



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

---

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0817(5)  
vom 03.03.2005  
  
15. Wahlperiode**

(entsprechend der Kabinettsvorlage vom 2.2.05, BT-Drucksache 15/4833,  
[www.bvgesundheits.de/pdf/praevges020205.pdf](http://www.bvgesundheits.de/pdf/praevges020205.pdf))

**Stellungnehmende Verbände:**

**Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis  
e. V. (GGFP)**

c/o Dipl.-Psych. Hubert Kötter, Eiler Str. 129 B, 51107 Köln  
Tel.: 0221-861245

**German Network for Mental Health (GNMH)**

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

**Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)**

DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln  
Tel.: 0221-511002. Fax: 02 21-5299 03, E-Mail: [dgsp@psychiatrie.de](mailto:dgsp@psychiatrie.de)

**Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)**

Neckarhalde 55, 72070 Tübingen  
Tel.: 07071-943494, Fax: 07071-943435

---

DGVT  
Neckarhalde 55, 72070 Tübingen  
Tel: 07071-943494  
Fax: 07071 943435  
E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de), [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)

## Die Verbände begrüßen:

- dass den Forderungen nach Stärkung von „Prävention und Gesundheitsförderung“ vom Gesetzgeber Rechnung getragen wird und dieser Bereich zum ersten Mal eine umfassendere, wenngleich noch nicht hinreichende gesetzliche Verankerung erfährt
- die Einführung einer gemeinsamen Verantwortung der Sozialversicherungsträger und der Landes- und kommunalen Behörden für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, und damit der Schaffung eines Bereichs für Prävention, der den Mechanismen des Kassenwettbewerbs entzogen ist
- die Einführung eines übergeordneten nationalen Planungs- und Steuerungsgremiums
- die Festlegung von Budgets, deren Ausschöpfung vorgeschrieben ist
- die Festlegung einer durchgängigen, auch innovationsfreundlichen Zielbindung und Qualitätssicherung aller Maßnahmen im Sinne der Reduktion sozial- und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
- die Einführung der Vorrangigkeit von Prävention vor Kuration und Rehabilitation
- die Hervorhebung einer Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung, die zentral die Mitwirkung von Selbsthilfe- und Laienressourcen vorsieht.

## **Kritik zum Vorgehen:**

Bei allen erkennbaren Bemühungen, die Fach- und übrige Öffentlichkeit bei der Gesetzgebung zu beteiligen, bleibt zu monieren, dass in den Vorbereitungen zu wenig auch interdisziplinärer Sachverstand genutzt wurde. Zugleich ist das Tempo des Verfahrens so hoch, dass kaum hinreichend Gelegenheit geboten wird, umfassende und detaillierte Stellungnahmen zu entwickeln. Es ist erkennbar, dass eine sehr medikalisierte Sicht das Gesetzeswerk prägt.

### **1. Kritik an der Gesamtkonzeption**

- Das Gesetz geht im Verständnis weit hinter die Ottawa-Charta zurück, in der explizit von der sozialen, psychischen und körperlichen Gesundheit die Rede ist. Insgesamt wird der Aspekt der Gesundheitsförderung zu sehr vernachlässigt. Dem Sinn nach müsste das Gesetz eigentlich ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz sein und auch so betitelt werden.
- Das Gesetz enthält keine Ansätze für ein ressortübergreifendes Zusammenwirken der beteiligten Politikfelder auf den Ebenen des Bundes, der Länder und Kommunen, obwohl seit langem bekannt ist, dass Prävention eine ressortübergreifende Aufgabe ist.
- Es fehlt die Einbeziehung weiterer Kostenträger. Die Renten-, Pflege-, Unfall- bzw. Krankenversicherung kann nicht die alleinige zentrale Grundlage der Finanzierung der Präventionsmaßnahmen sein, auch dann nicht, wenn die private Krankenversicherung und Beihilfe mit einbezogen wird, was in jedem Fall zu fordern ist. Es müsste sowohl für eine breitere Finanzierung im Sinne einer Erweiterung des Kreises der sozialen Präventionsträger (nach § 7) gesorgt werden als auch für eine bessere Verkopplung der Regelungsbereiche.
  - Die Arbeitslosenversicherung sollte Grundlage für alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen zur Dämpfung der individuellen und sozialen Folgen dieses höchst risikobehafteten kritischen Lebensereignisses und zugleich auch Ausgangspunkt für die Erhöhung der Vermittlungschancen und der damit einhergehenden präventiven und gesundheitsförderlichen Effekte sein.

- Das Kinder- und Jugendhilfegesetz ist sehr explizit schon als Präventionsgesetz konzipiert. Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe sind in weiten Teilen per se Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern oder Erziehungsberechtigten. Sie sind es nicht nur in einem allgemeinen Sinne, sondern auch sehr fachspezifisch, wenn etwa Hilfen bei der Bewältigung von Scheidung der Eltern angeboten werden.
- Wenn im Gesetz die Reduktion sozial- und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen vorgeschrieben wird, so ist es nicht vertretbar, das SGB XII / Sozialhilfe und das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Arbeitslosengeld II) von seinem Regelungsgebiet (in § 8) abzukoppeln. Sozialhilfe ist nicht allein ein Ausgleich sozialer Schief lagen, sondern zugleich auch ein Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit, wenngleich die jetzigen Konditionen als nicht ausreichend zu bezeichnen sind. Dies ist durch zahlreiche epidemiologische Studien nachgewiesen, wonach arme Menschen und Sozialhilfeempfänger zu den auch gesundheitlich Benachteiligten zählen. Ein Präventionsgesetz, das diesen Namen verdient, müsste das Vollzugsdefizit des SGB XII beim Vorrang der Prävention (§14), bei der Vorbeugung von Notlagen (§15) und bei drohendem Gesundheitsschaden aufgreifen.
- Dasselbe gilt für das SGB IX, in dem die Rehabilitationsträger verpflichtet werden, aktiv darauf einzuwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Dies stellt damit zugleich klar, dass der Behinderungsbegriff des SGB IX die chronischen Krankheiten umfasst. Im SGB IX wird konkretisiert (§ 4 (1), § 30, § 84), dass das Ziel darin besteht, den Eintritt der Ursachen von Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie die dadurch verursachten Leistungen zur Teilhabe, die Entgeltersatzleistungen und Renten möglichst zu vermeiden. Auch bei dem gravierenden Vollzugsdefizit in diesem Feld und dem nicht eingelösten Anspruch des SGB IX, der Prävention Vorrang zu geben, bringt das Präventionsgesetz keine Änderung.
- Es fehlt bei der Definition der Primären Prävention die Verhältnisprävention im Sinne einer Belastungsreduktion als Ergänzung der Ressourcenstärkung. Es kommt hinzu, dass das Verständnis von Verhältnisprävention sehr unbestimmt ist, auch dann, wenn von Risiken,

Ressourcen, Settings, Strukturen und Lebenswelten gesprochen wird. Ein Präventionsgesetz muss deutlich machen, dass es all jene, auch komplexen Umweltverhältnisse, -ereignisse und Person-Umweltbeziehungen verändern oder pflegen will, die nachweislich als risikobehaftet oder ressourcenstärkend wirken.

- Dabei erscheint es notwendig, darauf zu verweisen, dass Betriebe zwar zu den wichtigsten Settings zu zählen sind, wo es gilt Gefährdungen abzubauen und gesundheitsförderliche Maßnahmen verstärkt einzuführen, jedoch auch Bildungseinrichtungen und netzwerkförderliche Kontexte (z.B. Familienbildungsstätten, Kirchen etc.) dazu zu zählen sind.
- Im Selbstverständnis ist der Risikobegriff zu stark an individuelles Verhalten und zu wenig an Risiken der Umwelt gebunden. Wenn schon individuelles Verhalten als riskant bezeichnet wird, dann müssen auch andere Begrifflichkeiten, wie Wissen, Einstellungen und usw. benannt werden. Ähnliches gilt auch für den genutzten Ressourcenbegriff: Auch hier ist zwischen Ressourcen zu unterscheiden, die an Individuen gebunden sind (Kompetenzen) und solchen, die das Gesamt an sozialen, kulturellen und materiellen Gütern umfassen.
- Die jeweils halbierte Aufteilung der Mittel in den traditionellen Bereich der „Verhaltensprävention“ und den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten entspricht nicht dem Kenntnisstand über die Möglichkeiten der Senkung von Morbidität und Mortalität, und sie widerspricht der durchgängigen Zielbindung einer Reduktion sozial- und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gemäß § 2 (2). Stattdessen sollte Verhaltensprävention mit kontextbezogenen Maßnahmen verknüpft werden und nicht in der alleinigen Verantwortung der Sozialversicherungsträger (mit vager Zielbindung gemäß § 15 (3)) verbleiben, die damit die ungünstigen Effekte der Kassenkonkurrenz um ökonomisch „attraktive“ Mitgliederanteile reproduzieren.
- Es bleibt ungeklärt, auf welche Art und Weise zukünftig eine vom Umfang und Inhalt her angemessene und strukturell fest verankerte Präventionsforschung (einschließlich der Durchführung von Langzeitstudien) gewährleistet werden kann.

- Nach den (etwas veralteten) definitorischen Festlegungen in § 2 und der entsprechenden Maßnahmen in § 3 des Gesetzentwurfes fehlen Ausführungen zur *sekundären* und zur *tertiären* Prävention (bzw. Hinweise hierzu), und es wird auch nicht das *Zusammenspiel* der einzelnen Präventionsfelder thematisiert. Durch die nicht hinreichend aktualisierte Definition unterschiedlicher Präventionsformen werden die Übergänge einer universellen (am Gesamtwohl orientierten), selektiven (an Risikogruppen orientierten) und indizierten (am Symptom bzw. subsyndromal orientierten) Formen nicht sorgsam genug festgelegt.
- Das Gesetz hat handwerkliche Mängel und dient nicht dem Bedürfnis des Bürgers zu erfahren, wer wofür zuständig ist. Stattdessen findet er ein höchst komplexes und unverständliches Gebilde vor, in dem Querverweise auf Paragraphen führen, die wieder Querverweise auf andere Paragraphen enthalten. Ebenso unklar sind die Zuständigkeiten der diversen einzurichtenden Gremien sowie deren Kompetenzen und Entscheidungsverfahren. Dies findet auch Ausdruck darin, dass der Bürger nicht hinreichend partizipativ in den Steuerungsinstanzen vertreten ist.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

- Erster Abschnitt – allgemeine Regelungen:  
Im § 2 liegt eine Fehlkonzeption der Prävention vor: Zur Prävention gehört auch die Vorbeugung von Risiken (proaktive Prävention; vgl. § 2 (1) BPrävG). Außerdem kann es nicht nur um die Entdeckung von Frühstadien der Erkrankung gehen, sondern auch um deren Behandlung. Für Frühstadien gibt es nicht nur erkennbare Anzeichen (Symptome), sondern sie sind auch im Sinne einer indizierten Prävention behandelbar (vgl. § 2 (2)). Im Vorstadium solcher Formen der sekundären Prävention stehen aber auch Zielgruppen im Mittelpunkt, die nicht unbedingt Symptome zeigen, wohl aber von vielen Risiken belastet sind und deshalb auch Maßnahmen der Frühförderung benötigen (das gilt insbesondere für Kinder unterprivilegierter Schichten).
- Zu § 3-8:  
Bei den Maßnahmen der Primären Prävention fehlt die Verhältnisprävention im Sinne einer Belastungsreduktion als Ergänzung der Ressourcenstärkung. Ebenso fehlt der Hinweis auf eine Kombination von

verhaltenspräventiven Maßnahmen mit verhältnisgestützten und settinggestützten Ansätzen. Ebenso fehlen bevölkerungsbezogene (universelle) Kampagnen in ihrer notwendigen Kombination mit anderen Strategien, wie z.B. solchen, welche die Qualifizierung von Schlüsselpersonen im Auge haben (vgl. auch § 13 BPrävG). Tertiäre Prävention umfasst auch Maßnahmen zur Verhütung von Rückfällen. Diese, aber auch andere Maßnahmen der Prävention können nicht allein medizinisch-therapeutischer oder pflegerischer Art sein, sondern müssen auch sozial-rehabilitative Interventionen umfassen.

- Präventive Maßnahmen werden eher obrigkeitsstaatlich verordnet als Angebote der Information und Beratung zur vorwiegend individuell zu vollziehenden Verhaltensänderung durch den Bürger. Entsprechend kurz kommt die Berücksichtigung der Verhältnisse, die solche Änderungen begünstigen oder verhindern. Maßnahmen zur Belastungssenkung werden gänzlich ausgespart. Im Appell an die Eigenverantwortung (§ 5) wird eine angemessene Beteiligung „gefordert“ (Kommentar S. 17). Die an sich begrüßenswerte „Nachrangigkeit“ von Kuration, Rehabilitation und Pflege (wenn sie politisch gemeint ist und sich auf den Einsatz von Mitteln bezieht) erscheint in diesem Kontext bedrohlich – etwa als Sanktionierung mangelnden individuellen präventiven Wohlverhaltens – und es wird explizit versichert (§ 4), dass Leistungen zur Behandlung, zur Teilhabe und Pflege nicht eingeschränkt werden.
- Es ist begrüßenswert, dass nach § 6 die großen sozialen Präventionsträger und Bund, Länder und Kommunen nun zusammenwirken sollen. Aber sie sollen es tun, um die „Versorgung“ mit Leistungen zur Prävention „sicherzustellen“. Bei dieser Versorgung sollen sie sozusagen von oben „auf die Teilnahme der Versicherten hinwirken“. Dies bedeutet eine verordnete „Teilnahme“ statt einer Teilhabe (Partizipation), die erst dann erfüllt wäre, wenn die Betroffenen und ihre vielfältigen Organisationen in die verantwortlichen Entscheidungsgremien auf allen Ebenen mitbestimmend einbezogen wären. Hier ist die im Kommentar zitierte Ottawa Charta gänzlich missverstanden, nach der eine Aktivierung der Betroffenen nur gelingt, wenn diese tatsächlichen Einfluss auf die Bedingungen erhalten, die ihre Gesundheit bestimmen.

- Im Gesetz ist statt von der Bevölkerung von „Versicherten“ die Rede. Vom Anliegen der Prävention her macht diese Einschränkung keinen Sinn.

### 3. Zielorientierung

- Die Zielbindung erscheint wenig verbindlich („Empfehlungen“) insbesondere für den Bereich der Verhaltensprävention, die in der Verantwortung der Sozialversicherungsträger verbleibt und für die die Hälfte der Mittel aufgewendet werden soll. Zwar wird die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene zur Erarbeitung der Präventionsziele herangezogen, dieses Verfahren findet aber bei den Ländern und Kommunen keine Fortsetzung. So ist unklar, woran die Entscheidungsgremien auf Landesebene ihre Entscheidungen ausrichten, wenn sie die bundeseinheitlichen Ziele konkretisieren und den Erfolg der Maßnahmen bevölkerungsbezogen messen sollen.
- In § 12 bleibt unerfindlich, warum für die Beschließung von Präventionsprogrammen ausschließlich der ärztliche Sachverstand genannt wird.
- Fünfter Abschnitt – Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung
  - Die Erbringung von Leistungen der Verhaltensprävention müsste kontextbezogen z. B. in der Verknüpfung mit Maßnahmen im Setting erfolgen. Die in § 15 (3) angesprochene Zielbindung ist zu unverbindlich.
  - §16 (1) wäre klarer formuliert, wenn es hieße: Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1, 2 und 3 erbringen Leistungen zur primären Prävention durch Ärztinnen und Ärzte oder auf ärztliche Veranlassung nur dann, wenn die Leistungen nur unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden können oder ihre Bewilligung eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustands der Versicherten erfordert.

#### **4. Zur Kritik der strukturellen Grundlagen (Artikel 2, 3)**

- Neben einer Stiftung für Prävention muss gewährleistet sein, dass alle für Prävention zuständigen Körperschaften auf allen Ebenen durch geeignete Steuerungsmaßnahmen zur Schwerpunktverschiebung der Versorgung angeregt werden. Die Stiftung muss mehr als eine anregende, denn als eine dauerhaft fungierende Größe verstanden werden.
- Die BZGA als Bundesbehörde einzurichten, ist nur dann sinnvoll, wenn innovative Aufgaben vorgegeben werden; bis jetzt sind nur die bereits vorhandenen Orientierungen festgeschrieben (Drogen-, AIDS-Prävention), jedoch keine Inhalte, die zukünftig zentral sein werden (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen (insbesondere Depression) etc.; vgl. § 2 BZgA-EG).
- Eine Entmedikalisierung der Maßnahmen ist auch dadurch zu gewährleisten, dass nicht nur Ärztekammern zu strukturellen Trägern der Maßnahmen gemacht werden, sondern auch Psychotherapeutenkammern und andere psychosoziale Vertretungen (vgl. auch §§ 16 BPrävG, § 7 PrästifG).
- Prävention und Gesundheitsförderung erfordern komplexe Interventionen, die auf der Kompetenz und Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen beruhen. Psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz ist hier unverzichtbar.
- Darüber hinaus ist es notwendig, durch eine stärkere Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen, engagierten BürgerInnen und Wohlfahrtsverbänden strukturelle Rahmenbedingungen zu fördern, die etwa in Gesundheitskonferenzen auf verschiedenen Ebenen ihren Platz finden sollten. Nur so ist mit einer besseren Abstimmung der Maßnahmen zu rechnen.

#### **5. Kritik an der Finanzierung und Steuerung**

- Das Finanzierungseinstiegsvolumen ist auch dann als zu gering zu bezeichnen, wenn dies nur der Anfang einer kontinuierlichen Um-

schichtung sein sollte. Andere Staaten (z.B. Kanada) verfügen schon seit Jahren über einen Finanzierungsanteil für Prävention, welcher deutlich macht, dass die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich ohne eine Aufstockung dieses Finanzierungsvolumens nicht wettbewerbsfähig ist.

- Es muss dafür gesorgt werden, dass es sich um eine harmonische Verlagerung des Schwerpunktes nach Bedarfsgrundsätzen der Behandlung und der Rehabilitation handeln muss (nachgeordnete Bereiche dürften nur in dem Maße geschwächt werden, wie mittel- und langfristige Präventionsziele tatsächlich erreicht werden).
- Zu den Maßnahmen des Qualitätsmanagements bleibt zu sagen, dass der Zeitraum einer über fünf Jahre sich erstreckenden Berichterstattung zu großzügig erscheint; Zwischenberichte sollten festgelegt und nicht als Option genannt werden (§ 9 (3) BPrävG).