



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0415(33)  
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.  
13\_Prävention  
14.05.2013

## Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080)

und zur Stellungnahme des Bundesrates vom 03.05.2013 zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BR-Drucksache 217/13)

sowie zum Antrag der Fraktion der SPD „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059)

Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages  
am 15.05.2013

Berlin, 14. Mai 2013

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

**I. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080)**

**Hintergrund:**

Der von den Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention hat zum Ziel, „mit einer zielgerichteten Ausgestaltung der Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren.“

Dies soll durch eine Fortentwicklung der Leistungen zur Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erfolgen, insbesondere durch

- Unterstützung und Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele durch Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit,
- Ausrichtung der Leistungen der Krankenkassen gemäß § 20 SGB V auf gemeinsame verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung,
- Stärkung der medizinischen Vorsorgeleistungen,
- präventionsorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen,
- zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur Prävention sowie
- Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung.

**Stellungnahme der Bundesärztekammer:**

Die Bundesärztekammer begrüßt alle gesetzgeberischen Maßnahmen, die der Förderung der Gesundheit und der Früherkennung von Krankheiten dienen. Sie verbindet damit die Erwartung, dass damit die Lebensqualität der Bevölkerung verbessert und die Lebenserwartung erhöht werden kann.

Im Einzelnen nimmt die Bundesärztekammer zu den im vorliegenden Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen wie folgt Stellung:

### **1. Neustrukturierung der Finanzierung und Zertifizierung primärpräventiver Leistungen**

Die im Koalitionsentwurf vorgesehene Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur primären Prävention gemäß §§ 20, 20a und b SGB V von gegenwärtig 2,86 € auf zunächst 3,01 € in 2013 und schließlich 6 € ab 2014 mit entsprechenden fortschreitenden Anpassungen wird grundsätzlich begrüßt, soweit damit nachweislich ein wirksamer und zielgruppengerechter Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention geleistet werden kann.

Die Bundesärztekammer hat wiederholt darauf hingewiesen, dass nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Leistungen zur primären Prävention „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“ sollen. Bislang ist der Großteil der für die Primärprävention vorgesehenen Gelder jedoch in verhaltensbezogene Kursangebote der Krankenkassen geflossen, ohne dass es eine entsprechende gesundheits- bzw. risikobezogene Steuerung der Kursteilnehmer sowie einen Nachweis über den gesundheitsbezogenen Nutzen der Angebote gegeben hat. Anstatt mit ihnen v. a. die im Gesetz vorgesehenen sozial Benachteiligten zu erreichen, werden sie bekanntermaßen überwiegend von bereits gesundheitsbewussten Versicherten genutzt, so dass die Kursangebote faktisch v. a. der Bindung von Versicherten mit einem günstigen Risikoprofil dienen, ohne dass ein nennenswerter Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit erkennbar ist.

Ungleich anderer Leistungen des Gesundheitswesens erfolgen bei Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V Angebot und Anerkennung faktisch „aus einer Hand“, ohne dass den Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung eine Mitwirkungsmöglichkeit z. B. hinsichtlich der Erstellung von Bewertungskriterien oder der Überprüfung der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit eingeräumt ist. Entsprechend kritisiert die Bundesärztekammer, dass gemäß § 20 Abs. 2 SGB V des vorliegenden Koalitionsentwurfs dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen – unter Berücksichtigung der Gesundheitsziele gemäß § 20 Abs. 1 SGB V des Entwurfs – die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien der primärpräventiven Leistungen sowie der Kriterien der Zertifizierung von Leistungsangeboten überlassen werden soll. Entsprechend heißt es in § 20 Abs. 4 SGB V: „Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen, wenn diese (...) von einer Krankenkasse zertifiziert ist“. Damit unterbleibt eine notwendige Trennung von Leistungsanbieter und Zertifizierer.

Auch wenn in Satz 1 Kriterien für die Zertifizierung genannt werden, muss vermutet werden, dass sich die Zertifizierungen ohne eines externen „checks and balances“ weiterhin vorrangig an den Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen ausrichten werden. Dies umso mehr, als mit dem Gesetzentwurf die bislang in § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V für die Auswahl der prioritären Handlungsfelder und Festlegung der Kriterien für die Leistungen wenigstens verlangte Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen nun wegfallen soll.

Faktisch werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die für verhaltensbezogene Kursangebote verfügbaren Mittel weiter aufgestockt. Sie stellen mit zukünftig 3 € pro Versichertem (2014) den größten Leistungsanteil dar, weshalb die Entscheidung über die Verwendung dieser Mittel nicht allein den Krankenkassen überlassen bleiben sollte.

Zu begrüßen ist hingegen, dass sich die Zertifizierung der Angebote zukünftig an konsentierten Präventionszielen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ und an den Arbeitsschutzzielen der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz orientieren soll. Dabei muss allerdings sichergestellt werden, dass die im Gesetz zu verankernden Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele in einem demokratischen Prozess ausgewählt und legitimiert werden.

Gemäß § 20 Abs. 6 SGB V soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zukünftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen in Lebenswelten beauftragt werden und hierfür von diesem pauschal 0,50 € pro Versichertem erhalten.

Dieses Konstrukt ist zum einen rechtlich zweifelhaft, da hier Tätigkeiten einer staatlich finanzierten und dem Ministerium nachgeordneten Behörde über Beitragsgelder der GKV-Versicherten querfinanziert werden sollen. Zum anderen bleibt inhaltlich unklar, um welche lebensweltbezogenen Leistungen es sich handeln soll und wie diese durch eine Bundesbehörde zielgruppen- und problemgerecht in den jeweiligen regionalen Lebenswelten durchgeführt werden und dort Wirksamkeit entfalten sollen. Allein durch das Hinzuziehen geeigneter Kooperationspartner, die in dem Gesetzentwurf vorgeschlagen werden, wird die erforderliche Zielgruppen- und Problemgenauigkeit nicht zu erreichen sein.

Die Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten sollte vor allem in den Händen gemeinnützig tätiger Organisationen der Zivilgesellschaft (z. B. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landesvereinigungen für Gesundheit) sowie der relevanten Fachverbände (Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, ärztliche Organisationen wie zum Beispiel die der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) liegen, die in die regionalen Strukturen eingebunden sind und diese kennen.

## 2. Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass sich die präventiven Leistungen zukünftig nicht nur auf die Früherkennung von Krankheiten, sondern auch auf solche zu ihrer Vermeidung erstrecken sollen (siehe § 11 SGB V Abs. 1 neu: „Versicherte haben ... Anspruch auf Leistungen... zur *Vermeidung und* Früherkennung von Krankheiten“ / Überschrift zum 4. Abschnitt des SGB V „Leistungen zur *Vermeidung und* Früherkennung von Krankheiten“). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es sich bei den bevölkerungsmedizinisch relevanten Erkrankungen vorwiegend um solche mit einer langfristigen Genese handelt, die durch die Beeinflussung einzelner Wirkfaktoren frühzeitig abgewendet bzw. gelindert oder in ihrem Verlauf verlangsamt bzw. gestoppt werden können.

Gemäß Koalitionsentwurf sollen sowohl die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V als auch die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach § 26 Abs. 1 SGB V auf eine „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“ sowie „eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“ ausgeweitet und durch „eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 3 und 4“ ergänzt werden.

Damit werden die primärpräventiven Kompetenzen des Arztes sinnvoll gestärkt. Dies entspricht auch der Beschlusslage der Deutschen Ärztetage, die sich wiederholt in diesem Sinne ausgesprochen haben (siehe z. B. 109. DÄT 2006, Drs. VII-13, VII-41; 110. DÄT 2007, Drs. V-06; 114. DÄT 2011, Drs. VI-02, VI-07)<sup>1</sup>.

Die Bundesärztekammer begrüßt daher auch die geplante Einführung einer ärztlichen Präventionsempfehlung, die an die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V, an die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach § 26 Abs. 1 SGB V sowie an eine betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchung angekoppelt wird und von den Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention zu berücksichtigen sein soll.

Damit wird den die Vorsorgeuntersuchungen durchführenden Ärzten ein Instrument an die Hand gegeben, mit dessen Hilfe untersuchte Patienten an sinnvolle Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur primären Prävention herangeführt werden können. Die Präventionsempfehlung ermöglicht eine Zusteuerung von Versicherten in Angebote nach § 20 Abs. 3 SGB V, die sich am tatsächlichen gesundheitlichen Bedarf orientiert und ansonsten eher präventionsferne Versichertengruppen zu erreichen vermag. Die Präventionsemp-

---

<sup>1</sup> Die Beschlüsse und Entschlüsse der Deutschen Ärztetage können auf der Internetseite der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)) unter den Rubriken „Ärztetag“, „Ärztetage ab 2006“ und „Beschlussprotokoll des jeweiligen Ärztetages“ abgerufen werden.

fehlung sollte allerdings auch für qualitätsgesicherte primärpräventive Angebote jenseits einer Zertifizierung durch die Krankenkassen einsetzbar sein.

Im Rahmen der primärpräventiven Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen muss dafür Sorge getragen werden, dass Ärzte für die darin vorgesehenen zusätzlichen Tätigkeiten mit entsprechenden Erhebungs- und Beratungstools unterstützt werden und der sich ergebende Leistungsmehraufwand in einer entsprechenden Vergütung bzw. Berechnung der bestehenden EBM-Ziffern Niederschlag findet.

Eine Aufhebung der Altersgrenzen für die bisherige Gesundheitsuntersuchung ab vollendetem 35. Lebensjahr sowie der zeitlichen Frequenz und die Ausweitung möglicher einzubeziehender Zielkrankheiten sind grundsätzlich zu begrüßen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass durch die in der Folge erforderlichen Beratungen und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses der bislang bestehende präventive Leistungsanspruch der Versicherten quantitativ und qualitativ ausgedünnt wird, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis gesundheitsfördernder bzw. primärpräventiver Maßnahmen per se schwieriger und nur anhand großer Studiengruppen und über lange Zeiträume hinweg zu führen ist.

Die Ausweitung der Altersgrenze für die Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V auf die Vollendung des 10. Lebensjahres wird seitens der Bundesärztekammer ebenfalls begrüßt. Damit wird die bestehende Untersuchungslücke zwischen der bisherigen Untersuchung U6 im 6. Lebensjahr und der J1-Untersuchung im 12. bis 14. Lebensjahr geschlossen. Auf diese Weise kann auf mögliche gesundheitliche Risiken oder Fehlentwicklungen, die sich in dieser Altersphase manifestieren können, frühzeitig reagiert werden. Dazu bedarf es nicht nur der Entwicklung entsprechender Untersuchungsparameter sondern auch adäquater therapeutischer Angebote.

Um alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen erreichen zu können und ein kontinuierliches Monitoring der gesundheitlichen Entwicklung unserer Kinder zu ermöglichen, sollten zudem die Schuluntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes gestärkt und flächendeckend sichergestellt werden.

Hinsichtlich der vorgesehenen Umgestaltung der Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit Einladungswesen sowie mit Qualitäts- und Erfolgskontrollen verweisen wir auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (BT-Drs. 17/11267) vom 07.12.2012<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 SGB V Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen als zu erbringende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten in § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit in den Koalitionsentwurf aufgenommen wurden (siehe dazu auch 115. DÄT 2012, Drs. VI-01)<sup>3</sup>.

### **3. Betriebliche Gesundheitsförderung**

Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft Unternehmen, die erwerbstätigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten und damit Kosten zu senken sowie die Produktivität zu steigern. Eine besondere Rolle im Betrieb spielen hierbei Betriebsärzte. Diese sind aufgrund ihrer Qualifikation die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Die Vorsorge geschieht mit den Mitteln der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Es wird einerseits auf gesundheitsgerechte salutogenetische Arbeitsbedingungen hingewirkt, andererseits werden die Beschäftigten befähigt, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit müssen ältere Beschäftigte und chronisch bzw. psychisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden. Deswegen begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich, dass die GKV im Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung/Primär- und Sekundärprävention in der Arbeitswelt stärker tätig werden und dabei auf die diesbezüglichen Experten im Betrieb, die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, zurückgreifen soll.

### **4. Schutzimpfungen**

Die Krankenkassen können nach § 20a SGB V Präventionsleistungen im Betrieb erbringen. Regelungen bezüglich der Leistungsvergütungen gab es hingegen nicht. Dennoch wurden vereinzelt Verträge mit Betrieben bzw. Betriebsärzten abgeschlossen. Dies hing jedoch von Einzelinitiativen ab. Auch der Deutsche Ärztetag in Nürnberg 2012 (Drs. VI-01) hat entsprechende Regelungen gefordert. Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich den Einbezug der Betriebsärzte in die Vorschrift des § 20a SGB V sowie die Einführung von Gruppentarifen bzw. Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen mit Betriebsärzten.

---

(BT-Drs. 17/11267) vom 07.12.2012 kann auf der Internetseite der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)), unter den Rubriken „Gesundheitspolitik“ und „Stellungnahmen“ abgerufen werden.

<sup>3</sup> Die Beschlüsse und Entschlüsse des 115. DÄT können auf der Internetseite der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)) unter den Rubriken „Ärztetag“, „Ärztetage ab 2006“ und „Beschlussprotokoll des jeweiligen Ärztetages“ abgerufen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Vorschrift des § 132e Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die Krankenkassen können nun auch Verträge mit Betriebsärzten über die Durchführung von Schutzimpfungen abschließen. Diese Klarstellung wird das Verfahren in den Betrieben deutlich erleichtern.

### **5. Orientierung der Leistungen zur primären Prävention an Präventionszielen**

Nach § 20 Abs. 1 SGB V des Koalitionsentwurfs sollen sich die Leistungen der Krankenkassen im Bereich der primären Prävention zukünftig maßgeblich an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ ausrichten.

Der Kooperationsverbund leistet seit inzwischen zwölf Jahren eine intensive und sachorientierte Arbeit. Da seine Zielsetzungen bislang nicht ausschließlich präventionsorientiert waren, bedürfte es zum Teil einer Modifikation seines Selbstverständnisses und der Ausrichtung seiner Arbeit, um den zukünftigen Intentionen des Gesetzgebers vollumfänglich gerecht werden zu können.

Hinsichtlich der im Gesetz festzulegenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele ist sicherzustellen, dass diese in einem demokratischen Prozess ausgewählt und legitimiert werden (siehe Kapitel 1).

### **6. Neugestaltung der Krankenkassen-Bonusregelungen**

Die in § 65a SGB V vorgesehene Koppelung der Bonusregelungen der Krankenkassen an den Erfolg der jeweiligen Maßnahme ist zwar grundsätzlich sinnvoll und wünschenswert, da auf diese Weise ein objektiver Qualitätsparameter einbezogen wird. Allerdings ist eine konkrete praktische Umsetzung dieser Regelung nur schwer vorstellbar, da sich die Zielerreichung oftmals erst nach Jahren ablesen lässt. Die im Begründungstext vorgesehenen eigenständig durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erstellenden Erfolgskriterien könnten zudem dazu führen, dass die Zielerreichung lediglich anhand subjektiver Teilnehmerbewertungen unmittelbar nach Kursende überprüft wird.

### **7. Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit**

Der Koalitionsentwurf sieht die Einfügung eines § 20e in das SGB V vor, der die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelt. Demnach soll dieses Gremium alle vier Jahre dem BMG und darüber hinaus den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung und Umsetzung der Ge-



sundheitsförderungs- und Präventionsziele berichten und Möglichkeiten ihrer Weiterentwicklung aufzeigen (siehe Regierungsentwurf § 20e Abs. 2 SGB V).

Die Einbindung der angedachten Ständigen Präventionskonferenz in politische Steuerungs- und Entscheidungsprozesse bleibt dabei vage.

Hinsichtlich des in die Präventionskonferenz einzubeziehenden Teilnehmerkreises reduziert der Koalitionsentwurf diesen im Vergleich zum Referentenentwurf vom 21. Januar 2013 auf die bloße Nennung von Oberkategorien. Damit werden dem BMG weitgehende Entscheidungsfreiheiten hinsichtlich der Benennung/Nicht-Benennung von Organisationen zugestanden. Eine Aufzählung von Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung ist mit dem vorliegenden Gesetzentwurf inzwischen entfallen. Stattdessen führt der Entwurf lediglich eine allgemeine Kategorie „Vertreter der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ mit auf.

Sollte man an dem Vorhaben einer Ständigen Präventionskonferenz weiter festhalten, fordert die Bundesärztekammer eine klarere Aufgabenbeschreibung im Kontext bereits vorhandener Akteure sowie ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren zur Auswahl und Benennung ihrer Mitglieder. Neben der erforderlichen Einbeziehung von Vertretern der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind auch Vertreter der Betriebsärzte und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend zu berücksichtigen.

Insgesamt sollte der Teilnehmerkreis so bemessen sein, dass eine konzentrierte Diskussion und Entscheidungsfindung sichergestellt ist. Zielsetzung, Funktionen und Arbeitsweise der angedachten Ständigen Präventionskonferenz sowie ihre Einbindung in die parlamentarischen Verfahren sind weiter zu konkretisieren.

## **II. Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Stellungnahme des Bundesrates vom 03.05.2013 zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BR-Drucksache 217/13)**

### **Stellungnahme des Bundesrates:**

In seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BR-Drucksache 217/13) vom 03.05.2013 spricht sich der Bundesrat gegen den vorliegenden Gesetzentwurf der Regierungskoalition aus und fordert dessen grundlegende Überarbeitung.

Er kritisiert dessen Begrenzung auf das SGB V, womit eine Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Reduzierung bestehender sozialer Ungleichheit verfehlt werde. Durch seine Begrenzung auf das Gesundheitswesen würden Gesundheitsförderung und Prävention auf individuelle Verhaltensänderungen und risikopräventive Leistungen sowie auf den Bereich der ärztlichen Behandlung verengt. Länder und Kommunen als auch deren bisherige Programme und Maßnahmen würden vollständig ausgeblendet.

Stattdessen bedürfe es umfänglicher Regelungen unter Einbeziehung der Gesamtgesellschaft und aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung. Der Bundesrat verweist dabei auf seine eigene EntschlieÙung „Schaffung eines Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetzes“ (BR-Drucksache 753/12) vom 22.03.2013.

### **Stellungnahme der Bundesärztekammer:**

Eine breitere Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention über einen ergänzenden Einbezug anderer Sozialversicherungsträger sowie der Länder- und kommunalen Ebene wäre durchaus wünschenswert und grundsätzlich denkbar, wird aber durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht verhindert, so dass eine zukünftige Weiterentwicklung der vorgeschlagenen Ansätze auch in andere Bereiche der Sozialgesetzgebung hinein denkbar ist. Dabei muss aber immer auch die Gefahr einer bloÙen Mittelverschiebung aus bislang steuerfinanzierten hin zu sozialversicherungsfinanzierten Präventionsmaßnahmen mit bedacht werden.

Die Kritik des Bundesrates einer Verengung von Gesundheitsförderung und Prävention auf individuelle Verhaltensänderungen und risikopräventive Leistungen kann nicht nachvollzogen werden. Schließlich legt der Gesetzentwurf erstmalig fixe Beträge für die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention in Lebenswelten fest (siehe § 20 Abs. 5 neu SGB V) und sichert damit Maßnahmen in diesen Handlungsfeldern.

Zudem entpuppt sich der Streit um eine Verwendung von Präventionsmitteln für Maßnahmen der Verhaltens- oder Verhältnisprävention in der Realität als ein weitgehend akademischer, handelt es sich doch bei den als Verhältnisprävention eingeordneten Maßnahmen in der Regel ebenfalls um Aktivitäten der Verhaltensprävention, die lediglich in unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Kindergärten oder Schulen) durchgeführt werden, ohne diese selber im verhältnispräventiven Sinne zu verändern.

Auch lässt sich der Vorwurf, der Gesetzentwurf verenge Gesundheitsförderung und Prävention auf „den Bereich der ärztlichen Behandlung“ (gemeint ist sicherlich „Bereich der ärztlichen Prävention“), nicht aus dem vorliegenden Gesetzesregelungen ableiten: So sollen auch

weiterhin alle primärpräventiven Mittel nach § 20 Abs. 5 neu SGB V ausschließlich in Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention der Krankenkassen, in lebensweltbezogene Maßnahmen sowie in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fließen. Darüber hinaus wird einleitend unter „D.2 Gesetzliche Krankenversicherung“ angeführt, dass die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen des § 25 Abs. 1 SGB V über den Gemeinsamen Bundesausschuss kostenneutral umgesetzt werden könnten. Lediglich für die flächendeckende Einführung einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V werden „Mehraufwendungen [der Krankenkassen] im niedrigen einstelligen Millionenbereich“ veranschlagt.

Stattdessen ist es gerade hinsichtlich des vom Bundesrat selbst formulierten Anspruchs „Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu organisieren“ zu begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf – im Gegensatz zu den Vorläuferentwürfen für ein Präventionsgesetz – eine strukturelle Einbindung der Ärzteschaft in die Primärprävention und eine sinnvolle Verzahnung von ärztlicher Prävention mit den primärpräventiven Angeboten der Krankenkassen vorsieht.

### **III. Antrag der SPD-Bundestagsfraktion „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059)**

Der Antrag beinhaltet in drei Oberpunkten und 21 Unterpunkten einen umfangreichen Forderungskatalog zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit.

Unter Punkt 1 fordert der Antrag, Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche an den Bedürfnissen der Kindergesundheit auszurichten. Hierzu sollen u. a. die Position der Kinderärzte als Erstversorger für Kinder und Jugendliche gestärkt und Disease-Managementprogramme auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ausgeweitet werden. Es soll geprüft werden, ob sich die Versorgung in der ambulanten und stationären Kinderkrankenpflege durch eine verbindliche Fachkraftquote sichern lässt. Auch sollen die gesetzlichen Regelungen für die Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche konsequent umgesetzt werden. Des Weiteren fordert der Antrag, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses flächendeckend umgesetzt und einem Monitoring unterzogen werden. Für sozial benachteiligte Familien sollen bessere Zugangsmöglichkeiten zu Maßnahmen der Rehabilitation geschaffen werden. Weitere Forderungen betreffen die Qualifikation der medizinischen Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen Kontakt haben.

Punkt 2 fordert, die Kindergesundheitspolitik zu einer nationalen Aufgabe zu machen. Dazu sollen ausreichend Mittel zur Förderung der Kindergesundheit bereitgestellt und zur Ziel-

Erreichung gemeinsame verpflichtende Gesundheitsziele formuliert und Präventionsanstrengungen verstärkt werden. Die psychotherapeutische Versorgung sowie die Frühförderung von Kindern und Jugendlichen soll verbessert und bedarfsgerechte Angebote für von sexuellem Missbrauch Betroffene geschaffen werden.

Punkt 3 fordert eine Intensivierung der Forschung zur Kindergesundheit sowie die Stärkung der Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche. Die Versorgungsforschung soll in diesem Bereich ausgeweitet und ein Kompetenznetzwerk für Forschung und Kooperation im Bereich Kindergesundheit aufgebaut werden. Unter anderem sollen für den Einsatz von „Off-label“-Medikamenten bei Kindern Maßnahmen zum Risikomanagement und zur Dokumentation eingeführt werden.

### **Stellungnahme der Bundesärztekammer:**

Generell wird festgestellt, dass sich das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen verändert und in den letzten Jahren eine Zunahme psychischer Belastungssituationen festzustellen ist, die neue Antworten auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen, aber auch in der medizinischen Versorgung erfordern. Insbesondere bedarf es einer entsprechend ausgerichteten Früherkennung, die frühzeitig psychische Belastungsfaktoren zu identifizieren vermag (siehe unsere Stellungnahme zum vorliegenden „Gesetz zur Förderung der Prävention“) und einer besseren Verzahnung zwischen Arbeitsfeldern der Sozial-, Familien- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitssektor.

Zu den zahlreichen in dem Antrag angerissenen Themen wird seitens der Bundesärztekammer auf folgende Positionen hingewiesen.

Die Deutsche Ärzteschaft hat das Thema Kindergesundheit wiederholt und intensiv auf ihren Ärztetagen thematisiert, so zuletzt in eigenen Tagesordnungspunkten auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007 „Kindergesundheit in Deutschland“ (**Anlage I**), auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 unter dem TOP „Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung“ (**Anlage II**) sowie auf dem 114. Deutschen Ärztetag 2011 unter dem TOP „Perspektiven moderner Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter“ (**Anlage III**). Die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen waren Thema des 108. Deutschen

Ärztetages 2005 (**Anlage IV**) und sollen erneut auf dem anstehenden 116. Deutschen Ärztetag in Hannover diskutiert werden (TOP „Gesundheitliche Auswirkungen von Armut“)<sup>4</sup>.

Darüber hinaus stand die 4. Präventionstagung der Bundesärztekammer 2012 unter dem Oberthema „Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen – gesellschaftlich verursacht? Ärztlich behandelbar?“<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Die Beschlüsse und Entschlüsse der Deutschen Ärztetage können auf der Internetseite der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)) unter den Rubriken „Ärztetag“, „Ärztetage ab 2006“ und „Beschlussprotokoll des jeweiligen Ärztetages“ abgerufen werden.

<sup>5</sup> Weitere Informationen zu der 4. Präventionstagung der Bundesärztekammer 2012 können unter folgendem Link aufgerufen werden:  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102.156.10021>

# Anlage I



**TOP III Kindergesundheit in Deutschland**

**III - 01 Kindergesundheit stärken**

**III - 01a**

**III - 01b**

**ENTSCHLIESSUNG**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Wagenknecht (Drucksache III-01a) und Dr. Voigt, Prof. Dr. Kunze, Dr. Bolay und Dr. Peters (Drucksache III-01b) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nicht nur von gesundheitspolitischem, sondern von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Die Kinder sind die Zukunft einer jeden Nation. Umso wichtiger ist es, rechtzeitig möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Wichtige Aspekte der Kindergesundheit stellen psychische Auffälligkeiten sowie Folgen von Vernachlässigung und Gewalt dar.

Im Rahmen des aktuellen Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen 21,9 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen und Suchterkrankungen (insbesondere Tabak- und Alkoholabhängigkeit). Die Daten zeigen, dass ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als Risikofaktoren gelten, die häufig mit Defiziten personaler, sozialer und familiärer Ressourcen einhergehen. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an.

Schätzungsweise 5 % aller Kinder in Deutschland wachsen zudem in Familien bzw. Teilfamilien auf, bei denen aufgrund ihrer psychosozialen Lebensbedingungen ein hohes Risiko für gravierende Vernachlässigung besteht, d. h. ca. 30.000 Kinder eines jeden Geburtsjahrgangs sind betroffen.

Die vorliegenden Daten verdeutlichen darüber hinaus, dass die Ursachen von psychischen Auffälligkeiten und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen eng mit Armut und Arbeitslosigkeit assoziiert sind.

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys des RKI sind ein eindrucksvoller Beleg für die kurz- und langfristige, medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Relevanz und Komplexität der psychischen Gesundheit

von Kindern und Jugendlichen. Daher stellt Kinderschutz eine Querschnittsaufgabe dar und setzt die Kooperation aller Beteiligten voraus.

Ärzte und Ärztinnen engagieren sich aktiv bei

- der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von belasteten Familien,
- der Identifikation von Familien mit psychosozialen Risiken und der Erschließung von Hilfsangeboten,
- der Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern.

Daraus folgt in gesundheitspolitischer Hinsicht

für die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen:

- Programme zur Stärkung von Kindern in Kindergärten und Schulen unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen wie z. B. das Programm "Gesundheit macht Schule" der Ärztekammer Nordrhein sind zu fördern und weiter auszubauen.
- In Kindergärten und Schulen werden verstärkt ärztliche gesundheitsbezogene Beratungsangebote für Schüler und Eltern eingebracht.
- Ärztlicher Sachverstand ist in die Qualifizierung von Erziehern/-innen und Lehrer/-innen zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Schülern einzubeziehen.
- Bei der Umsetzung des vorgesehenen Präventionsgesetzes müssen Kinder und Jugendliche aus sozial belasteten Familien besonders berücksichtigt werden.
- Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z. B. Netzwerke von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Diensten, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen) sind flächendeckend und nachhaltig auszubauen.
- Ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte sollen zukünftig verstärkt auch gemeindeorientiert tätig werden. Unter Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen sie gemeinsam mit Jugendhilfe und Sozialarbeit sowie anderen Gesundheitsberufen Defizite der gesundheitlichen Versorgung in besonders betroffenen Regionen identifizieren und zur Etablierung "Sozialer Frühwarnsysteme" beitragen.
- Eltern von Neugeborenen sollen frühzeitig durch geeignete kommunale Stellen zu Hause aufgesucht und über verfügbare Hilfsangebote und Vorsorgeuntersuchungen informiert werden. Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte unterstützen sie dabei.
- Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrische Praxen müssen nicht nur beibehalten, sondern gestärkt werden.

für die Identifikation von Familien mit psychosozialen Risiken und die Erschließung von Hilfsangeboten:

- Familien mit Risiken für eine ungünstige gesundheitliche Entwicklung von Kindern sollten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt identifiziert werden, um ihnen begleitende Hilfen rechtzeitig zur Verfügung stellen zu können. Hierbei müssen auch migrantenspezifische Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden.



- Die Vergütungsbedingungen sollten so gestaltet werden, dass eine intensive ärztliche Zuwendung zum Kind und Beratung der Eltern entsprechend Berücksichtigung findet.
- Bei der inhaltlichen Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sollte zukünftig die Erfassung der Lebensbedingungen des Kindes sowie die Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeiten, von Vernachlässigung bzw. von Gewalteinwirkung sowie die elterliche Beratung stärkere Berücksichtigung finden.
- Die Teilnehmerate an Früherkennungsuntersuchungen muss durch stärkere Aufklärung von Eltern und durch eine Verbindlichkeit der Teilnahme weiter verbessert werden. Eine möglichst frühe Erkennung und Begleitung von Familien mit psychosozialen Risiken muss ermöglicht werden.
- Die zeitliche Festlegung und die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen sind insbesondere durch die Aufnahme primärpräventiver Anteile und eine weite Ausdehnung zügig zu überarbeiten.
- Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen sind aus- statt abzubauen. Ihre Ergebnisse sind auszuwerten und in die Konzeption des Kinderschutzes einzubeziehen.
- Die Mitwirkung aller mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen befassten Ärztinnen und Ärzte in regionalen Netzwerken zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung wird begrüßt. Dabei müssen auch Möglichkeiten einer angemessenen Vergütung erschlossen werden.
- Eine Intensivierung des Themas "Häusliche Gewalt" und "Vernachlässigung" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung wird angestrebt.
- Vorhandene Leitfäden und Materialien zu dem Thema "Häusliche Gewalt" und "Vernachlässigung" sollen von den Landesärztekammern verbreitet und entsprechende Fortbildungsmaßnahmen angeboten werden.

für die Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern:

- In absehbarer Zukunft ist die flächendeckende Versorgung durch Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten besonders in ländlichen Gebieten gefährdet. Deshalb muss der Ausbau von Weiterbildungsstellen gefördert werden.
- Krankenkassen und Gemeinden werden aufgefordert, Honorarzuschläge und Unterstützungszahlungen bei der Niederlassung von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychotherapeuten in unterversorgten Regionen zu zahlen.

Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte sowie die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besitzen eine breite Kompetenz in der Sucht- und Gewaltprävention, im Impfwesen, der Beratung in Ernährungsfragen, bei der Betreuung von Sport- und Bewegungsgruppen, der Beratung sozial belasteter Familien und der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und körperlichen Behinderungen. Sie können wesentliche Beiträge zur Identifizierung von Familien mit psychosozialen Risiken sowie zu deren Langzeitbetreuung und Unterstützung leisten. Diese Kompetenzen sollten zukünftig in Vernetzungs- und Präventionsprogrammen stärker genutzt werden.

## Anlage II

## 1. Gesundheit und soziale Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV – 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache IV – 01a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung jeden Alters leben als Bürgerinnen und Bürger in unserer Gesellschaft. Für ihre Teilhabe ist Akzeptanz von großer Bedeutung, die als wechselseitiger Prozess verstanden und vollzogen werden muss und die gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit Behinderung an allen gesellschaftlichen Bereichen zum Ziel hat.

Dies trifft vor allem auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu, da hier oft ein besonderer Bedarf an gesundheitlichen Leistungen besteht. Dieser Bedarf beruht zum einen auf der Notwendigkeit, u. a. mit medizinischen Mitteln zur Linderung oder Überwindung der Behinderung beizutragen, zum anderen auf vielfältigen Komorbiditäten bei geistiger Behinderung.

Alle Bürgerinnen und Bürger dieses Landes haben das Recht auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung. Dieses Recht ist ein elementarer Bestandteil der Bürger- und Menschenrechte. Darüber hinaus müssen Menschen mit Behinderung – so Artikel 25 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahre 2006 – die medizinische Versorgung erhalten, die sie aufgrund ihrer Behinderung zusätzlich benötigen. Der Deutsche Bundestag hat diese Bestimmung Anfang 2009 zwar ratifiziert, dem spezifischen und erhöhten Behandlungsbedarf von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung wird das deutsche Gesundheitssystem aber noch nicht gerecht.

Die Ursachen für die Defizite in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung sind vielfältig:

- Die Gesellschaft nimmt Menschen mit Behinderung noch nicht als gleichberechtigte Bürger wahr.
- Der behinderungsbedingte Versorgungsmehrbedarf ist finanziell nicht ausreichend gedeckt.
- Die ausreichende und notwendige Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist noch nicht im bedarfsgerechten Umfang sichergestellt.

Dabei sind Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen von diesen Nachteilen wesentlich stärker betroffen als Menschen mit leichter Behinderung, Erwachsene mehr als Kinder und Jugendliche.

Die Ursachen der Versorgungsmängel lassen sich in fachliche und in organisatorisch-strukturelle Mängel des Gesundheitssystems einteilen. Um diese zu überwinden, müssen sowohl der Gesetzgeber als auch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ihren Beitrag leisten.

Die deutsche Ärzteschaft hat wiederholt ihre Verantwortung für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen bekräftigt. In der Kontinuität dieser Positionen fordert der 112. Deutsche Ärztetag, dass

- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung nicht aufgrund einer Behinderung von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen ausgegrenzt werden dürfen;
- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung die gesundheitsbezogenen Leistungen bekommen, die sie wegen der Behinderung und insbesondere zur Förderung ihrer sozialen Teilhabe dringend benötigen;
- gesetzliche Grundlagen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (in Anlehnung an die Sozialpädiatrischen Zentren) geschaffen werden;
- sektorübergreifende regionale Netzwerke von ambulanten und stationären Leistungserbringern etabliert werden, die in arbeitsteiliger Zusammenarbeit und gegenseitiger fachlicher Beratung für die Lösung besonderer medizinischer Probleme von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung genutzt werden können. Die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (MZEB) sollten in diesen Netzwerken eine zentrale Rolle im Wissenstransfer einnehmen;
- sich die Ärzteschaft für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung einsetzt und sich dafür zusätzliches Wissen und Fähigkeiten aneignet;
- die Aus-, Fort- und Weiterbildung in behinderungsspezifischen Belangen gefördert wird, um die Ärzteschaft und vor allem diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich in besonderer Weise um Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung kümmern wollen, fachlich auf ihre Aufgaben vorzubereiten.

Die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Erwachsenenalter ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten aller Gebiete. Sie erfüllen diese Aufgabe in hoher Kollegialität untereinander und gemeinsam mit den Angehörigen weiterer nichtärztlicher medizinischer und sozialer Berufe.

Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) konzentrieren die erforderlichen Kompetenzen und das besondere Wissen. Sie ermöglichen als komplementäre Einrichtungen die

gemeinsame Arbeit für die betroffenen Menschen.

Um die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung weiterentwickeln zu können, müssen der erhöhte Ressourcenaufwand und die daran angepasste und angemessene Vergütung im ambulanten und stationären Sektor (EBM, GOÄ, DRG) bei der Planung berücksichtigt werden. Auch müssen Lösungen erarbeitet werden, um die während eines Krankenhausaufenthaltes ggf. erforderliche individuelle Assistenz durch vertraute und erfahrene Personen zu organisieren und zu finanzieren.

Elementare Voraussetzung für die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind ihre respektvolle ärztliche Behandlung und Betreuung sowie ihre gesellschaftliche Anerkennung und Integration. Dies schließt die unterstützenden Personen, insbesondere ihre Familien, mit ein.

© Bundesärztekammer · letzte Änderung 07.09.2009

## Anlage III



---

## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – ärztliche Kompetenzen nutzen

### EntschlieÙung

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Peters, Herrn Dr. Zimmermann, Herrn PD Dr. Benninger und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 02a) und Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 02b) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die vom Robert Koch-Institut von 2003 bis 2006 an über 17.000 Kindern im gesamten Bundesgebiet durchgeführte KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) hat aufgezeigt, wie es in Deutschland um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht und in welchen Bereichen es weiteren Handlungsbedarf gibt.

Anlass zur Sorge bereitet die Tatsache, dass 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig, 6,3 Prozent sogar adipös sind, während 21,9 Prozent ein auffälliges Essverhalten zeigen. Darüber hinaus sind bei 7,2 Prozent psychische Auffälligkeiten feststellbar und bei einem vergleichbar großen Anteil gibt es darauf deutliche Hinweise. Für fast alle gesundheitlichen Belastungen zeigt sich ein starker Zusammenhang zur sozialen Schichtzugehörigkeit.

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kann jedoch über eine frühe Erkennung belastender Faktoren sowie Interventionen auf medizinischer, familiärer und gesellschaftlicher Ebene positiv beeinflusst werden.

Der 114. Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb dafür aus,

- die Kompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu nutzen und ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und zu stärken.
- § 26 SGB V und die dazugehörigen Richtlinien des G-BA dahingehend zu novellieren, dass die Früherkennung von Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychische Belastungen und Unfallrisiken, die Aufklärung und Beratung der Erziehungsberechtigten sowie die Weitervermittlung in geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung integrale Bestandteile der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden
- die § 20-Angebote des SGB V für Kinder und Jugendliche enger an die



---

Früherkennungsuntersuchungen zu koppeln und die mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassten Ärztinnen und Ärzte stärker in die Gestaltung lebensweltbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, insbesondere in Kindertagesstätten und Schulen, einzubeziehen. Beispielhaft sind bereits erfolgreich bestehende Programme wie „Gesund macht Schule“, „MediPäds“ oder „Fit für Pisa“ zu nennen:

- die bestehenden Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen stärker begleitend zu evaluieren und die Faktoren einer gesunden Kindesentwicklung systematisch zu erforschen. Um der wachsenden Bedeutung primärpräventiver Vorsorgekonzepte für das Kindesalter gerade im Hinblick auf die Verhütung chronischer Krankheiten des Erwachsenenalters gerecht zu werden, bedarf es öffentlicher Forschungsprogramme
- dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch eine entwicklungsgerechte Gestaltung kindlicher und jugendlicher Lebensräume gefördert wird, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung von Kindergärten, Schulen und Wohnumfeld. Gesundheitserziehung muss integraler Bestandteil der Bildung werden. Vor allem alleinerziehende und gering verdienende Erziehungsberechtigte müssen durch den Aufbau geeigneter Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Zugangsmöglichkeiten stärker bei der Kindererziehung entlastet werden

Für viele der genannten Bereiche liegen bereits funktionierende Modellprojekte und Initiativen vor, die lediglich verstetigt und flächendeckend ausgebaut werden müssen.

## Anlage IV



## **Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.-06. Mai 2005 in Berlin**

### **Armut und Arbeitslosigkeit machen krank**

**Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Merchel (Drucksache IV-01c) fasst der 108. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:**

Armut macht krank: Arme Menschen haben gegenüber Wohlhabenden eine durchschnittlich um bis zu 7 Jahre geringere Lebenserwartung, zudem haben sie gegenüber den Wohlhabendsten in nahezu jeder Lebenssituation ein mindestens doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken, vorzeitig zu versterben, einen Unfall zu erleiden oder von Gewalt betroffen zu sein.

Einflussfaktoren für diesen Zusammenhang sind insbesondere die Schichtzugehörigkeit und die damit verbundene Einkommenslage, der Zugang zu Bildung, die Wohnsituation und - dies ist in einer Zeit mit 5 Mio. Arbeitslosen besonders wichtig - Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit.

Alle diese Faktoren haben Auswirkungen auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und letztlich auch auf Zugang und Nutzung der gesundheitlichen Versorgung. Ebenso kann Krankheit den beruflichen Erfolg gefährden und die Einkommenssituation verschlechtern. Krankheit kann so zu einem sozialen Abstieg beitragen oder einen sonst möglichen sozialen Aufstieg verhindern.

Wer den Zugang zu Wissen, Bildung, Arbeit, Geld, Wohnungsmöglichkeiten und Ansehen einbüßt, der verliert Lebensqualität. Wer weniger Bildung hat, hat zumeist auch geringere Chancen am Arbeitsmarkt, ist am Arbeitsplatz größeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und bekommt für die geleistete Arbeit weniger Lohn. Geringere finanzielle Mittel wiederum bedingen meist eine schlechtere Wohnsituation, weniger Möglichkeiten einer ausgleichenden Freizeitgestaltung, eine ungesündere Ernährung und einen schlechteren Zahnstatus.

Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben die Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potenziale und fördern gesundheitsbelastende Verhaltensweisen. Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und dies bis in die nachfolgende Generation hinein.

Aus ärztlicher Sicht bedrohen und verschlechtern relative Einkommensarmut und Armut als Minderversorgung in relevanten Lebensbereichen, nämlich an Arbeit, an Bildung, an Wohnungsmöglichkeiten, an Kultur und Politik, an Beziehungen und emotionalen Bindungen, die Gesundheit und erhöhen das Mortalitätsrisiko. Ärztinnen und Ärzte erleben dies insbesondere bei Sozialhilfeempfängern, Arbeitslosen, Wohnungslosen, illegal in Deutschland Lebenden, Migranten, allein erziehenden Frauen, kinderreichen Familien, psychisch Kranken und Heimbewohnern.

Aufgrund des steigenden Morbiditätsrisikos bei steigender Arbeitslosigkeit und Armut nimmt auch der Bedarf an ärztlichen Leistungen zu, während die hierfür verfügbaren finanziellen Ressourcen geringer werden, weil die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen nahezu ausschließlich an die Arbeitskosten gekoppelt ist. Hieraus folgt eine schlechtere gesundheitliche Versorgung der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Eine Verschärfung dieser Tendenz zeichnet sich seit Inkrafttreten des GMG mit seinen Zuzahlungsregelungen und dadurch bedingte erschwerte Zugangsmöglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung ab.

Der zentrale Ansatz zur Abwehr der gesundheitlichen Folgen von Armut und Arbeitslosigkeit ist die Überwindung der gegenwärtigen Massenarbeitslosigkeit. Aus ärztlicher Sicht ist der Hinweis wichtig, dass schlechte Arbeitsbedingungen ohne längerfristige Beschäftigungsperspektive im Einzelfall mit noch größeren gesundheitlichen Risiken verbunden sein können als Phasen der Arbeitslosigkeit. Unter gesundheitlichen Aspekten kommt es deshalb sehr auf die Etablierung dauerhafter Arbeitsperspektiven an.

Mit den Mitteln der Gesundheitspolitik lassen sich diese gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen nicht bewältigen. Hier ist vor allem die Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Finanz-, Tarif- und Arbeitsmarktpolitik gefordert. Dennoch lassen sich eine Reihe von gesundheitspolitischen Maßnahmen nennen, mit deren Hilfe versucht werden kann, die Situation partiell zu verbessern.

Um die gesundheitlichen Defizite unterprivilegierter Patientinnen und Patienten ausgleichen zu können, benennt der Deutsche Ärztetag folgende Maßnahmen:

1. Da zunehmende Armut und Arbeitslosigkeit einen erhöhten Bedarf an ärztlicher Versorgung zur Folge hat, müssen in Zeiten erhöhter Arbeitslosigkeit dem Gesundheitssystem mehr statt weniger Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Eine ausschließliche Koppelung seiner Finanzierung an das Arbeitseinkommen wird dieser Logik nicht gerecht, so dass zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden müssen.
2. Das Problem "Armut und Gesundheit" muss Eingang in medizinische Forschung, Lehre, Weiter- und Fortbildung finden.
3. Die von der Bundesärztekammer initiierte und geförderte Versorgungsforschung muss sich dieses Themas annehmen. Die Ständige Koordinationsgruppe "Versorgungsforschung" des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sollte entsprechende Fragestellungen erarbeiten.
4. Die Diskussion um neue Versorgungs- und Kooperationsformen und entsprechende Modellprojekte sollte nicht allein der Verbesserung einzelner Krankheitsbilder, sondern der Verbesserung der

- Gesundheitsversorgung unterprivilegierter Regionen/Lebenswelten Aufmerksamkeit widmen.
5. Der ärztliche Bereich muss zukünftig gemeindeorientiert im Rahmen von Vernetzungsstrukturen arbeiten. Unter Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten diese Arztgruppen gemeinsam mit Pflegediensten und Sozialarbeit sowie anderen Gesundheitsberufen Defizite der gesundheitlichen Versorgung in besonders betroffenen Regionen identifizieren und gemeinsam im Sinne einer gemeindeorientierten Handlungsweise eine entsprechende Versorgung herbeiführen. Z. B. müssen organisiert werden: Präsenzzeiten von Ärztinnen und Ärzten in Schule und Kindergarten, sozial-psychiatrische Verbände, aufsuchende Versorgung Unterprivilegierter (Obdachloser, Alleinerziehender, alter und psychisch kranker Menschen).
  6. Die Krankenkassen, die Projekte zur Förderung der Gesundheit unterprivilegierter Patientengruppen unterstützen oder ins Leben rufen (z. B. Netzwerke zwischen Hausärzten, Pflegediensten, Sozialarbeit, Familienhebammen und Ehrenamtlichen), erhalten Gelder aus dem Risikostrukturausgleich.
  7. Krankenkassen und Gemeinden zahlen Honorarzuschläge und Unterstützungszahlungen bei Niederlassung von Ärzten in unterprivilegierten Regionen.
  8. Wie z. B. in Großbritannien leisten Krankenkassen Bonuszahlungen außerhalb der Gesamtvergütung an Ärzte, die sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten an Präventionsmaßnahmen heranzuführen. Aufsuchende Betreuung durch Ärzte bei einer unterprivilegierten Patienten Klientel, die von sich aus in zu geringem Maße ärztliche Versorgung in Anspruch nimmt, wird mit weiteren Bonuszahlungen außerhalb der Gesamtvergütung an primärärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte honoriert.
  9. Sozialpsychiatrische Dienste werden auf- und ausgebaut, ambulante psychiatrische Pflege wird nach dem Abschluss des bundesweiten Modellversuches von den Krankenkassen als Regelleistung übernommen.
  10. Die Gesundheitspolitik streicht sämtliche Zuzahlungen und die Praxisgebühr für Wohnungslose und Heimpatienten. Zuzahlungen von Kindern für Medikamente sind erst ab dem 18. Lebensjahr (anstelle ab dem 12. Lebensjahr) zu leisten.