarbeiten und <b>erbringen</b> kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. <b>Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 70 vom Hundert der bestimmten Mittel sind für</b></p>

	<p><b>die kassenartübergreifende Förderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 1 genannten Grundsätze und im Benehmen mit dem Bundesinstitut. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 4 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Pauschalförderung zur Verfügung zu stellen.</b></p>
--	--

### Begründung:

Aktivitäten in Lebenswelten im Rahmen der §§ 20a und 20b SGB V sind kassenübergreifend auszurichten. Sie dürfen nicht dem Wettbewerb unterliegen und sich nicht, wie bisher, auf Settings und Bevölkerungsgruppen mit eher geringen Bedarfen, aber leichter Erreichbarkeit konzentrieren. In den Präventionsberichten 2019 und 2023 wurde deutlich, dass die Aktivitäten in sozial benachteiligten Gebieten noch zu wenig entwickelt sind und daher stark ausgebaut werden sollten. Gleiches gilt für eine gendersensible Ausgestaltung der Angebote. Insbesondere vulnerable Zielgruppen wie Jugendliche und Ältere aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen stärker adressiert werden. Die Angebotsgestaltung muss partizipativ erfolgen. Der Kassenwettbewerb in Lebenswelten führt zu Parallelaktivitäten und einer Konzentration auf frühe Bildungssettings, in der für den Kassenwettbewerb relevante Versichertengruppen erreicht werden können.

Daher wird die bisher kaum oder bestenfalls lückenhafte „Soll-Vorschrift“ der kassenübergreifenden Leistungserbringung in eine „Muss-Vorschrift“ geändert.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut wird sichergestellt, dass die Mittelverwendung ziel- und passgenau erfolgen kann.

Im Übrigen entspricht die hier vorgeschlagene Regelung der etablierten gesetzlichen Norm des § 20h (Förderung der Selbsthilfe); hier konnte durch die Einführung der Gemeinschaftsförderung ein langjähriger Konfliktpunkt weitgehend befriedet werden.

**Änderung des SGB V, § 20d, Satz 6**

<b>Aktueller Gesetzestext</b>	<b>Änderungs-/ Ergänzungsvorschlag</b>
Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen.	Das Robert Koch-Institut <b>Bundesinstitut</b> liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen.

Begründung:

Änderungsregelung (im aktuellen Art 4 des Gesetzesentwurfs noch nicht enthalten)

**Änderung des SGB V, § 20e, Satz 8ff**

<b>Aktueller Gesetzestext</b>	<b>Änderungs-/ Ergänzungsvorschlag</b>
Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäftsstelle, die die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nach Satz 1 unterstützt, wird bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt.	Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäftsstelle <b>führung</b> , die die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe nach Satz 1 unterstützt, wird bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt <b>obliegt dem Bundesinstitut. Das Bundesinstitut lädt mindestens zwei Mal jährlich zu den Sitzungen der NPK ein und leitet diese.</b>

Begründung:

Die NPK ist zur Governance/ Steuerung in der Gesundheitsförderung prinzipiell gut geeignet, muss jedoch grundsätzlich neu ausgerichtet werden. Künftig sollte die NPK an den gesundheitlich relevanten Fragen der Gesellschaft im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes ausgerichtet sein und eine Dachstruktur für die zahlreichen sozialräumlichen Handlungsansätze (u. a. ÖGD, PSG III, BauGB/Soziale Stadt, SGBs II, III, V, VI, VII, VIII, IX, XI) bieten. Dafür bedarf es hoher Transparenz und einer breiten

## BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

---

Akteurslandschaft (an der Spitze: Politik, Wissenschaft, Patientenvertretung und Zivilgesellschaft). Sie darf nicht auf den Akteurskreis und die institutionellen Logiken der Sozialversicherungsträger beschränkt sein. Insbesondere die fachlich führenden Institutionen (neben dem Bundesinstitut auch die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (BVPG/LVGs)) dürfen nicht länger als reine Dienstleister inkorporiert werden, sondern müssen ihrer Kompetenz entsprechend umfassend einbezogen werden. Dabei ist neben der NPK auch das bisherige Präventionsforum verbindlicher zu gestalten, mit höherer Sitzungsfrequenz (mindestens halbjährig) und vor- und nachbereitenden fach- und adressatenbezogenen Arbeitsgruppen.

Die Steuerung in Trägerschaft des Bundesinstituts wird Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozess in wissenschaftlicher und evaluativer Begleitung ausrichten.

## **Änderungsvorschläge zur Gesetzesbegründung**

Erfüllungsaufwand – jährliche Sachausgaben:

§ 2 Abs. 1, 2, 4, 6

Fortlaufender Betrieb und kontinuierliche Anpassung des Untersuchungsstrang im Panel für Kinder, Jugendliche und Erwachsene: Verknüpfung von Labor-werten, klinische Daten, Abrechnungsdaten

Diese Position ist mit 1.5 Mio. € stark unterfinanziert; notwendig wären hier mindestens 7.5 Mio. €. Alleine ein dreijähriger KiGGS-Ehebungsdurchlauf hat in den 2010er Jahren gut 20 Mio. € gekostet.

§ 2 Abs. 1, 2

Durchführung einer Public-Health Surveillance von nicht übertragbaren Erkrankungen in Deutschland (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Mental Health, Adipositas, Krebs- und Suchterkrankungen)

Auch diese Position ist mit 0,75 Mio. € stark unterfinanziert; notwendig wären hier mindestens 3 Mio. €. Aktuell werden für diese Position im RKI-Haushalt etwa 1.5 Mio. € pro Jahr verausgabt.

§ 2 Abs. 3

Zuwendungen Maßnahmen für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im ÖGD, ÖGD Nachwuchsförderungsprogramm, Entwicklung von Leitlinien mit der AWMF, Zuwendungen Förderung der Wissenschaftlichkeit in der ÖGD-Praxis, Pflege Wissenskorporus-Datenbank

Dieser Position sollte um die Aufgabenbereiche

- Erschließung von Datenquellen auf Länderebene, Bsp. ESU
- Klimagesundheit (u.a. Hitzeschutzplanung, Community Resilience)

ergänzt werden. Die Position ist mit 1.5 Mio. € ebenfalls unterfinanziert; angemessen wäre hier ein Budgetansatz von 2.5 Mio. € pro Jahr.

§ 2 Abs. 1-6

Projektförderungen und Beauftragungen für epidemiologische Forschung, Präventionsmaßnahmen, Evaluation und zielgruppengerechte Ansprache zu Bewegung, Psychische Gesundheit, Suchtstoffkonsum, Gesundheitliche Chancengleichheit,

Ältere Menschen,  
Erwachsene Menschen, Kinder und Ju

Diese Position sollte um die Aufgabenbereiche

- Burden of Disease (aktuell über Projektmittel finanziert; notwendig 1 Mio. €/ Jahr)
- Gesundheitsberichterstattung (umfasst seit 20 Jahren eine Summe von 0.5 Mio. €, ohne jeglichen Aufwuchs; notwendig wären mind. 1 Mio. €)

ergänzt werden. Die Position ist mit 3 Mio. € ebenfalls unterfinanziert; angemessen wäre hier ein Budgetansatz von 5 Mio. € pro Jahr.

§ 2 Abs. 4, 5

Beauftragung von neuen  
Kommunikationstools für die  
Bevölkerung (Dashboards, Health  
Informationssystem, inklusive  
Datenbereitstellung und -  
beschreibung)

Die Finanzierung des HIS ist mit 1.5 Mio €/ Jahr grundsätzlich auskömmlich finanziert. Ergänzt werden sollten in diesem Bereich jedoch weitere Aspekte, insb. Präventionsforschung, Evidenzanalysen, Auswertung internationaler Präventionsexpertisen und internationale Forschungsvernetzung im Bereich Public Health. Notwendig sind hierfür etwa weitere 2 Mio. € / Jahr.

Zudem sollte zur Entwicklung einer nationalen Präventions- bzw. Public Health-Strategie, angelehnt an entsprechende Ausarbeitung des Zukunftsforums Public Health („Roadmap für eine bundesdeutsche Public Health-Strategie“), eine **Servicestelle für Evidenzgenerierung, Koordination und Beteiligungsprozesse** eingerichtet werden. Diese Servicestelle sollte zunächst mit einer Koordinations- und zwei Wissenschaftlichen Arbeitsstellen ausgestattet sein (= gesamt 3,0 VZÄ), in der Umsetzungsphase erweitert um jeweils eine WiMi-Stelle für die 12 Tätigkeitsfelder der Public Health Strategie (12 EPHOs), gesamt = 15 VZÄ. Dies bedeutet eine Startfinanzierung von etwa 0.5 Mio €/ Jahr, längerfristig 1.5 €/Jahr.

Insgesamt erscheint der Finanzansatz von 14.5 Mio €/ Jahr stark unterfinanziert. Tatsächlich besteht eher ein Finanzbedarf von mind. 30 Mio €/Jahr.

Es wird angeregt, die **jährlichen Mehrkosten auf 30 Mio. €** zu veranschlagen.