

Stellungnahme der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Marburger Bundes zum Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz vom 6. Dezember 2004 (Stand: 14. Dezember 2004)

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßen die Aufwertung der Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten durch die Schaffung eines Präventionsgesetzes. Dies hat auch der 107. Deutsche Ärztetag am 20. Mai diesen Jahres in seiner EntschlieÙung zum geplanten Präventionsgesetz zum Ausdruck gebracht.

Die gesundheitliche Beratung, die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sind neben ihrer Behandlung und der Rehabilitation Erkrankter zentrale ärztliche Aufgabenfelder. Prävention und Kuration stellen keine Gegensatzpaare dar, sondern sind unabdingbare Bestandteile einer umfassenden Versorgung von Versicherten und Patienten. Die Förderung der Gesundheit und die Prävention von Krankheiten erfolgen durch Ärzte in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Gesellschaftsbereichen. Zudem wird die Gesundheit der Bevölkerung auch durch die Gestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen, der Gestaltung der Umwelt, der Wohn-, Freizeit und Arbeitsbedingungen, der allgemeinen Hygiene und Ernährung sowie durch Bildung und Partizipation gefördert. Prävention ist somit ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, der nicht auf die Solidargemeinschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beschränkt ist. Entsprechend muss sie als gesamtgesellschaftliches Anliegen durch die Aufwendungen aller finanziert werden. Eine bloÙe Umverteilung von Mitteln, die bislang für die Behandlung Kranker zur Verfügung stehen, in Maßnahmen zur Stärkung Gesunder hingegen ist unethisch und widerspricht dem ärztlichen Selbstverständnis.

Grundsätzlich ist seitens der Ärzteschaft zur vorliegenden Fassung des Gesetzentwurfs kritisch anzumerken, dass er weder eine Stärkung der Prävention durch den Arzt noch eine sinnvolle Verzahnung von primärer und sekundärer Prävention vorsieht. Sowohl von der Gestaltung wie auch der praktischen Durchführung der vorgesehenen Leistungen des Gesetzes ist die Ärzteschaft demnach weitgehend ausgeschlossen. Damit wird außer Acht gelassen, dass Ärzte flächendeckend einen alters- und schichtenübergreifend guten Zugang zur Bevölkerung haben und die Arztpraxis wie auch das Krankenhaus ideale Orte für eine gesundheitliche Aufklärung und die Einleitung, Begleitung und Qualitätssicherung gesundheitsfördernder und krankheitsvorbeugender Maßnahmen darstellen.

Im einzelnen ist zum vorliegenden Entwurf seitens der Ärzteschaft anzumerken:

Im **§ 2** werden die Begriffe „primäre“, „sekundäre“, „tertiäre Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ näher definiert und im **§ 3** Maßnahmen der jeweiligen Präventionsbereiche aufgelistet.

Sekundäre und tertiäre Prävention sind jedoch weder Gegenstand des nachfolgenden Gesetzestextes, noch werden sie in einen leistungsrechtlichen Kontext mit der Primärprävention und Gesundheitsförderung gesetzt.

§ 4 formuliert einen Vorrang der gesundheitlichen Prävention vor Leistungen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur wirtschaftlichen Sicherung bei Krankheit oder Erwerbsminderung.

Nach unserer Auffassung kann damit nur ein Vorrang in der zeitlichen Abfolge beschrieben werden. Der Paragraph darf nicht dazu dienen, dem kurativen, rehabilitativen oder pflegerischen Bereich finanzielle Mittel zu entziehen und diese in die Prävention und Gesundheitsförderung umzuschichten. Kranke dürfen nicht gegen Gesunde ausgespielt werden.

§ 6 formuliert die Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern für die Erreichung der Ziele gesundheitlicher Prävention.

Während zwar die Aufträge und Beiträge der Sozialversicherungen im **§ 23** und die der Länder in den **§§ 17 – 18** konkretisiert werden, fehlt es im Gesetzestext jedoch weitgehend an einer Konkretisierung entsprechender Zuwendungen des Bundes.

§ 9 des Gesetzentwurfs sieht eine Berichterstattung des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in 7-Jahres-Abständen vor. Diese Gesundheitsberichte sollen „insbesondere die für die Aufstellung von Zielen und Teilzielen der primären Prävention erforderlichen Angaben enthalten.“

Der 7-Jahres Abstand erscheint jedoch zu lang, um rechtzeitig und wirksam möglichen Fehlentwicklungen entgegensteuern zu können. Außerdem sollte bzgl. der Berichterstattung konkretisiert werden, wie mögliche Effekte anderer Leistungsbereiche des Gesundheitswesens auf die Gesundheitsziele erfasst und ausgewiesen werden können.

Nach **§ 11** beschließt der Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung die Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung.

Da die zu beschließenden Ziele jedoch nur Empfehlungscharakter besitzen sollen, ist zu erwarten, dass von ihnen nur eine geringe Steuerungswirkung in bezug auf die über das Gesetz aufzubringenden Mittel ausgehen wird. Die Ärzteschaft ist an der Entscheidung über die Entscheidung über die Präventionsziele und Teilziele an maßgeblicher Stelle zu beteiligen.

§ 11 Abs. 5 sieht u.a. eine Beteiligung der für gesundheitliche Prävention maßgeblichen Verbände an der Vorbereitung der Empfehlungen für Präventionsziele vor.

Allerdings fehlt es an einer Konkretisierung, welches *Verfahren* der Beteiligung hierbei angewandt werden soll.

§ 11 Abs. 6 führt zwar aus, dass der über die Empfehlungen entscheidende Stiftungsrat seinen Beschluss "im Benehmen mit dem Kuratorium" fällen soll, in dem die Bundesärztekammer laut **§ 7 (1)** des Stiftungsgesetzes mit einem eigenen Sitz vorgesehen ist. Aber auch hier ist dem Gesetzestext nicht zu entnehmen, wie dieses Benehmen hergestellt werden soll. Vielmehr erscheint es dringend geboten mit dem Präventionsgesetz zu gewährleisten, dass die Ärzteschaft aufgrund ihrer intimen Kenntnisse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung an zentraler Stelle an der Aufstellung von Präventionszielen und der Entscheidung über sie beteiligt ist.

§ 11 Abs. 8 fordert die sozialen Präventionsträger gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf darauf hinzuwirken, dass die empfohlenen Präventionsziele im "Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden.“

Eine bessere Verzahnung der primären mit der sekundären Prävention und der Tätigkeit niedergelassener Ärzte ist zwar wünschenswert und von der Ärzteschaft wiederholt angemahnt worden. Dies setzt jedoch eine Zielformulierung im Konsens mit der Ärzteschaft voraus, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf bislang nicht angestrebt wird.

§ 12 des Gesetzentwurfs verlangt bei der Erstellung von Präventionsprogrammen auf Stiftungs- wie auf Länderebene die Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes. Der Begründungstext verweist hierzu auf Stiftungsebene auf den Sitz der Bundesärztekammer im beratenden Stiftungskuratorium (s. auch **§ 7 Abs. 1 des Stiftungsgesetzes**). Für Maßnahmen nach **§ 17** verlangt er auf der Landesebene die Einbeziehung der jeweiligen Landesärztekammern.

So begrüßenswert die Hervorhebung der notwendigen Einbeziehung ärztlichen Sachverständes ist, so sehr fehlt es auch hier an Konkretisierungen zum Verfahren.

§ 15 verpflichtet die sozialen Präventionsträgern zur Erbringung von Leistungen zur Verhaltensprävention.

Im Gegensatz zur alten Fassung des **§ 20 SGB V** wird die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ hier nicht mehr explizit als Ziel der Leistungen genannt. Dies gilt gleichermaßen für die im Gesetz vorgesehene Neufassung des **§ 20**. Um

jedoch eine Ausrichtung der verhaltenspräventiven Leistungen auf sog. „gute Versicherungsrisiken“ einzuschränken, sollte § 15 Abs. 1 wie folgt ergänzt werden: „*Dabei richten sie ihre Leistungen an den in § 3 formulierten Grundsätzen aus.*“ Im **Abs. 1** des neu formulierten **§ 20 SGB V** soll das Ziel der „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ beibehalten und um die Förderung gesundheitlich besonders belasteter Versichertengruppen erweitert werden.

§ 15 Abs. 3 verlangt von den sozialen Präventionsträgern für die Erbringung von Leistungen zur Verhaltensprävention die Einbeziehung ärztlichen Sachverständes. Der Begründungstext verweist hierzu auf den ärztlichen Sachverstand der Bundesärztekammer.

Die Einbeziehung ärztlichen Sachverständes bei der Erbringung von Leistungen zur Verhaltensprävention ist insbesondere deshalb geboten, als alle bislang vorliegenden Forschungsergebnisse belegen, dass die bisher von der Gesetzlichen Krankenversicherung nach **§ 20 SGB V** erbrachten verhaltenspräventiven Leistungen in ihrer Mehrzahl nicht zielgruppengerecht genutzt wurden. Die Einbeziehung ärztlichen Sachverständes kann deshalb nicht auf eine Einbeziehung der Bundesärztekammer in allgemeine Fragen der Erbringung verhaltenspräventiver Leistungen beschränkt bleiben. Vielmehr muss sie auch den Bereich der unmittelbaren Leistungserbringung umfassen und zu einem integralen Bestandteil der Qualitätssicherung werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass insbesondere solche Versicherten die verhaltensbezogenen Kursangebote der sozialen Präventionsträger nutzen, die entsprechende gesundheitliche Vorbelastungen aufweisen, und zudem die Kursinhalte ihrer gesundheitlichen Situation zuträglich sind.

Die Verfahren der Einbeziehung ärztlichen Sachverständes sind daher im Gesetz weiter zu konkretisieren. **§ 15 Abs. 3** sollte dahingehend ergänzt werden: "dass [die Leistungen der Verhaltensprävention]... nach Handlungsfeldern und Kriterien insbesondere hinsichtlich Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik einheitlich *und bei im Einzelfall bereits bestehenden Erkrankungsrisiken nach ärztlicher Rücksprache* erbracht werden."

§ 16 führt die primärpräventiven Leistungen auf, die gemäß SGB V, VI und VII ärztlich erbracht oder veranlasst werden (z. B. zahnmedizinische Gruppen- und Individualprophylaxe gemäß § 21 – § 24 SGB V oder Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit bei einer gesundheitsgefährdenden Beschäftigung gemäß SGB VI, § 31). Sie werden damit begründet, dass sie „nur unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden können oder ihre Bewilligung eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes des Versicherten erfordert.“

Um eine zielgruppen- und indikationsgenaue Zuweisung von Versicherten in die verhaltenspräventiven Angebote der sozialen Präventionsträger zu gewährleisten, sollte jedoch auch für andere als die hier aufgeführten primärpräventiven Leistungen eine vorherige ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes des Versicherten sichergestellt werden.

§ 17 führt die Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten auf. **Abs. 2** definiert die Lebenswelten als "für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und Spielens:"

Bereits unter § 12 wurde darauf hingewiesen, dass es im Gesetz noch der Konkretisierung der Verfahren zur Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes bei der Entwicklung lebensweltbezogener Maßnahmen bedarf.

Der Begründungstext ergänzt die im Gesetzestext aufgeführten Lebenswelten um „Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser.“ Diese Liste sollte in den Gesetzestext integriert und um das Setting „Arztpraxis“ erweitert werden. Damit würde berücksichtigt, dass sowohl Krankenhäuser als auch Arztpraxen hervorragende Orte darstellen, um Versicherte für Themen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention anzusprechen und ihnen hier eine gesundheitsförderliche Umgebung anzubieten.

§ 19 Abs. 3 beschreibt die Träger der Leistungen der Verhältnisprävention wie der Prävention in Lebenswelten.

Hier ist 4. zu ergänzen "*durch ärztliche Einrichtungen oder ihre Organisationen*".

§ 20 legt die Voraussetzungen fest, die erfüllt sein müssen, um die Wirksamkeit und Qualitätssicherung der vom Gesetz vorgesehenen Leistungen zu gewährleisten.

Wie bereits unter § 15 Abs. 3 aufgeführt, sollte ärztlicher Sachverstand strukturell in die Erbringung dieser Leistungen eingebunden werden. Nur dadurch ist eine zielgruppengenaue Nutzung der Angebote sowie ihre Prozess- und Ergebnisqualität sicherzustellen.

§§ 21 – 22 eröffnen die Möglichkeit zur Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention.

Wenngleich der Nutzen von Modellprojekten nicht grundsätzlich in Abrede gestellt werden soll, sollten sich diese jedoch auf solche Fragestellungen beschränken, die bei positiven Ergebnissen eine realistische Aussicht auf eine dauerhafte und flächendeckende Umsetzung haben. Es ist der Entstehung einer "Kultur der Modellprojekte" entgegenzuwirken, mit der nur eine punktuelle und befristete Wirksamkeit entfaltet wird und die vor allem legitimatorische Funktionen erfüllt.

§ 21 Abs. 1 ist ebenfalls um "*ärztliche Einrichtungen oder ihre Organisationen*" als mögliche Träger von Modellvorhaben zu ergänzen.

§ 23 legt den Umfang und die Verteilung der Mittel für die im Gesetz vorgesehenen Leistungen fest.

Da Gesundheitsförderung und Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, müssen zur Bewältigung dieser Aufgaben auch regelhaft staatliche Finanzmittel einbezogen werden. Eine bloße Verschiebung von Mitteln, die bislang für die Versorgung Kranker, Behinderter und Pflegebedürftiger vorgesehen waren, hin zur Förderung der Gesundheit Gesunder darf nicht Folge der hier vorgesehenen Regelungen sein.

Das in den Gesetzentwurf integrierte **Präventionsstiftungsgesetz** zur Errichtung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (PrävStiftG) sieht in **§ 6** die Errichtung eines Stiftungsrats mit 30 Mitgliedern vor, die vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung auf 5 Jahre berufen werden. Jeweils drei der Mitglieder werden von der Bundesregierung und vom Bundesrat, eins wird von den kommunalen Spitzenverbänden, 16 von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, vier vom Vorstand der Rentenversicherung Bund, zwei von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung und eins von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgeschlagen. Der Stiftungsrat entscheidet insbesondere über die Präventionsziele, die Leistungen der Stiftung und die durchzuführenden Maßnahmen und einzusetzenden Qualitätsstandards.

Die Entscheidung über die aufgeführten Aufgabenbereiche können nicht an der Ärzteschaft vorbei gefällt werden. Die Einbeziehung ärztlichen Sachverständigen kann nicht auf Diskussionen im beratenden Stiftungskuratorium beschränkt bleiben. Vielmehr muss der Bundesärztekammer im Stiftungsrat eine zentrale Mitentscheidungsfunktion in inhaltlichen Fragen eingeräumt werden.

Dem Stiftungsrat soll nach dem vorliegenden Gesetzentwurf ein beratendes Kuratorium beigeordnet werden. Seine 16 Mitglieder sollen vom Stiftungsrat berufen werden und sich aus sieben Mitgliedern des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, einem Mitglied des Robert Koch-Instituts, einem Mitglied der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, einem Mitglied der Bundesärztekammer, einem Mitglied des Deutschen Gewerkschaftsbundes, einem Mitglied der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie zwei von der Bundesregierung und zwei vom Bundesrat vorgeschlagenen Mitgliedern zusammensetzen. Das Kuratorium berät die Stiftung insbesondere hinsichtlich ihrer Aktivitäten, der Präventionsziele und des zu erstellenden Präventionsprogramms.

Dabei weist der vorliegende Gesetzentwurf keine nachvollziehbare Logik hinsichtlich der Zusammensetzung des Stiftungsrats und des Kuratoriums auf. Sowohl im entscheidenden Stiftungsrat wie auch im beratenden Kuratorium sitzen Vertreter der Bundesregierung und des Bundesrats. Einzelne Mitglieder des Kuratoriums sind gleichzeitig auch Mitglieder des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Die vorgeschlagene Zusammensetzung der beiden Gremien erfolgte demnach offensichtlich nicht nach inhaltlichen sondern nach politischen Kriterien, was der Sacharbeit der Stiftung jedoch nicht zuträglich sein kann. Die Zusammensetzungen des beratenden und des entscheidenden Gremiums müssen deshalb klar voneinander getrennt erfolgen und die Verfahren der Beratung und der Entscheidungsfindung geregelt werden.