



Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zu dem am 21. Januar 2013 zugesandten Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) begrüßt prinzipiell eine gesetzliche Förderung der Prävention. Wir geben zunächst eine Rückmeldung zu den vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen, an die sich übergreifende Anmerkungen zum vorgelegten Konzept anschließen.

§ 20 SGB V Primäre Prävention

Die DGSMP befürwortet, Leistungen der primären Prävention als Satzungsleistung der Krankenkassen zu verankern, ebenso die Orientierung an bereits konsentierten, präventionsorientierten Zielen von gesundheitsziele.de, womit diese in ihrer Umsetzung eine stärkere Verbindlichkeit erhalten sollen. Positiv werden auch die Erweiterung der Anforderungen an eine einheitliche Evaluation der angebotenen Leistungen sowie die Erhöhung der Ausgaben für individuelle Prävention und Prävention in Lebenswelten gesehen. Da die Krankenkassen in den vergangenen Jahren den vorgesehenen Beitrag überschritten haben, wird die tatsächliche Ausgabenerhöhung vermutlich geringer ausfallen. Die Aufwertung der BZgA und ihre für diese Aufgaben notwendige finanzielle Besserstellung sind zu begrüßen.

In dem derzeitigen Entwurf und den Erläuterungen zum § 20 SGB besteht jedoch in einigen Punkten Konkretisierungsbedarf:

Unklar ist, wie Satzungsleistungen der Kassen evaluiert werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) wird aufgefordert die Leistungsangebote der Kassen zu zertifizieren. Die DGSMP sieht es als unzweckmäßig an, die Qualitätssicherung allein der GKV zu überlassen. Eine objektive Beurteilung kann nicht durch den SpiBu selbst erfolgen. Es sind vielmehr unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen maßgeblich mit einzubinden.

Die DGSMP geht davon aus, dass das vom BMG vorgeschlagene Konstrukt der Beauftragung einer staatlichen Institution, hier der BZgA als Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, durch die GKV aufsichtsrechtlich stimmig ist. Allerdings stellt sich die Frage, ob und inwieweit der SpiBu alleiniger Auftraggeber sein kann und sollte. Das derzeit implizierte hierarchische Gefälle mit der BZgA als Auftragnehmerin des SpiBu wird der in der BZgA vorliegenden gebündelten Kompetenz und jahrzehntelangen Expertise sowie ihrer internationalen und nationalen Vernetzung nicht gerecht. Das Gesetz muss klarstellen, dass die BZgA ihre Expertise nicht als abhängige Auftragnehmerin, sondern als unabhängige Gutachterin zur Verfügung stellt.

Noch nicht hinreichend ausdifferenziert ist die Arbeitsteilung zwischen SpiBu-BZgA einerseits und G-BA-IQWiG andererseits. Es kann Differenzen zwischen Zertifizierung durch den SpiBu und der Richtlinienkompetenz des G-BA geben. Eine zentrale und bislang in Deutschland im Feld der primären Prävention nicht ausgefüllte Aufgabe ist die Evidenzbasierung der Prävention, die die BZgA gut wahrnehmen könnte. Diese Aufgabe sollte prioritär bei der BZgA liegen, das IQWiG insoweit entlastet werden.

Keine Hinweise finden sich auf die Ausgestaltung der primären Präventionsmaßnahmen auf individueller Ebene und in den Handlungsfeldern.

Der kassenbezogenen Prävention bei älteren Menschen und sozial Benachteiligten steht derzeit der weiterhin bestehende Wettbewerb der Kassen um „gesunde Risiken“ entgegen, der durch den derzeitigen MorbiRSA nicht völlig verhindert wird. Außerdem entsteht ein Teil des Nutzens von Präventionsmaßnahmen bei anderen Kostenträgern (Pflegeversicherung, Reha). Dass diese Barrieren für eine zielgerichtete Prävention zukünftig überwunden werden können, ist nicht ersichtlich. Zur Stärkung der Gesundheit und dem Erhalt der Selbstbestimmung im Alter sollten auch Pflegekassen zu Maßnahmen der Prävention von Pflegebedürftigkeit vermehrt verpflichtet werden.

Der Entwurf fordert, dass sich „die Krankenkassen ausschließlich auf zielgruppenspezifische und wirksame Präventionsmaßnahmen konzentrieren“ (S. 10, 4. Absatz). Das setzt eine hinreichende Evaluation der Maßnahmen voraus. In manchen Bereichen der Prävention, z.B. im Bereich der Prävention bei Kindern und Jugendlichen, gibt es zahlreiche gut evaluierte Programme. Wir wissen jedoch noch wenig über deren langfristige Wirksamkeit und deren Übertragbarkeit auf Kontexte, in denen sie nicht entwickelt wurden. Ein erheblicher Bedarf besteht in der Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen für die ältere Bevölkerung. Das betrifft auch Übergewicht in der Bevölkerung, das für die kommenden Jahre als eine der größten Epidemien erwartet wird.

Aufgrund bisheriger Evidenz scheinen komplexe Präventionsprogramme insgesamt erfolgreich zu sein, d. h. Programme, die eine möglichst große Vielfalt an verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen umfassen. Sie sollten mit der Zielstellung eines umfassenden Ansatzes im Gesetz verankert werden. Ein Präventionsgesetz sollte Vorgaben zur Verhältnisprävention einschließen.

Die Förderung der primären Prävention durch die Krankenkassen sieht zu Recht eine stärkere Berücksichtigung geschlechtsspezifischer sowie kultureller Aspekte vor. Diese sind sowohl

bei der Konzeption der Zugangswege als auch der Maßnahmen selbst relevant. Bislang liegen dafür erprobte Interventionen nur vereinzelt vor. Hier besteht erheblicher Entwicklungs- und Forschungsbedarf, wie auch der Förderschwerpunkt Präventionsforschung des Bundesforschungsministeriums (2004-2012) zeigt. Dieser verdeutlicht zugleich, dass zur Gewinnung sozial benachteiligter Zielgruppen ihre gezielte Adressierung unter Einbindung mehrschrittiger proaktiver bzw. zugehender Verfahren im jeweiligen Lebensraum, auch unter Einsatz von peers, erforderlich sind. Diese proaktive, zugehende Vorgehensweise ist gesetzlich sicherzustellen. Erkenntnisse darüber, welche gesundheitsbezogenen Effekte mit den unterschiedlichen Zugangswegen verbunden sind, liegen jedoch bislang kaum vor.

Zur Weiterentwicklung wirksamer Prävention ist Forschung gemeinsam mit der Praxis unerlässlich. Sie liefert die Grundlagen für zielgruppengerechte Interventionen, adäquate Zugangswege, gibt Hinweise auf den Transfer von Maßnahmen und zeigt die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionen auf. Zur Erprobung von Interventionen muss daher ein Handlungsspielraum gegeben sein. So könnte der G-BA aufgrund seiner allgemeinen Kompetenz Maßnahmen unter Evaluationsvorbehalt zulassen.

Nicht deutlich wird, wie eine nachhaltige Übernahme wirksamer Interventionen in die Regelversorgung ermöglicht wird. Die Richtlinienkompetenz des G-BA muss Satzungsleistungen der Kassen vorgehen.

Der Begriff der (betriebsärztlichen) Vorsorgeuntersuchung (Abs. 3) sollte ersetzt werden. Im Zuge der Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten wurde in den vergangenen Jahren der irreführende Begriff der Vorsorge (weitgehend) entfernt. Analog zu § 25 SGB V schlagen wir den Begriff (betriebsärztliche) Gesundheitsuntersuchung vor.

§ 20a SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung

Die DGSMP befürwortet den weiteren Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eine stärkere Einbindung der Betriebsärzte.

Die bereits bestehende gesetzliche Zusammenbindung der GKV und der GUV sollte weitergeführt und vertieft werden. Besonders unter dem Aspekt der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der älteren Arbeitnehmer/innen ist analog eine gesetzliche Zusammenbindung der GKV mit der GRV mit dem Ziel einer Weiterentwicklung und Verzahnung der Angebote vorzusehen.

§ 20e SGB V Ständige Präventionskonferenz. Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

Die DGSMP begrüßt eine Präventionskonferenz von Experten/Expertinnen mit beratender Funktion sowie die Einrichtung einer Geschäftsstelle zur Primärprävention und Gesundheitsförderung beim BMG.

Aufgabe der Experten/Expertinnen ist es, „einen Bericht über die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheits- und Präventionszielen zu erarbeiten“ (S. 25). Da es sich hierbei zugleich um die umzusetzenden Akteure handelt, steht die DGSMMP diesem Vorschlag kritisch gegenüber. Vorliegende Erfahrungen (z.B. runder Tisch, bisherige Gesundheitsziele) zeigen nicht nur die Langwierigkeit derartiger Prozesse, sondern verweisen zugleich auf die Gefahr einer „Verständigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner“. Die Einbindung unabhängiger Einrichtungen für die Evaluation ist sinnvoll. Der Handlungsrahmen der Präventionskonferenz und ihre Vollmachten sind noch unklar, politische Maßnahmen fehlen.

Noch nicht deutlich ist, wie die Ziele von gesundheitsziele.de zukünftig mit mehr Verbindlichkeit umgesetzt werden sollen, ob neue präventiv ausgerichtete Gesundheitsziele definiert und wie diese verfolgt werden sollen.

Eine Verpflichtung der Krankenkassen (und weiterer Akteure) zur Datenweitergabe für Evaluation und Berichterstattung fehlt.

Die Präventionsstrategie sieht vor, „Erkenntnisse und Erfolge der einzelnen Akteure durch eine koordinierte Ausrichtung von Präventionsaktivitäten miteinander zu verzahnen“ (S. 4). Die für eine nachhaltige Prävention erforderliche ressortübergreifende Zusammenarbeit wird damit allerdings auf die Ebene einzelner Akteure verlagert.

§ 25 SGB V Primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung

Die DGSMMP begrüßt die Überarbeitung des sog. Check-up 35.

Allerdings setzt die Freigabe von Altersgrenzen und Intervallen für eine nach Zielgruppen differenzierte Prävention einen Mechanismus der Ex-ante (und Ex-post)-Bewertung von Präventionsmaßnahmen voraus, ansonsten besteht die Gefahr einer ungeordneten Medikalisierung.

Bereits bestehende evaluierte Präventionsinstrumente sollten in die medizinische Versorgung mit Festlegung entsprechender Vergütungen eingebracht werden. In den vergangenen Jahren eingeführte Instrumente wie das Rezept für Bewegung sollten evaluiert und weiter entwickelt werden.

Auch bei der ärztlichen Prävention ist ein Selektionsbias zu berücksichtigen. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Ärzte präventionswillige Patienten/Patientinnen bevorzugen. „Die Fokussierung auf besonders präventionsbedürftige Zielgruppen“ (S. 27) ist nicht mit einer bloßen gesetzlichen Verankerung schon gegeben, sondern erfordert flankierende Maßnahmen.

Mit der Stärkung der ärztlichen Prävention einhergehen muss eine Transparenz über die Angebote vor Ort. Der Ausbau der ärztlichen Prävention erfordert auch eine verstärkte Fortbildung. Die Präventivmedizin ist als Fach in den Medizinischen Fakultäten weiterzuentwickeln oder als Teil der Sozialmedizin auszubauen.

Ergänzend zur Modifikation des § 25 SGB V schlägt die DGSMP eine Überarbeitung des **geriatrischen Basisassessments** vor, das derzeit nur unzureichend angewandt wird.

§ 26 SGB V Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Die DGSMP begrüßt die Erweiterung der U-Untersuchungen (U10, U11).

§ 65a SGB V Bonifizierungen

Die bestehende Bonus-Regelung wird beibehalten und verstärkt.

Die Kopplung des Bonus für die Teilnahme vorrangig „an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme“ (S. 9) impliziert einen Malus für nicht nachweisbare Verhaltenserfolge, die trotz angemessener Bemühungen ausbleiben können. Möglicherweise werden auch bloß kurzfristige Veränderungen verstärkt, die Anstrengungen sollten jedoch vermehrt auf die Nachhaltigkeit von Effekten gelegt werden.

Finanzielle Anreize als Mittel dafür einzusetzen, dass „die Verantwortung...des Einzelnen für einen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit gestärkt werden [kann]“ (Präventionsstrategie, S. 11), führt allerdings die Idee der Eigenverantwortung ad absurdum. Der Terminus Eigenverantwortung impliziert Selbstbestimmung und autonome Entscheidung; diese werden auch durch eine positive Sanktionierung bestimmter Verhaltensweisen grundsätzlich geschwächt. Deswegen muss die Bonus-Regelung in ihren praktischen Auswirkungen evaluiert werden.

Die DGSMP regt ergänzend an, die in **§ 62 SGB V Abs. 1** (Belastungsgrenze) formulierte Malusregelung (keine Absenkung der Zuzahlung, wenn keine regelmäßige Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen vorliegt) zu streichen. Der G-BA hat diese schon durch eine Beratungslösung umgangen (die der Gesetzentwurf im Prinzip aufgreift: „Bescheinigung“). Der Malus ist mit den Zielen des Nationalen Krebsplans, der eine aufgeklärte selbstbestimmte Teilnahme vorsieht, nicht vereinbar.

Neben den aufgeführten Aspekten möchten wir übergreifend auf zwei Punkte hinweisen, die den heutigen Erkenntnissen der primären Prävention nicht entsprechen und die Wirksamkeit von Maßnahmen schmälern:

1. Betonung der Verhältnisprävention

Die vorgelegte Präventionsstrategie betont die Bedeutung von „Wissen und Eigenverantwortung“ für das Gesundheitsverhalten und stellt die Aufklärung und Motivation der Bevölkerung in den Mittelpunkt ihrer Ziele. („Auf seine Gesundheit zu achten und sich gesund zu verhalten erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung [...]. Unsere Strategie verfolgt daher das Ziel, das Wissen, die Befähigung und die Motivation der Bevölkerung zu gesundheitsbe-

wusstem Verhalten... zu stärken.“, S. 2). Bei den vorgesehenen Maßnahmen, z.B. zur Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, handelt es sich dementsprechend ausschließlich um verhaltenspräventive, kommunikationspolitische Maßnahmen („Lehr- und Lernmaterialien“, „Fortbildungen“, „Aufklärung“, „Informationsvermittlung“, Präventionsstrategie, S. 8)

Dieser Ansatz spricht gesundheitsbezogene Lebensweisen einseitig als Problem individueller Entscheidungen an und vernachlässigt erheblich deren soziale Bedingtheit sowie die Begrenztheit sozialer Handlungsspielräume. Spätestens seit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 ist in den Gesundheitswissenschaften anerkannt, dass das personen- und risikofaktorenbezogene Präventivmodell der Krankheitsprävention durch das soziologisch-ökologische Präventivmodell der „Gesundheitsförderung“ ergänzt werden muss. Hintergrund ist, dass der Einfluss von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen alleine auf das menschliche Verhalten gering ist oder soziale Ungleichheiten der Gesundheit sogar noch verstärken kann. Mittlerweile hat sich die Überzeugung durchgesetzt, dass ein Großteil der Faktoren, die die Entscheidungen des/der Einzelnen beeinflussen, außerhalb seiner bzw. ihrer Kontrolle liegt. Im Mittelpunkt moderner Prävention, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte berücksichtigt, müssen daher auch soziale Determinanten von Gesundheit sowie die strukturellen und materiellen Lebensverhältnisse stehen, die das Gesundheitsverhalten maßgeblich bestimmen.

Zwar wird in der Strategie auch die Bedeutung von Settings angesprochen („Deshalb bedarf es ergänzend zu den Angeboten, die auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen ausgerichtet sind, verstärkt Maßnahmen, die die Menschen dort erreichen, wo sie große Teile ihres Lebens verbringen“, Präventionsstrategie, S. 3). Allerdings wird hier das Setting einseitig als Kanal zur besseren Erreichung Einzelner gesehen und nicht als strukturell-funktionaler Sozialraum, den es auf der Verhältnisebene zu verändern gilt. Diese Zielsetzung wird daher dem Setting-Ansatz in seiner ursprünglichen und aktuellen Bedeutung nicht gerecht.

Insbesondere wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu einem „Nationalen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung“ fortentwickelt werden soll (S. 16), müssen die Schlüsselprinzipien der Gesundheitsförderung, die über Aufklärung und Verhaltensprävention hinausgehen, in die Strategie aufgenommen werden.

Als Ziel der Präventionsstrategie sollte daher zumindest formuliert werden, „das Wissen, die Befähigung, die Motivation sowie die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Bevölkerung für gesundheitsbewusstes Verhalten ... zu stärken.“

2. Stärkung eigenverantwortlichen Handelns durch soziale Befähigungsprozesse

Das Strategiepapier betont an vielen Stellen das Ziel, die „Eigenverantwortung“ oder „Selbstverantwortung“ zu fördern oder zu stärken (z.B. Präventionsstrategie, S. 2, S. 11). Unklar ist, wie diese Stärkung zur verantwortlichen Entscheidung gelingen kann. Bekannt ist, dass eine alleinige Vermittlung von Wissen, wie sie die Präventionsstrategie schwerpunktmäßig vorsieht, nicht erreichen kann, dass Menschen verantwortlich und autonom handeln und gesund-

heitsförderliches Verhalten auch gegen die alltäglichen Barrieren der Lebens- und Arbeitsverhältnisse durchsetzen können.

Hierzu braucht es Ansätze, die auf Erwerb von Schlüsselkompetenzen wie Problemlösungsfähigkeiten, Selbstbewusstsein oder Selbstwirksamkeitserwartung abzielen und zudem Personen in die Lage versetzen, sich sozial zu organisieren und Lebensverhältnisse zu beeinflussen. Diese Ansätze des „Empowerment“ oder „Capacity building“, wie sie im angelsächsischen Raum schon seit Jahrzehnten zur Grundlage gesundheitsförderlicher Programme eingesetzt werden, sind notwendig, wenn Menschen zum eigenverantwortlichen Handeln in Gesundheitsbelangen befähigt werden sollen.

Das vorliegende Präventionsgesetz stellt einen ersten Schritt dar. Zukünftige Strategien sollten Akteure im Gesundheits-, Bildungs-, Arbeits- und Sozialbereich weiter einbeziehen und die Politikfelder stärker verbinden.

Ebenso sind weitere ergänzende und alternative Finanzierungsformen wie eine steuerfinanzierte Prävention zu bedenken. Schließlich ist die Prävention in Sozialräumen (Settings) zu einer Pflichtaufgabe der Kommunen zu machen.

Prof. Dr. Ulla Walter, geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Julika Loss, Vizepräsidentin

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Past-Präsident

Prof. Dr. Ulrich John, Leiter des Fachbereichs III, Prävention und Gesundheitsförderung

für die DGSM

Hannover, 30.01.2013