

# Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)229

nicht gel. VB zur öffent. Anh. Öffen

28.10.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.



## Stellungnahme des Nationalen Netzwerks Frauengesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit

Oktober 2024

Die institutionelle Trennung von Infektionskrankheiten (RKI) und nicht-übertragbaren Krankheiten (BIPAM) halten wir für fachlich falsch und sie ignoriert die Lehren aus der Corona-Pandemie. Im Gesetzesentwurf sind neue Schnittstellen und Abgrenzungsprobleme angelegt (§ 2 Abs. 2 S. 2 BIPAM-ErrichtungsG, § 2 Abs. 3 BGA-NachfG), die langwierige Auslegungsschwierigkeiten nach sich ziehen. Wir befürworten daher, das Robert Koch-Institut (RKI) bestehen zu lassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) diesem zuzuordnen.

Unter „Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelung“ wird im Gesetzesentwurf explizit die Notwendigkeit einer Geschlechterperspektive benannt und unter dem Punkt „Weitere Gesetzesfolgen“ formuliert, dass es eine „zentrale Erfassung und Auswertung von geschlechterdifferenzierten Daten“ geben soll. Das begrüßen wir ausdrücklich.

Der damit notwendig verbundene Ausbau geschlechts- und diversitätssensibler Monitoring- und Berichtssysteme und die konsequente Berücksichtigung von Geschlecht in allen Bereichen ist eine Voraussetzung für zielgruppenspezifisches gesundheitspolitisches Handeln. Geschlechtersensible Forschung und Berichterstattung sind nicht nur eine Querschnittsaufgabe, sondern müssen vertiefend an zentraler Stelle bearbeitet werden. Hierfür fordern wir die Einrichtung einer zentralen Stelle.

Da insbesondere Forschung zu Frauengesundheit und zur Gesundheit von geschlechtlichen Minderheiten immer wieder politisch motiviert delegitimiert werden, ist es wichtig, dass die Forschung im geplanten BIPAM unabhängig ist. Andernfalls werden die Frauengesundheit und die Gesundheit von geschlechtlichen Minderheiten ein Spielball der politischen Machtverhältnisse.

Die Finanzierung von neuen Aufgaben ist nicht gesichert und die im Gesetzesentwurf veranschlagten Mittel sind unzureichend. Der Aufbau von Doppelstrukturen und die Bedienung von entstehenden künstlichen Schnittstellen werden zudem Steuergelder verbrauchen, die dringend für die Sicherung von hoch qualifiziertem, noch befristet beschäftigtem Personal sowie für die Erfüllung neuer Aufgaben des geplanten Instituts benötigt werden. Ohne eine adäquate Hinterlegung mit ausreichend langfristig gesicherten finanziellen Ressourcen wird das geplante Bundesinstitut ein Schattendasein führen und weit hinter den formulierten Ansprüchen zurückbleiben.

Der geplante Name des Instituts „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ transportiert ein antiquiertes Verständnis von Vorbeugemedizin und berücksichtigt nicht ausreichend, dass Prävention effektiv an den Lebensverhältnissen von Menschen ansetzt (z.B. Zuckersteuer, Werbeverbote, die sich an Kinder richten). Für die Akzeptanz und für den Wiedererkennungswert eines Instituts könnte vielmehr eine herausragende Persönlichkeit im Bereich der Public Health-Forschung und Prävention (z.B. Marta Fraenkel) herangezogen werden.

(versandt am 11. Oktober 2024)

## STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 14.10.2024

---

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
der Öffentlichen Gesundheit (BIPAM) BT-  
Drucksache 20/12790**

# Inhalt

I. VORBEMERKUNG .....	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG .....	5
<b>Artikel 1: Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und     Aufklärung in der Medizin (BIPAM – ErrichtungsG)</b> .....	<b>5</b>
Zu § 1: Errichtung, Zweck und Sitz des Bundesinstituts	5
Zu § 2 Aufgaben des Bundesinstituts	6
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF .....	8

## I. VORBEMERKUNG

Die Umwandlung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ein neues Bundesinstitut markiert einen bedeutenden Schritt in Richtung einer gesundheitsförderlichen Zukunft. In Anbetracht der sich ständig wandelnden gesellschaftlichen Bedürfnisse und Herausforderungen ist es von entscheidender politischer Bedeutung, Ressortdenken aufzubrechen. Frühzeitige und gezielte Interventionen für Prävention, Resilienz und Gesundheitsförderung machen die Versorgung insgesamt nachhaltiger.

Der vorliegende Gesetzesentwurf erkennt an, dass Gesundheit nicht allein die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern nimmt auch die psychischen, physischen und sozialen Faktoren des Wohlbefindens in den Blick. Jedoch formuliert er keinen zeitgemäßen Ansatz zur Schaffung gesunder Rahmen- und Lebensbedingungen, insbesondere für vulnerabler Zielgruppen. Ebenso lässt er die Entwicklung konkreter Umsetzungsempfehlungen, um gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen, außer Acht. Darüber hinaus müssten Prävention und Schutz vor klima- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken (z.B. Hitze, Allergien, Infektionskrankheiten) in den Blick des Bundesinstitutes genommen werden. Für eine gesunde Bevölkerung muss die Beeinflussung gesundheitsförderlicher Faktoren auch jenseits des Gesundheitswesens in allen Politikfeldern (Health in all Policies Ansatz) eine zentrale Aufgabe der Bundesregierung werden, die der Gesetzesentwurf nur ansatzweise widerspiegelt. Angesichts dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe sollte das neue Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit eine wichtige Rolle als steuernde Einheit und interdisziplinärer Netzwerkknoten spielen.

Die Unterstützung durch das neue Bundesinstitut zur Koordination der Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist begrüßenswert. Das neue Bundesinstitut wird jedoch nur dann einen echten Unterschied machen, wenn es als zentraler Public-Health-Netzwerkknotenpunkt konzipiert wird, die gesamte Bevölkerung zu gesundheitskompetentem Verhalten befähigt und dauerhafte Kooperation aller Akteure des Gesundheitswesens einfordert und ermöglicht.

Öffentliche Gesundheit benötigt zwar den Rahmen zur Schaffung gesunder Lebenswelten, aber auch die Gesellschaft, die ihn füllt, indem sie mitmacht, begleitet und weiterentwickelt. Das Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit muss daher eine aktive Rolle zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung übernehmen, sowohl in der Breite als auch spezifisch bei vulnerablen Gruppen. Momentan sind die Potenziale die Bevölkerung zu informieren, zu befähigen und vor allem zu motivieren einen gesunden Lebensstil zu finden nicht ausgeschöpft. Das Bundesinstitut sollte einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz unter Einbezug von physischer und mentaler Gesundheit, so-

wie Sinnhaftigkeit, Teilhabe und täglicher Routine vermitteln. Dies beinhaltet auch Aktionsprogramme und Kampagnen zu Handlungsfeldern der Prävention, die praktische und realitätsnahe Anregungen für Gesundheitsverhalten im Alltag (z.B. *Ernährung, Bewegung, Einsamkeit, Suizidprävention, psychische Gesundheit, Sucht*) und Gesundheitsinformationen (z.B. *metabolischen Syndrom, Diabetes, sexuell übertragbare Krankheiten*) geben. Eine wichtige Facette der Gesundheitskompetenz ist dabei, die Flut an Informationen richtig einzuschätzen und angemessen darauf reagieren zu können. Alltägliche Beispiele sind dabei vermutlich die bekannte Panik bei der „Diagnose“ über die On-line-Suchmaschine oder die Unkenntnis, welche große Wirkung Alltagsbewegung haben kann.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1: Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM – Errichtungsg)

#### Zu § 1: Errichtung, Zweck und Sitz des Bundesinstituts

##### STELLUNGNAHME

(1) Die Errichtung des BIPAM zum 1. Januar 2025 wird unkritisch gesehen.

(2) Die Namensgebung des “Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin” suggeriert ein altes, pathogenes und an Risiken orientiertes Verständnis von Prävention und Gesundheit, welches sich schlecht mit der aktuellen Public Health-Forschung vereinbaren lässt. Der im Koalitionsvertrag erwähnten Name „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)“ sollte beibehalten bleiben, um den Fokus auf Aktivitäten im Public-Health Bereich zu behalten.

(3) Eine Vernetzung des ÖGD als Zweck des Bundesinstituts wird begrüßt. Es sollte jedoch die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik im Fokus des Handelns auf Makro-, Meso- und Mikroebene stehen. Dabei muss der Health in all Policies Ansatz (HiAP) verfolgt und Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, die eine ressort- und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht. Das neu zu gründende Institut sollte eine geeignete Plattform und Vernetzungsstelle bereitstellen, um alle relevanten Politikfelder der Gesundheits-, Arbeits-, Bildungs-, Ernährungs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts-, Verkehrs- und Umweltpolitik usw. in eine HiAP-Strategie einzubinden. Im Vordergrund eines Bundesinstituts sollte nicht nur die an Risikofaktoren orientierte Prävention, sondern gleichermaßen die ressourcen- und potenzialorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit stehen.

##### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

(2) Das Bundesinstitut führt das Kürzel ~~BIPAM~~ BIÖG.

(3) Zweck der Errichtung des Bundesinstituts ist die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik die den Health in all Policies Ansatz (HiAP) verfolgt, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht und eine ressort- und politikfeldübergreifende

fende Zusammenarbeit ermöglicht. Zweck ist ferner die Zusammenführung und Neuordnung von Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich der Öffentlichen Gesundheit im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, die freiwillige Vernetzung von Akteuren der Öffentlichen Gesundheit und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit weiteren Akteuren, die Stärkung der Gesundheitskommunikation sowie der Forschung auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit.

## **Zu § 2 Aufgaben des Bundesinstituts**

### STELLUNGNAHME

Zu (2) 1. Um fundierte Entscheidungen und Handlungsempfehlungen treffen zu können und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, sollte das Institut die zur Verfügung stehenden Daten, zusammenführen und auswerten können. Dies umfasst epidemiologischen Daten, die Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Gesundheitsversorgung und von gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen, sowie soziale Determinanten der Gesundheits- und Krisenmanagementdaten. Das Bundesinstitut sollte die Gesundheitsdeterminanten in den Bereichen der biologischen Faktoren; individueller Lebensweisen; sozialer Netzwerke und der Unterstützung sowie dem Einfluss durch das soziale Umfeld; Lebens- und Arbeitsbedingungen; allgemeine sozioökonomische, kulturelle und ökologische Bedingungen auswerten.

Zu (2) 2. Die Modernisierung der Bereitstellung von Informationen und Überführung der Gesundheitsberichterstattung in das digitale Zeitalter wird begrüßt. Dabei sollten die bestehenden Datenerfassungssysteme analysiert und vereinheitlicht werden. Zur Implementierung eines elektronischen Erfassungssystems ist die Entwicklung standardisierter Erfassungsbögen sowie eine Festlegung von bundesweit einheitlichen Codierungs- und Dokumentationsrichtlinien für die erfassten Daten notwendig.

Zu (2) 3. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die geplante Kooperation und Vernetzung mit nationalen, europäischen und internationalen Akteurinnen und Akteuren der Öffentlichen Gesundheit. Dies sollte jedoch nicht freiwillig, sondern verbindliche Art und Weise. Das neu zu gründende Institut sollte nicht nur eine geeignete Plattform für den ÖGD bereitstellen, sondern auch eine Vernetzungsstelle einrichten, um alle relevanten Politikfelder der Gesundheits-, Arbeits-, Bildungs-, Ernährungs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts-, Verkehrs- und Umweltpolitik usw. in eine Health in All Policies-Strategie einzubinden.

Die Zielsetzung sollte sein, alle Aktivitäten im Public Health-Bereich sowie die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes zu bündeln und zu ko-



ordinieren. Wichtig dazu ist eine proaktive Rolle des Bundesinstitutes bei der Organisation von Vernetzungs-, Daten-austausch- und Kommunikationsformaten. Damit können die Bedarfe und Perspektiven aller Akteure von der Bundes- bis zur kommunalen Ebene miteinander abgestimmt und integriert werden. In die Vernetzung einbezogen werden sollten der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, in dem sich die wichtigsten Akteure der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung zusammengeschlossen haben. Darüber hinaus ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen als erfolgreiches koordiniertes Unterstützungsangebot miteinzubeziehen.

Zu (2) 4. Eine evidenzbasierte, zielgruppenspezifische, insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Kommunikation wird begrüßt.

Zu (2) 5. Die Stärkung der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten, Stärkung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, sollte sich vorwiegend auf vulnerable Bevölkerungsgruppen beziehen, da besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und über eine geringere Gesundheitskompetenz verfügen. Neben der personalen Gesundheitskompetenz, sollten auch Aktivitäten zur Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden, da die Verantwortung auch bei Gesellschaft und Versorgungseinrichtungen liegen.

Zu (2) 6. Das neue Bundesinstitut sollte sich auf anwendungsbezogene Forschung konzentrieren, die darauf zielt, konkrete Probleme in der Praxis zu lösen oder praktische Anwendungen zu entwickeln.

Zu (3) Wir begrüßen eine Aufgabenöffnung des Bundesinstituts, um weitere Themen bearbeiten zu können. Hierbei sollten allerdings nicht nur die bisherigen BZgA-Themenschwerpunkte berücksichtigt werden, sondern speziell auch neue Entwicklungen und Themen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen z.B. im Bereich der Mediensucht/Medienmündigkeit und psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aufgegriffen werden.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Zu (2) 1. Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren und Determinanten von Gesundheit und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen,

Zu (2) 2. digitale und bundesweit standardisierte Gesundheitsberichterstattung des Bundes, einschließlich Gesundheitsmonitoring,

Zu (2) 3. Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch freiwillige Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit,

Zu (2) 4. kein Änderungsvorschlag

Zu (2) 5. Stärkung der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten, Stärkung der Gesundheitsförderung und der personalen und organisationalen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, insbesondere in Bezug auf vulnerable Bevölkerungsgruppen, jeweils im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes,

Zu (2) 6. anwendungsbezogene wissenschaftliche Forschung und Zusammenarbeit mit Institutionen auf europäischer und internationaler Ebene, einschließlich Unterstützung bei der Entwicklung von Leitlinien und Standards, um konkrete Probleme in der Praxis zu lösen oder praktische Anwendungen zu entwickeln.

### III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Um den HiAP-Ansatz Wirklichkeit werden zu lassen, benötigt, das neue Bundesinstitut erweitere Kompetenzen. Denkbar wäre hierbei die Etablierung einer Gesundheitsfolgenabschätzung für alle grundsätzlichen Entscheidungen im Sinne des Health Impact Assessments. Diese müssen auch Entscheidungen von signifikanter gesundheitlicher Tragweite, etwa innerhalb der Energie- oder der Wirtschaftspolitik, umfassen, um die Lebensqualität zu verbessern.

Im Gesetzesentwurf bleibt der Bereich der mentalen Gesundheit und der Einfluss von gesundheitsfördernden Lebenswelten, sowie der Zusammenhang von körperlichen und psychischen Problemen weitgehend unberücksichtigt. Deutschland braucht einen Public Mental Health Ansatz, der mentale Gesundheit in die Mitte der Gesellschaft bringt. Benötigt werden geeignete Instrumente, um Risiko- und Schutzfaktoren zu erforschen und messbar zu machen sowie populationsbasierte Interventionen zu entwickeln, um seelische Gesundheit zu stärken und psychische Erkrankungen zu verhindern. Dabei sollten auch Rahmenbedingungen für die Bürgerinnen und Bürger geschaffen werden, um persönliche Kompetenzen im Bereich Gesundheit zu entwickeln, Ressourcen zu stärken und Stigmatisierung zu reduzieren.

**Stellungnahme**

02.07.2024

**Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit“**

— Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf möchte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gestärkte Strukturen für Öffentliche Gesundheit schaffen, um bestehenden und zukünftigen gesundheitlichen Herausforderungen besser begegnen zu können. Mit Sorge sieht die DGPPN der institutionellen Neustrukturierung im Geschäftsbereich des BMG entgegen und befürchtet eine Schwächung und Unterbrechung der Berichterstattung zur psychischen Gesundheit in Deutschland.

— Zentraler Baustein des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Referentenentwurfs ist die Errichtung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM). In diesem soll nicht nur die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgehen, sondern auch Teile des Robert Koch-Instituts (RKI), welches damit in seinen Strukturen geschwächt wird. Als Ziel dieser institutionellen Neuordnung wird genannt, die Öffentliche Gesundheit als wichtigen Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems stärken zu wollen. Aus Sicht der DGPPN birgt die Schaffung von Doppelstrukturen im Gegenteil die Gefahr einer Schwächung der Öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen und der Gesundheitsberichterstattung zur psychischen Gesundheit im Speziellen. Im Folgenden legen wir die Gründe für unsere Einschätzung im Detail dar.

**1. Dysfunktionale Versäulung durch institutionelle Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten**

Besonders kritisch betrachtet die DGPPN die institutionelle Trennung der Zuständigkeit für Infektionserkrankungen beim RKI in Abgrenzung zu nicht übertragbaren Krankheiten beim BIPAM. Spätestens die Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass übertragbare und nicht übertragbare Erkrankungen in komplexen Wechselwirkungen zueinanderstehen können. Besonders eindrücklich war in der Pandemie zu beobachten, welche Effekte Maßnahmen zur Eindämmung einer Infektionskrankheit auf die psychische Gesundheit in Deutschland hatten. Eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit ist daher unerlässlich, jedoch in getrennten Einrichtungen nur schwer realisierbar. Dies gilt ebenso für die Umsetzung eines One-Health-Ansatzes, dessen Bedeutung ebenfalls in der COVID-19-Pandemie mehr als deutlich geworden ist. Die praktischen Schwierigkeiten der Umsetzung einer

institutionellen Trennung von übertragbaren und nichtübertragbaren Erkrankungen zeigen sich auch im Gesetzentwurf: So wird die Zuständigkeit für „nicht übertragbare Krankheiten, die in Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten stehen“, weiterhin beim institutionell geschwächten RKI gesehen. Es drohen ineffiziente Doppelstrukturen, ein erhöhter Koordinationsaufwand zwischen den Institutionen und Mehrausgaben für die Verwaltung. Aus Sicht der DGPPN wird dieser Aufwand unweigerlich zu Lasten der Erfüllung der wichtigen hoheitlichen Aufgaben der Institute für die Öffentliche Gesundheit in Deutschland gehen. Ohne zusätzliche finanzielle Mittel werden diese Aufgaben nicht in vollem Umfang leistbar sein.

## **2. Schwächung und Diskontinuität der Mental Health Surveillance**

Es ist ein Abbau bestehender Strukturen am RKI geplant, bevor neue Strukturen vorhanden sind und die Arbeitsfähigkeit des BIPAM gesichert ist. Zudem ist die Kooperation zwischen RKI und BIPAM (z. B. im Bereich der Datennutzung) weiterhin nicht klar geregelt. Dies hat zur Folge, dass eine nahtlose Weiterführung der derzeit am RKI verorteten Aufgaben nicht im vollen Umfang sichergestellt werden kann. Die DGPPN befürchtet daher eine Schwächung und Unterbrechung der Berichterstattung zur psychischen Gesundheit in Deutschland, nämlich der derzeit am RKI verorteten Mental Health Surveillance (MHS). Eine Schwächung der MHS ist angesichts der dramatischen Veränderungen der psychischen Gesundheit gerade bei jungen Menschen auch nach der Pandemie aus unserer Sicht unverantwortlich. Die MHS als fortlaufendes Monitoring ist eine enorm wichtige Grundlage für „Mental Health in all Policies“, weil sie die Folgen von politischem Handeln und gesellschaftlichen Veränderungen auf psychische Gesundheit erst sichtbar macht. Die Politik beraubt sich mit einer Schwächung der MHS der Möglichkeit, auf solche Veränderungen zu reagieren und zeitnah und gezielt Maßnahmen zu ergreifen. Zudem soll das BIPAM eine Reihe zusätzlicher Aufgaben übernehmen, ohne dass ein Ressourcenaufwuchs vorgesehen ist. Neben der Gefahr einer Unterbrechung durch eine zu erwartende lange Phase des Umbaus und der Überführung droht auch dies zu Lasten der nahtlosen und auskömmlich finanzierten Verstetigung der MHS zu gehen.

## **3. Überholte Konzepte von Prävention und der Dichotomie von Körper und Psyche**

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist es uns wichtig zu betonen, dass die Verortung der Prävention allein innerhalb der Medizin weit hinter den aktuellen Stand der Wissenschaft zurückfällt. Trotz vielfältiger Kritik im Zuge der Ankündigung der Errichtung des BIPAM ist es im vorliegenden Referentenentwurf nicht gelungen, ein überzeugendes Konzept zur Verortung von Prävention in allen Politikfeldern zu präsentieren. Stattdessen findet trotz punktueller Nennungen des wissenschaftlich etablierten von der WHO empfohlenen „Health in all Policies“-Ansatzes eine Einengung von Prävention auf die Medizin und Gesundheitspolitik. Programmatisch steht dafür auch der Name des neu zu errichtenden Bundesinstituts. Gerade

die dringend notwendige Primärprävention von psychischen Krankheiten ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche, sozialpolitische Aufgabe. Verhältnispräventive Ansätze in den Lebenswelten umfassen alle politischen Handlungsfelder, nicht nur die Gesundheitspolitik.

Auch wenn positiv zu bewerten ist, dass psychische Gesundheit im Referentenentwurf Berücksichtigung findet, wird diese stets in Abgrenzung zur physischen Gesundheit genannt. Dies deutet auf eine überholte Dichotomisierung von Körper und Psyche hin. Ähnlich wie bei Punkt 1 ausgeführt, verhindert diese Konzeptualisierung die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und ihrer biopsychosozialen Einflussfaktoren. Auf dieser Basis ist die hochaktuelle gesellschaftliche Herausforderung der Prävention psychischer Erkrankungen aus Sicht der DGPPN nicht zu bewältigen. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit bedarf daher einer festen Verankerung im Gesetzentwurf.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

DGPPN-Präsident

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: [praesident@dgppn.de](mailto:praesident@dgppn.de)

- Stellungnahme -

## **Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit vom 16.07.2024.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass ein Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit auf den Weg gebracht werden soll. Wie es auch als Zielstellung des Gesetzes beschrieben ist, benötigt es eine dringende Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland und deren Vernetzung, vor allem um für große Herausforderungen, wie es die COVID-19-Pandemie war, besser für den Ernstfall vorbereitet zu sein. Darüber hinaus ist die Erkenntnisgewinnung durch Analyse und/oder Erhebung von Daten, die darauf gestützte Entwicklung von Konzepten und deren Evaluation zur Verringerung der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen sehr zu begrüßen. Gerade durch die Zunahme chronischer Erkrankungen, auch bei jüngeren Menschen, oder die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, ist dieses Vorgehen zwingend geboten für den Erhalt der Lebensqualität der Bevölkerung sowie für die Reduktion der Kosten für das Gesundheitswesen, die durch chronische Erkrankungen und vor allem durch deren Folgen entstehen. Da in Deutschland bei 58,8 % der Menschen eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz erhoben wurde, sind auch die geplanten Maßnahmen dieses Gesetzes zur Verbesserung ein erster Schritt und werden seitens des DBfK begrüßt.[1] Dass dabei die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit und Aspekte von gesundheitlicher Ungleichheit mit dem Fokus auf Chancengleichheit einbezogen werden sollen, unterstützt der DBfK ebenfalls.

Wir begrüßen auch die Schaffung eines digitalen Gesundheitspanels. Wir erhoffen uns davon, dass zukünftig eine zuverlässige und datenbasierte Grundlage für Interventionen geschaffen wird, um noch bessere evidenzbasierte Konzepte zur Primärprävention von chronischen Erkrankungen zu erstellen und diese zu evaluieren.

Der DBfK muss jedoch auch feststellen, dass die Schaffung eines digitalen Dashboards zur Gesundheit in Deutschland in Aufgabenbeschreibungen des RKI zu finden ist. Darüber hinaus zeigen sich, mit Ausnahme des Zentrums für Krebsregisterdaten, Überschneidungen mit den Aufgaben der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des RKI.[2] Diese Aufgaben erscheinen zukünftig eher in das Aufgabengebiet des BIPAM zu fallen und sollten, wie auch die Änderungen des Bundeskrebsregisterdatengesetzes (Artikel 3), im Gesetz zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheit geregelt werden.

Es ist aus unserer Sicht auch sinnvoll, eine Kooperation mit dem RKI verbindlicher im Gesetz zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheit zu regeln. Der geplante Kooperationsvertrag findet sich lediglich in der Gesetzesbegründung. Dies ist gerade in Hinblick auf weitere Überschneidungen, wie z. B. die nicht übertragbaren Erkrankungen, die im Zusammenhang mit übertragbaren Erkrankungen stehen und somit in die Zuständigkeit des RKI fallen, aber gleichermaßen – unter Vernachlässigung des Zusammenhangs mit einer übertragbaren Erkrankung - auch dem BIPAM zugeordnet werden können. Daher sollte die Wichtigkeit der Kooperation zwischen diesen beiden Bundesinstituten auch eine gesetzliche Verankerung finden.

Kritisch sieht der DBfK die freiwillige Vernetzung von Akteuren der Öffentlichen Gesundheit und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus §§ 1 Abs. 3 Satz 1 und 2 Abs. 2 Punkt 3. Das Ziel des

Gesetzes sollte es sein, künftige Herausforderungen im Gesundheitssystem besser bewältigen zu können und die Strukturen der Öffentlichen Gesundheit in den Ebenen der Prävention, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes zu stärken. Dem BIPAM soll dabei eine koordinierende und vernetzende Funktion zukommen. Dem dabei wichtigen Ansinnen der Vernetzung der Akteure - was damit eine Grundlage der Arbeit des BIPAM darstellt - sollte mehr Verbindlichkeit verliehen werden, da sonst diese Aufgabe des Bundesinstituts zu scheitern droht. Eine ähnliche Gefahr birgt die in der Gesetzesbegründung aufgeführte Entwicklung von unverbindlichen, evidenzbasierten Handlungsempfehlungen, wissenschaftlichen Leitlinien und Standard Operating Procedures (SOPs). Hier sollte ebenfalls eine höhere Verbindlichkeit geschaffen werden, da Standards, Leitlinien und SOPs wichtige Handlungsorientierung bspw. im Falle von Pandemien bieten können. Darüber hinaus stellen sie durch die Evidenzbasierung den aktuellen wissenschaftlichen Stand dar, der eingehalten werden sollte. Besteht diese Verbindlichkeit nicht, dann ist es möglich, dass im Anwendungsfall ein unterschiedliches und ggf. nicht evidenzbasiertes Handeln der Akteure erfolgt. Dies konterkariert die Zielstellung dieses Gesetzes. Bei der Verbindlichkeit ist aber darauf Wert zu legen, dass die Regelungen auch Handlungsspielraum für die Anpassung an regionale Bedarfslagen zulassen, was die Akzeptanz und die Anwendbarkeit verbessern dürfte.

Auch wenn der DBfK die Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland begrüßt, erachten wir eine evidenzbasierte, zielgruppenspezifische, insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Kommunikation im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit als nicht ausreichend angesichts der besorgniserregenden Datenlage. Nach der Definition von Gesundheitskompetenz besteht der erste Schritt darin, relevante Gesundheitsinformationen zu finden.[3] Der DBfK zweifelt daran, dass die Maßnahmen des BIPAM ausreichend sein werden, um allein diesen ersten Schritt für die Bevölkerung zugänglicher zu machen. Wir sehen es als geboten an, solche Maßnahmen in niedrigschwellige Beratungsangebote zu integrieren, da es naheliegt, dass es individuelle und spezifische Anleitung benötigt wird, um die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung langfristig und nachhaltig zu verbessern. Solche Beratungsangebote waren Ziel der Gesundheitskioske, die mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune eingerichtet werden sollten. Diese sind jedoch im Kabinettsentwurf vom 22.05.2024 nicht mehr enthalten. Der DBfK fordert an dieser Stelle nochmals, dass Gesundheitskioske wieder in das benannte Gesetz aufgenommen werden, da sie zum einen die Gesundheitsversorgung im Quartier verbessern und zum anderen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Menschen leisten können und damit die Arbeit des BIPAM vor Ort unterstützen. Das Aufgabenportfolio der Community Health Nurse (CHN), die u.a. in Gesundheitskiosken wirken könnte, beinhaltet die Förderung der Gesundheitskompetenz. Der DBfK fordert die zügige Einführung des Berufsbildes CHN, wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung benannt, im Rahmen des noch ausstehenden ANP-Gesetzes als Vertiefungsrichtung der APN. Das kann nicht nur zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz führen, sondern auch die Primärprävention und die Gesundheitsförderung stärken und ist damit eine wichtige Unterstützung für eine zielführende und nachhaltige Arbeit des geplanten BIPAM.

Der DBfK sieht die Fokussierung auf „gemeingefährliche Erkrankungen“ als unglücklich formuliert an. Die Arbeitsschwerpunkte des BIPAM sollten sich an Prävalenzdaten zu nicht übertragbaren Krankheiten orientieren, die im beabsichtigt einzurichtenden Gesundheitspanel durch das BIPAM abgebildet werden sollten. Eine Konzentration auf die wichtigsten nicht übertragbaren Erkrankungen aufgrund von Prävalenz und aufgrund ihres Chronifizierungspotenzials, ermöglicht Forschung und die Entwicklung von Interventionsprogrammen für Maßnahmen der primären und sekundären Prävention. Das könnte langfristig die Prävalenz dieser Krankheitsbilder nachhaltig beeinflussen und Kosten für das Gesundheitssystem reduzieren.

Der DBfK sieht die gewählte Bezeichnung „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ als irreführend an. Wir stützen uns dabei weitgehend auf die bereits bestehende Kritik. Leistungen der Prävention und der Aufklärung/Anleitung zu gesundheitsbewussten Verhaltensweisen sind keine alleinige Leistung der Medizin. Vielmehr ist es eine Anstrengung, die viele Professionen aus unterschiedlichen Bereichen leisten, wie der Pflege oder den Gesundheitswissenschaften. Die

internationale Studienlage dazu ist eindeutig. Die Bezeichnung "Medizin" erkennt weder die Leistungen anderer Gesundheitsberufe an, noch wird sie dem Zweck des Instituts gerecht, dessen Ziel es sein soll, gestärkte Strukturen für Öffentliche Gesundheit zu schaffen, um alle Ebenen der Prävention, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes im Hinblick auf die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen für die Gesundheit in der Bevölkerung fortzuentwickeln.[4,5] Das Festhalten an überkommenen hierarchischen Strukturen mit dieser Begrifflichkeit erscheint nicht zukunftsorientiert.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in weiten Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

## Vorschläge zur Änderung einzelner Regelungen

### Artikel 1

### **Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM–ErrichtungsG)**

#### **§ 1 Errichtung, Zweck und Sitz**

Änderungsvorschlag zu § 1 Abs. 1, 2 und 3

- (1) Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit wird zum 1. Januar 2025 das „Bundesinstitut für Prävention und ~~Gesundheitsförderung in der Medizin~~“ (Bundesinstitut) als selbständige Bundesoberbehörde errichtet.
- (2) Das Bundesinstitut führt das Kürzel **BIPG**.
- (3) Zweck der Errichtung des Bundesinstituts ist die Zusammenführung und Neuordnung von Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich der Öffentlichen Gesundheit im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, die ~~freiwillige~~ Vernetzung von Akteuren der Öffentlichen Gesundheit und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit weiteren Akteuren sowie die Stärkung der Kommunikation und der Forschung in den in der Zuständigkeit des Bundes liegenden Aufgaben auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit.

#### Begründung

Die bereits ausgeführte Irritation, die die Bezeichnung "Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin" hervorruft, wird durch diesen Änderungsvorschlag eliminiert. Sie schießt zwar nicht aktiv alle Akteure im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ein, aber auch keine aus und signalisiert damit Offenheit für das Handlungsfeld. Die Hinzunahme der Gesundheitsförderung betont stärker die Wichtigkeit eines der Ziele des Gesetzes, nämlich den Ansatz von Health in All Policies umzusetzen.

Die Streichung der Freiwilligkeit in Abs. 3 kann die Verbindlichkeit für eine Vernetzung stärken, die aus Sicht des DBfK in den dargelegten Bereichen erforderlich ist.

#### **§ 2 Aufgaben des Bundesinstituts**

Änderungsvorschlag für § 2 Abs. 2 Nummer 3

3. Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch ~~freiwillige~~-Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit,

#### Begründung

Die Streichung der Freiwilligkeit kann die Verbindlichkeit für eine Vernetzung im Rahmen der Aufgabenerfüllung des Bundesinstituts stärken, die aus Sicht des DBfK erforderlich ist.



## Referenzen

- 1 Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, *et al.* Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung 2021.
- 2 Robert Koch Institut (RKI) DJ. Das Public Health Institut - Das Robert Koch-Institut im Überblick. 2023.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesundheitskompetenz. BMG. 2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz> (accessed 9 October 2024)
- 4 Körver, Ines. Prävention: Warten auf den Paradigmenwechsel. AOK Bundesverb. Presse Polit. 2024. <https://www.aok.de/pp/gg/praevention/bipam/> (accessed 9 October 2024)
- 5 Götz, Thomas, Rosenbrock, Rolf. „Blick nach hinten“ Eine Kritik am geplanten BIPAM. 2023.

Berlin, 14.10.2024

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.**

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de) | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

## **Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
Öffentlichen Gesundheit**

**Bundestags-Drucksache 20/12790**

**Stand: 10.10.2024**

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel: 030 34646-2299  
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Zusammenfassung.....</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs .....</b>	<b>5</b>
<b>Artikel 1 Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und     Aufklärung in der Medizin (BIPAM – ErrichtungsG).....</b>	<b>5</b>
<b>§ 2 Absatz 2: Aufgaben des Bundesinstituts: Nummer 1, 3 und 5 .....</b>	<b>5</b>
Nummer 1: Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen .....	5
Nummer 3: Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch freiwillige Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit.....	5
Nummer 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 .....	6
<b>§ 4 Überleitung der Beschäftigten .....</b>	<b>7</b>
<b>D Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand sowie E.3 Erfüllungsaufwand der     Verwaltung.....</b>	<b>8</b>

## I. Zusammenfassung

Etwa 4 von 10 Todesfällen in Deutschland sind auf die Risikofaktoren Tabak, Alkohol, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel zurückzuführen. Die Krankheitslast in Deutschland und damit der Bedarf an medizinischer Versorgung wird maßgeblich durch diese vermeidbaren, verhaltensbedingten Risiken beeinflusst und sie ist ungleich verteilt. Menschen mit sozioökonomisch niedrigem Status sind überproportional stark betroffen. Obwohl Deutschland EU-weit die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf ausweist, haben wir mit Blick auf die Mortalität nur eine Schlusslicht-Position unter den westeuropäischen Staaten. Des Weiteren wird der zunehmende Bedarf an medizinischer Versorgung immer wieder als Herausforderung für die Ressourcen und Strukturen unseres Gesundheitssystems gesehen. Der wesentliche Grund dafür sind Versäumnisse in der Prävention im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatzes zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen.

Die größten Hebel liegen in den Rahmenbedingungen für die Gesunderhaltung und damit außerhalb des Gesundheitswesens. Diese Hebel werden aber nur unzureichend genutzt, was sich u. a. an der Ernährungs-, Mobilitäts- sowie der Tabak- und Alkoholpolitik zeigt. Statt einer Unterstützung der Menschen zur Gesunderhaltung durch Primärprävention nehmen wir die politische Tendenz wahr, die vermeidbare Krankheitslast mit einer ständigen Ausweitung der Behandlung, über Sekundär- und Tertiärprävention, zu beantworten. Man lässt die Menschen erst krank werden, um ihnen dann zu helfen, wieder gesund zu werden. Dies ist mit Blick auf die demografische Entwicklung keine zukunftsfähige Strategie und verengt entgegen einschlägiger wissenschaftlicher Erkenntnisse die Prävention auf die Vorbeugemedizin.

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit und der Schaffung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin verbindet die AOK-Gemeinschaft die Erwartung, dass ein Kurswechsel eingeläutet wird: Das neue Institut muss aus unserer Sicht die Grundlage für eine politische Gesamtstrategie gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen schaffen. Es muss als zentrale Vernetzungsstelle zwischen Gesundheits-, Arbeits-, Bildungs-, Ernährungs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts-, Verkehrs- und Umweltpolitik eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit mit einem breiten Gesundheitsverständnis anstreben. Da sich die Entscheidungskompetenz über die Rahmenbedingungen nicht nur über Sektoren, sondern in einem föderalen Staat wie Deutschland auch erheblich über die unterschiedlichen Ebenen verteilt, muss es zudem die zuständigen Einrichtungen im Bund, den Ländern und Kommunen besser vernetzen und somit bei ihrer Aufgabenerfüllung unterstützen. Knowhow von Wissenschaft, Praxis und den Sozialversicherungsträgern muss zielgerichteter zusammengeführt werden.

Ob das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit erreicht werden wird, ist leider zu bezweifeln.

Zwar nennt der Entwurf in der Problembeschreibung und in der Gesetzesbegründung unter anderem auch die Zielsetzung, ein umfassendes Gesundheitsverständnis institutionell und inhaltlich zu stärken. Doch im Vergleich zum Referentenentwurf ist diese Aufgabenbeschreibung stark in den Hintergrund gerückt.

Beispielsweise ist die – für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik nach einhelliger Einschätzung essenzielle – Verankerung des Health-in-all-Policies-Ansatzes gleich an mehreren Stellen abgeschwächt oder gar entfernt worden. So war in der Problembeschreibung zuvor noch von einer „Notwendigkeit eines Health-in-all-Policies-Ansatzes im Sinne einer sektorenübergreifenden Kooperation“ die Rede. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung werden an gleicher Stelle lediglich die „Bedeutung und Vorteile“ des Ansatzes im Sinne einer „sektorenübergreifenden, freiwilligen Kooperation“ benannt. In der Lösung sowie Begründung war der Health-in-all-Policies-Ansatz zuvor umfangreich beschrieben und wird nun gar nicht mehr erwähnt.

Damit zeigt letztlich die Ressortabstimmung zum Referentenentwurf und die daraus resultierenden Änderungen selbst, wo die größten Herausforderungen liegen: Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik scheitert in der Regel an Sektorengrenzen und Kompetenzfragen. Ein Institut des Bundes im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit stößt daher schnell an Grenzen. Die Antworten darauf, wie diese zentrale Herausforderung gelöst werden soll, bleibt aus Sicht des AOK-Bundesverbandes der Gesetzentwurf schuldig.

Hinzu kommt, dass der verankerte jährliche Mehrbedarf für das Institut ab 2026 von ehemals 30 Millionen Euro auf 14,5 Millionen Euro reduziert wurde und keine ausreichenden Mittel für die Fortsetzung der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verankert sind. Die Kompetenzen für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik waren ohnehin knapp bemessen. Nun sind es auch die zur Verfügung stehenden jährlichen Mittel. Das sind keine guten Vorzeichen für den dringend benötigten Kurswechsel hin zu einer politischen Gesamtstrategie gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.

## II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

### Artikel 1 Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM – ErrichtungsgG)

#### § 2 Absatz 2: Aufgaben des Bundesinstituts: Nummer 1, 3 und 5

##### Nummer 1: Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen

Es ist zu begrüßen, dass in der Aufgabenbeschreibung die gesundheitlichen Rahmenbedingungen explizit benannt werden. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sind der Schlüssel, um eine bessere Gesundheit Aller in Deutschland zu erreichen. Eine ressortübergreifende Forschung, welche die ungenutzten Potenziale einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zum Gegenstand hat, ist somit eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Die Aufgabenbeschreibung sollte sich an dieser Stelle jedoch nicht auf ein Monitoring beschränken. Neben der „Beobachtung“ sollte das neue Institut auch für die „Bewertung“ der gesundheitsrelevanten Faktoren und gesundheitlichen Rahmenbedingungen zuständig sein, um Empfehlungen für evidenzbasierte Maßnahmen der Primärprävention im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatzes aussprechen zu können.

Änderungsvorschlag:

- „1. Beobachtung und Bewertung von gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen,“

##### Nummer 3: Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch freiwillige Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit

Die öffentliche Gesundheit in Deutschland ist föderal organisiert und umfasst Zuständigkeiten, Aufgaben und Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene. Das neu zu gründende Institut sollte im Schwerpunkt die Verzahnung von Bund, Land und Kommunen forcieren unter Einbindung und Vernetzung von Wissenschaft, Praxis und Politik. Hierzu ist die Implementierung einer institutionalisierten Kooperations- und Vernetzungsplattform mit Beteiligung der Länder erforderlich. Das Knowhow und die Leistungen der Sozialversicherungsträger sind hierbei ebenfalls einzubinden. Dies ermöglicht nicht nur eine systematische Verzahnung von Leistungen und Knowhow, sondern auch eine für die Bevölkerungsgesundheit zielgerichteter Zusammenführung relevanter Initiativen, wie beispielsweise bundesweite Bewegungs-, Ernährungs- oder Demenzstrategien.

Diese Aufgabenstellung sollte sich möglichst eindeutig im Errichtungsgesetz widerspiegeln. Die aktuelle Formulierung erscheint zu unbestimmt.

Änderungsvorschlag:

- „3. Stärkung der Öffentlichen Gesundheit durch Kooperation und Vernetzung mit Akteuren der Öffentlichen Gesundheit aus Bund, Ländern, Kommunen, Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Sozialversicherungsträgern“

#### **Nummer 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**

Die Last durch nichtübertragbare Krankheiten ist ungleich verteilt. Die vorliegenden Studien zeigen weitgehend übereinstimmend, dass Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status deutlich häufiger von nichtübertragbaren Erkrankungen betroffen sind und eine niedrigere Lebenserwartung haben. Dieser soziale Gradient zeigt sich u. a. bei Adipositas, Typ-2-Diabetes, Lungenkrebs, Schlaganfall, psychischen Erkrankungen und der koronaren Herzkrankheit. Die gesundheitliche Chancengleichheit in allen Altersgruppen zu verbessern ist ein zentrales Anliegen von Public Health. Dies sollte sich auch in der Aufgabenbeschreibung des neuen Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin widerspiegeln.

Änderungsvorschlag:

- „5. Stärkung der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten, Stärkung der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz sowie Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Bevölkerung, jeweils im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes,“

#### § 4 Überleitung der Beschäftigten

Ein Teil der Beschäftigten des Robert Koch-Instituts soll in das neue Institut übergeleitet werden. Das betrifft insbesondere die Gesundheitsberichterstattung.

Zu Jahresbeginn wurden Pläne bekannt, wonach ein Drittel bzw. die ganze Abteilung 2 des Robert Koch-Instituts (RKI) in das neue Institut überführt werden sollten, womit eine institutionelle Trennung zwischen übertragbaren (RKI) und nichtübertragbaren (BIPAM) Krankheiten auf Bundesebene verbunden wäre. Dies hätte nicht bloß dem „One Health-Ansatz“ widersprochen. Ein solch umfassender Umbau des RKI wäre auch mit einer erheblichen Schwächung der Public-Health-Strukturen auf Bundesebene einher gegangen.

Nach unserem Verständnis des nun vorliegenden Regelungsvorschlags soll nicht die gesamte Abteilung 2, aber insbesondere die Gesundheitsberichterstattung, einschließlich Gesundheitsmonitoring, aus dem RKI in das neue Bundesinstitut überführt werden. Eine strikte institutionelle Trennung zwischen übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten ist nicht vorgesehen. Dass von dieser Idee Abstand genommen wurde, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft zu begrüßen.

Trotzdem bleibt offen, weshalb die Gesundheitsberichterstattung aus dem RKI herausgelöst und in einem neuen Institut neu aufgebaut werden sollte. Im Sinne der Kostenökonomie, Verwaltungseffizienz und zur Vermeidung von Ressourcenverlusten wäre es vorteilhaft, die Gesundheitsberichterstattung im RKI zu belassen und die Forschung des neuen Instituts komplementär dazu auszurichten. Das RKI könnte weiterhin die Krankheitslast und das Gesundheitsverhalten erforschen, das neue Institut könnte schwerpunktmäßig das Potenzial, die Machbarkeit und Ausgestaltung von Maßnahmen zur Eindämmung der Krankheitslast untersuchen (vgl. vorangegangene Anmerkungen zu § 2 Absatz 2: Aufgaben des Bundesinstituts). Die Vorteile des Regelungsvorschlags, die Gesundheitsberichterstattung vom RKI in das neue Institut zu überführen, werden im Gesetzentwurf nicht schlüssig dargelegt.



## **D Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand sowie E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Im vorliegenden Gesetzentwurf sind, anders als im Referentenentwurf, ab dem Jahr 2026 anstatt 30 Millionen Euro lediglich 14,5 Millionen Euro jährlicher Mehrbedarf verankert. Zudem sind im vorliegenden Gesetzentwurf keine ausreichenden Mittel für die Fortsetzung der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verankert.

Zum Budget allgemein: Um den Kurswechsel hin zu einer politischen Gesamtstrategie gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen einzuleiten, benötigt es starke Public-Health-Strukturen auf der Bundesebene, die auskömmlich von staatlicher Seite finanziert werden. Während sich die beschriebenen Aufgaben des neuen Instituts im Vergleich zum Referentenentwurf nicht wesentlich verändert haben, wurde der jährliche Mehrbedarf ab 2026 mal eben halbiert. In der Folge sind nicht nur die Kompetenzen für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik knapp bemessen (s. o.), sondern auch die zur Verfügung stehenden Mittel. Das sind keine guten Vorzeichen für den dringend benötigten Kurswechsel hin zu einer politischen Gesamtstrategie gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.

Zur Fortsetzung der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen:

Die KiGGS-Studie war ein Meilenstein der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Es war die einzige Studie in Deutschland, welche die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen umfassend, über ein breites Themenspektrum und bevölkerungsrepräsentativ abbildete. Da die Erhebung der KiGGS Welle 2 (2014-2017) mittlerweile sieben bis zehn Jahre zurück liegt, sind die Daten jedoch veraltet und lassen Jahr für Jahr weniger Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen zu. Um evidenzbasierte Entscheidungen zu ermöglichen, ist eine Neuaufgabe und Verstetigung der KiGGS-Studie dringend zu empfehlen auch vor dem Hintergrund der möglichen gesundheitlicher Folgen durch die Coronapandemie. Für die Fortsetzung der Studie sollten entsprechend im Haushalt ausreichend Mittel verankert werden. Dies ist aktuell nicht der Fall. Die für den Aufbau eines Kinder- und Jugendpanels im Gesetzentwurf veranschlagten 2,5 Millionen Euro sind bei weitem nicht ausreichend, um eine belastbare Datenbasis für die Kinder und Jugendgesundheit in Deutschland zu schaffen.



## Stellungnahme des BVVA

zu den

Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/Die Grünen und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD-StärkungG) (Ausschuss-Drucksache 20(14)226.1 vom 14. Oktober 2024)

### 1. Änderungsantrag 1 – Schutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker

Wir begrüßen, dass das Impfangebot in der Apotheke auf Totimpfstoffe ausgeweitet werden soll. Die mittlerweile etablierte Impfpraxis zum Gripeschutz und gegen den Covid 19-Erreger in den Apotheken zeigt, dass auf diese Weise viele Menschen erreicht werden, die ohne dieses niedrighschwellige Angebot auf Impfschutz verzichten würden.

### 2. Änderungsantrag 5 – Favorisierte Apotheken

Eine Regelung, wonach Pflegebedürftige künftig eine oder mehrere „favorisierte Apotheken“ benennen können sollen, die ohne die ansonsten erforderlichen elektronischen Zugangsdaten auf die bei der Gematik für den Patienten eingehenden hinterlegten E-Rezepte zugreifen können, lehnen wir ausdrücklich ab. Die geplante Regelung gefährdet die Heimversorgung und lässt sich nicht gegen Missbrauch absichern.

Für Heimbewohner muss es vielmehr bei der im Änderungsantrag 8 beschriebenen Versorgung durch heimversorgende Apotheken bleiben. Die (zusätzliche) Benennung (weiterer) favorisierter Apotheken würde die erforderliche und bewährte Kontrollfunktion der heimversorgenden Apotheke bezüglich der Gesamtmedikation der an der zentralen Arzneimittelversorgung teilnehmenden Patienten gefährden.

Für Pflegebedürftige, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sollte dringend der Abschluss eines Versorgungsvertrages analog § 12a ApoG zugelassen werden; die Arzneimittelversorgung sollte dann entsprechend dem Änderungsantrag 8 erfolgen.

Für Pflegebedürftige ohne Pflegedienste besteht das Recht zur Beauftragung privater Dritter mit der Einlösung des E-Rezepts; der Benennung favorisierter Apotheken bedarf es auch hier nicht.



Die vorgesehene Regelung, die vordergründig wegen des Botendienstes der Vor-Ort-Apotheke geschaffen werden soll, würde letztlich dem Versandhandel Tür und Tor öffnen.

### **3. Änderungsantrag 8 – Erleichterte Rezeptübermittlung an heimversorgende Apotheke**

Die vorgeschlagene Klarstellung im neu einzufügenden § 12 Abs. 4 ApoG ist richtig und verdient volle Unterstützung.

Im Kontext der Neuregelung wird kein einziger Heimbewohner einer Apotheke zugewiesen. Vielmehr wird die jahrzehntelange Praxis, dass die Arztpraxis der heimversorgenden vertragsgebundenen Apotheke die vom Heim angeforderten Verordnungen – beim E-Rezept nunmehr u.a. via KIM – direkt zuleiten darf, in die E-Rezept-Welt übertragen.

Die Apothekenwahlfreiheit der Heimbewohner ist in diesem Fall nicht tangiert, da sie sich schon für die heimversorgende vertragsgebundene Apotheke als ihre Versorgungsapotheke entschieden haben. Oftmals übernehmen die heimversorgenden Apotheken das sog. Reichweitenmanagement für dauerhafte Medikationen der Heimbewohner und fordern die Verordnungen bei den Arztpraxen an. Auch das geschieht nur, wenn es vertraglich mit der Pflegeeinrichtung geregelt und behördlich genehmigt ist.

Die geäußerte Befürchtung, dass ein Heimbewohner durch die Neuregelung nicht mehr die Möglichkeit haben könnte, den Arzt im Einzelfall um die Zuleitung an eine andere als die heimversorgende Apotheke zu bitten, ist realitätsfremd. Im neuen Absatz 4 wird nur eine Absprachemöglichkeit zur direkten Übermittlung von (elektronischen) Verordnungen zwischen der heimversorgenden Apotheke und dem Arzt eröffnet und kein Zwang des Arztes, den im Einzelfall geäußerten Wunsch eines Heimbewohners zu ignorieren.

Das Ziel der Klarstellung in Absatz 4, die Aufwände in den stationären Pflegeeinrichtungen zu reduzieren, wird dadurch erreicht. Realität ist, dass die Pflegeeinrichtungen nicht das notwendige Personal vorhalten (können), um selbst die gesamte Kommunikation zu benötigten ärztlichen Verordnungen für die Heimbewohner gewährleisten zu können. Deshalb werden heute E-Rezepttoken massenweise in den Arztpraxen auf A-4-Papier ausgedruckt und den Pflegeeinrichtungen gebracht oder gar an diese gefaxt. Von dort wird der Stapel sodann an die heimversorgende Apotheke weitergebracht oder gar weitergefaxt, ohne dass das Pflegepersonal eine fachliche Prüfung vornimmt oder auch nur vornehmen könnte. Gefaxte E-Rezept-Token sind in der heimversorgenden Apotheke häufig nicht lesbar, so dass sie die Apotheke zwangsläufig wieder an die Arztpraxis wendet. Das alles dient nicht zeitnahen und sicheren Patientenversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen.



Bundesverband der  
Versorgungsapotheker e.V.

HEIM-, KLINIK-, PALLIATIV- & SUBSTITUTIONSVERSORGUNG

Für die heimversorgenden Apotheken ist es – wie auch jetzt schon – vertragliche Pflicht und gelebte Praxis, dass sie die verordnete Medikation für die Heimbewohner an die Pflegeeinrichtung kommuniziert. Sobald die Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, wird dies ebenfalls via KIM möglich sein. Bis dahin wird die Kommunikation zwischen den Pflegeeinrichtungen und der jeweiligen heimversorgenden Apotheke wie bisher vertraglich vereinbart erfolgen.

Berlin, 16.10.2024

  
Heike Gnekow  
Vorsitzende

  
Christiane Müller  
Geschäftsführerin