

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) zum „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit“**

Die DGSPJ bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Verbändebeteiligung. Zugleich verweisen wir auf die bisherigen Ausführungen in unserem Positionspapier zur Gründung eines neuen Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit vom 16.2.2022 (<https://www.dgspj.de/stellungnahmen>) sowie die mitunterzeichnete Stellungnahme des Zukunftsforum Public Health. (<https://zukunftsforum-public-health.de/bundesinstitut-fuer-praevention-und-aufklaerung-in-der-medizin-verpasste-chance-fuer-public-health-in-deutschland/>).

Zu den Artikeln 2-5 des Entwurfs besteht seitens der DGSPJ kein Kommentierungsbedarf. Zum „BIPAM-Errichtungsgesetz“ im Artikel 1 führen wir aus:

1. Wie in der synoptischen Gegenüberstellung des bisherigen und neuen Rechts dargestellt, betreffen die Änderungen fast ausschließlich den Ersatz des Begriffes BZgA durch BIPAM. Daraus leitet sich ab, dass keine grundlegende Veränderung des Aufgabenspektrums erfolgen, sondern es unmittelbar von der bisherigen auf die neue Institution übertragen werden soll. Entsprechendes gilt für die Arbeitsweise, soweit gesetzlich festgelegt. Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, was dann der Mehrwert der neuen Organisationsstruktur ist. Gleichzeitig wird auch nicht ausgeführt, wie die genannten Ziele konkret befördert werden sollen.

In Konsequenz ist zu hinterfragen, welche Kosten (bei identischer Aufgabenübertragung) allein durch die Namensänderung bei sämtlichen Produkten in der weiten Palette des Themenspektrums und der darauf bezogenen Materialien der BZgA (print und digital) für den Steuerzahler entstehen.

2. §2 (3) Pkt4 beschreibt die Herauslösung des Aufgabenbereichs Gesundheitsberichterstattung (GBE) aus dem RKI. Welche Institution bundesseitig die GBE künftig übernehmen, wer zusätzlich als Datenquelle eingebunden werden und in welcher Weise die besondere Expertise des RKI Berücksichtigung finden soll, geht aus dem Referentenentwurf nicht hervor. Die DGSPJ verweist darauf, dass gerade für die Kinder- und Jugendgesundheit und deren Einflussfaktoren einschließlich sozialer Determinanten bisher grundlegende, repräsentative epidemiologische Erkenntnisse durch das RKI zur Verfügung gestellt und nutzbar gemacht worden sind. Als Beispiel sei die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) in den verschiedenen Wellen genannt. Auch und gerade hinsichtlich der Coronafolgen sind derartige repräsentative Erhebungen mit hoher Studien- und Datenqualität inklusive des Monitorings seitens der Bundesebene unverzichtbar (analog der aktuellen HBSC-Studie). Dies betrifft alle Altersstufen. So sollten auch die Altersberichte der Bundesregierung nicht am BMFSFJ bzw DZA angesiedelt, sondern gemäß HiaP ressort- und demographieübergreifend gedacht und gebündelt werden.
3. Das Aufgabenportfolio des RKI wird auch an einer anderen Stelle reduziert: künftig soll sich seine Zuständigkeit ausschließlich auf übertragbare Krankheiten erstrecken, ergänzt um diejenigen nicht übertragbaren Krankheiten, die mit diesen in Zusammenhang stehen. Offen bleibt, wer die bisherig inkludierten Aufgaben der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD)

ohne Bezug zu Infektionsgeschehen (zumal oft nicht leicht zu trennen) übernehmen und welche zusätzliche (insbesondere medizinische) Expertise in der Dateneinordnung und Interpretation die vorhandene RKI- und BZgA- Expertise ergänzen soll.

4. Das bisher beim RKI geführte Krebsregister soll künftig dem BIPAM zugeschrieben werden. Gehen damit alle diesbezüglich notwendigen Querschnittskompetenzen auch aufs BIPAM über?
5. In § 8 (2) wird als neue (aus DGSPJ-Sicht punktuelle und nicht gesetzlich gesondert zu regelnde) Aufgabe des BIPAM gefordert, dass bis zum 1.7.2024 den Cannabis-Anbauvereinigungen die erforderlichen Informationen und Hinweise in leicht verständlicher Sprache und digital zum Herunterladen bereitzustellen seien. In der öffentlichen Diskussion wird dieses bisher nicht erfüllte Erfordernis bereits heftig reklamiert. Aus unserer Sicht ist dies nicht separat erwähnenswert, da es auch in diesem (nicht ganz neuen) Themenbereich bereits unter die regulären Aufgaben der BZgA fällt.
6. **Unverändert sind die Regelungen zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Nationalen Präventionskonferenz.** Dies entspricht nicht dem im Begründungstext des Gesetzes proklamierten Health-in-all-Policies-Ansatz. Sofern keine weitere Struktur gefunden wird, Politikbereich übergreifend verbindlich zu kooperieren, bleibt hier aus Sicht der DGSPJ eine große Chance ungenutzt, eine bessere Basis für New Public Health aufzubauen. Insbesondere für die elementar wichtigen Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung wäre dies von enormer Bedeutung. In welcher Weise eine Nationale Präventionsstrategie, wie auch immer sie konzipiert werden mag, verankert und umgesetzt werden kann, bleibt somit offen. Es muss infrage gestellt werden, ob so dem gewünschten Paradigmenwechsel in Bezug auf die Öffentliche Gesundheit Vorschub geleistet werden kann. Die Chance für eine Neuordnung der Präventionskonferenz wird damit nicht erkannt. Ebenso ist an keiner Stelle der Nationale Zieleprozess, der einst als Vorläufer des Präventionsgesetzes konzipiert war, erwähnt. bzw wie er aufgelöst und in eine neue Präventionsstrategie integriert werden kann.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass ein Arbeitsschwerpunkt des BIPAM die „**freiwillige Vernetzung des ÖGD mit weiteren Akteurinnen und Akteuren der öffentlichen Gesundheit**“ sein soll. Unabhängig davon, dass diese Vernetzung auf kommunaler und Ländereien vielerorts bereits besteht und Früchte trägt, wird auf diesen föderalen Ebenen auch der Public Health Action Cycle gelebt. In wieweit BIPAM und RKI diesen „in enger Zusammenarbeit umsetzen“ können, wie es die Begründung fordert, muss aus vielen Gründen infrage gestellt werden. So ist per definitionem ein konkretes operatives Element Bestandteil dieses Wirkungskreises und kann aus Sicht der DGSPJ nicht von den beiden Institutionen von der Bundesebene aus reguliert werden.

Die hier erwartete Kooperationssteigerung ist, wie im Entwurf deklariert, freiwillig. Wie soll eine Zusammenarbeit dennoch erreicht werden? Was macht die Bundesregierung hier so optimistisch?

Bezweifelt wird auch, dass eine neue Bundesinstitutionen **am** und nicht nur im Geschäftsbereich des BMG die proklamierte wissenschaftliche Unabhängigkeit wahren kann. Bezieht sich diese explizit nur auf das erwähnte RKI oder auch auf das BIPAM?

Zu fragen ist auch, ob das BIPAM Ressortforschungseinrichtung bleibt oder diesbezüglich nur koordinierende Funktion haben soll und kann. Dies wäre ein deutlicher Rückschritt gegenüber dem Status ante.

Auch hinsichtlich der koordinativen Aktivitäten auf nationaler und internationaler Ebene ist zu fragen, wo im BIPAM ein Novum hinsichtlich der bereits bestehenden zahlreichen internationalen Aktivitäten von BZgA und RKI zu erwarten ist.

Es wird postuliert, dass die BIPAM-Aktivitäten zu einer Entlastung der sozialen Sicherungssysteme führen. Wie ist dieses Postulat begründet? Mit welchen Indikatoren soll diese in welcher Zeitspanne gemessen und dadurch belegt werden? Auch gesundheitsökonomische Evaluationen dieser vermuteten Effekte sind offensichtlich nicht vorgesehen.

Welchen Stellenwert werden Prävention und Gesundheitsförderung neben der Gesundheitskommunikation im Bereich der Öffentlichen Gesundheit haben (können), wenn diese weitgehend auf Kriseninterventionen reduziert wird?

Wo wird ein Effekt auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit erwartet?

Ein bisher genanntes Hindernis für eine einheitliche Public Health-Strategie ist die Heterogenität der Landesgesetze für den ÖGD. Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) aus dem Jahr 2023 geforderte Angleichung wird nicht thematisiert oder gar im Sinne einer **nationalen Rahmensetzung** befördert.

Die DGSPJ begrüßt sehr, dass unter den Aufgaben des neuen Bundesinstituts die Förderung der **Gesundheitskompetenz** (GK) hervorgehoben wird. Für die DGSPJ ist die Förderung der GK bei Kindern und Jugendlichen ein Arbeitsschwerpunkt, für den eine umfangreiche Expertise vorliegt. Im Sinne des Nationalen Aktionsplans GK werden dabei systemische Ansätze in den Lebenswelten und Kooperationen im Sinne des HiaP-Ansatzes bevorzugt. Darüber hinaus sieht die DGSPJ einen **transgenerationalen Mehrwert der Förderung von GK**: Jugendliche sollten - auch, natürlich nicht nur - als künftige Eltern erreicht und auf verantwortungsvolle Elternschaft vorbereitet werden, d.h. mit Gesundheits- und Entwicklungsbedürfnisse von Kindern vertraut gemacht werden, „**Elternkompetenz**“ entwickeln. Die DGSPJ hofft, dass die Neuordnung im Sinne des Gesetzentwurfs diesem und anderen Schwerpunkten ihrer Arbeit und ihres Engagements förderlich ist.

Allerdings fragen wir, wie die Gesundheitskompetenz de facto gesteigert werden soll, wenn sich das BIPAM auf reine Wissensvermittlung beschränkt.

Wie soll letztendlich die Bevölkerungsgesundheit gesteigert werden? Reine „Aufklärung“ wird dies ebenso wenig bewirken können wie eine Veränderung der Lebensumfelder/Settings im Sinne von Verhältnisprävention (zumal „am BMG“?).

Zudem stellt sich die Frage, wie angesichts zunehmenden Fachkräftemangels Expertisen mit „hoher wissenschaftlicher Kompetenz“ akquiriert werden sollen (Attraktivitätsfaktoren des BIPAM bei parallelen Angeboten aus der Wissenschaft und Wirtschaft?).

Unter III. werden Alternativen verneint. Angesichts der mit Steuermitteln seit längerem eingeleiteten Reformprozesse sowohl in RKI wie auch BZgA halten wir eine parallele Überprüfung der Weiterentwicklung und noch engeren Zusammenarbeit beider Institutionen vor allem vor dem Hintergrund des aktuell deklarierten Mehrbedarfs von 30 Millionen Euro

Sachmittel für durchaus geboten. Wie werden die weiteren Aktivitäten finanziert? Wohin fließen die 30 Millionen? Sind dies tatsächlich reine Sachkosten, dh Mittelverwendung ausschließlich für Strukturförderung und Personal?

Und wird das themenspezifische Drittmittel- Sponsoring für die Mehrebenen-Kampagnen der BZgA auch weiterhin erhalten? Wie wird die zielgruppenspezifische Kommunikation weiterentwickelt, auch bei Social media? Welche neuen Kommunikationsformate sind angedacht? Hinweise hierzu fehlen gänzlich.

Insbesondere auch die Optionen

1. bestehende Bundesinstitutionen erhalten, vernetzen, ausbauen, finanziell und personell stärken

2. Verortung des neuen Instituts gemäß HiaP am Kanzleramt

werden nicht geprüft.

Somit ist erneut die Chance, im Sinne des Wissenschaftsrats „Prävention neu zu denken“ verpasst. Hinweise zur Umsetzung moderner Public Health-Forschung, zu Health in all Policies (nicht nur am BMG) und innovativen Präventionskonzepten (nicht nur morbiditätsorientiert) fehlen.

Im eingangs erwähnten Positionspapier von 2022 hat die DGSPJ eine nachhaltige Verankerung des bevölkerungsmedizinischen Blicks auf Kinder, Jugendliche und nachfolgende Generationen gefordert. Im Referentenentwurf ist diese Zielgruppe weder als besonders vulnerabel noch mit besonderer Fürsorgepflicht erwähnt. Wir werden daher mit diesem besonderen Blick den neuen Strukturen zukünftig besonderes Augenmerk schenken.

In der vorliegenden Stellungnahme der DGSPJ zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit“ ist Kritik geäußert, Erwartungen angesprochen, offene Fragen formuliert und vertane Chancen thematisiert worden. Wir hoffen, dass all dies noch berücksichtigt werden und Eingang in den finalen Gesetzentwurf finden kann.

Berlin, den 02. Juli 2024