

BVÖGD



Bundesverband der Ärztinnen
und Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Ute Teichert-Barthel · c/o Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf
Hohenzollerndamm 174 · 10713 Berlin

An die
Mitglieder im Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail
michael.thiedemann@bundestag.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0415(3)

gel. VB zur öAnhörung am 15.05.

13_Prävention

07.05.2013

Berlin, den 06.05.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersende ich Ihnen eine Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention.

Für die Einladung zur Anhörung und die Möglichkeit zu Stellungnahme möchten wir uns bedanken und stehen für Rücksprachen auch gerne persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Ute Teichert-Barthel
Vorsitzende

Stellungnahme des BVÖGD zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drs. 17/13080)

Allgemeine Anmerkungen

Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) begrüßt die Absicht der Bundesregierung, das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer Präventionsstrategie stärker in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Handelns zu rücken. Aus Sicht des BVÖGD handelt es sich bei dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht um einen umfassenden Ansatz zur Förderung der Prävention, sondern im Wesentlichen um die Neuformulierung und Ergänzung bestehender Rechtsvorschriften (§ 20ff., § 23, § 25, § 26, § 65a SGB V) zur gesetzlichen Krankenversicherung. Wir halten es insgesamt für zielführender ein umfassenderes Gesetz zur medizinischen und nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung unter Einbeziehung aller relevanten Akteure in die Finanzierung zu schaffen, das sich nicht ausschließlich auf den Anwendungsbereich des SGB V konzentriert.

Mit der Beschränkung auf das SGB V werden wichtige Akteure im Bereich der Prävention, darunter auch der öffentliche Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter vor Ort sowie die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht oder nur in unzureichender Weise eingebunden.

Durch eine Ausgestaltung der GKV-Leistungen zur Primärprävention und zur Früherkennung – in der vorgeschlagenen Form – werden die Entwicklung und der Ausbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nur partiell und in unzureichender Weise gestärkt. Die Fokussierung des Gesetzentwurfs auf die Krankenkassen und deren Spitzenverband Bund im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung, die Einbindung der Unternehmen und der Betriebsärzte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der zentrale Ansatz einer Gesundheitsförderung in Lebenswelten weitestgehend über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bringen die Prävention in Deutschland nicht entscheidend voran.

In dem Gesetzentwurf wird mit Blick auf die Prävention in Lebenswelten die Erwartung formuliert, dass „durch Bündelung der Mittel insbesondere die mediale Durchschlagskraft deutlich erhöht wird“, um die Voraussetzungen zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand, zu verbessern. Damit ist impliziert, dass durch erhöhte mediale Präsenz sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen vermindert werden können. Diese Einschätzung erscheint zweifelhaft.

Nach unserer Auffassung sollten statt dessen bereits vorhandene, funktionierende Strukturen vor Ort wie der Öffentliche Gesundheitsdienst, der jahrelange Erfahrung und den Zugang zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen hat, stärker gefördert und genutzt werden. Hierbei geht es insbesondere darum, dass der öffentliche Gesundheitsdienst im Präventionsgesetz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene strukturiert eingebunden wird. Dafür müssen auch in den Gesundheitsämtern vor Ort finanzielle Mittel zur Personalaufstockung vorgesehen werden analog wie bei der AIDS-Prävention, als das BMG ehemals in jedem Gesundheitsamt eine AIDS Fachkraft installiert hat. Darüber hinaus ist auch die Bedeutung von Sportvereinen

und deren notwendige Einbindung hervorzuheben, die ein überaus geeignetes Setting sind, um Kinder und Jugendliche zu erreichen.

Bei der Aufgabenzuweisung und der Verteilung zusätzlicher Finanzmittel an die Akteure ist deshalb darauf zu achten, dass sowohl die Zuständigkeiten auf Bundesebene geschaffen werden als auch den Zuständigkeiten in Ländern und Kommunen Rechnung getragen wird. Nur so lässt sich die spezifische Expertise des öffentlichen Gesundheitsdienstes vor Ort und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte in adäquater Weise einbinden.

Bei der vorgesehenen „Ständigen Präventionskonferenz“ und dem von dieser Konferenz zu erstellenden Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention“ bittet der BVÖGD ausdrücklich um eine konkrete Einbindung und bietet hiermit seine konstruktive Mitarbeit an.

Zu den einzelnen im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen des SGB V nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu § 20 Primäre Prävention

Zu (1) Eine systematische Evaluation der GKV-Leistungen zur Primärprävention zur Verbesserung mit den Zielen den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen zur Erbringen steht bisher aus. Eine konkrete Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen konnte für die letzten Jahre noch nicht festgestellt werden. Die GKV-Leistungen zur Primärprävention sollten zwingend extern wissenschaftlich in regelmäßigen Abständen nach objektiven Kriterien unter Verwendung bereits etablierter Instrumente evaluiert werden.

Zu (2) Unmittelbar an die Kritik zu Absatz 1 schließt sich auch die Kritik zu Absatz 2 an. Als Vorgehensweise ist es vielleicht in sehr kleinen Einrichtungen denkbar, eine Selbstevaluation durchzuführen. Es ist jedoch bedenklich, dass hier der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Festlegung der Kriterien der GKV-Leistungen hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Zielerreichung betraut werden soll. Es gibt bereits verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente in Deutschland, so dass die Frage zu stellen ist, warum es bisher nicht zu einer systematischen Qualitätssicherung gekommen ist. Wir schlagen daher vor, sowohl die wissenschaftliche Evaluation als auch die Zertifizierung durch externe Einrichtungen vorzunehmen zu lassen.

Zu (3) Wenn ab Inkrafttreten der Änderungen dieser Neuregelungen die Krankenkassen Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention erbringen können, sofern diese zertifiziert sind, stellt sich die Frage, ab wann Zertifizierungen in welchem Umfang und von wem vorgenommen werden und mit welchen Mitteln diese finanziert werden. Wir empfehlen, hier eine Konkretisierung vor zu nehmen.

Zu (6) Die BZgA soll zur Unterstützung der Krankenkassen und im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention Lebenswelten insbesondere in Kindertageseinrichtungen, Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen und Lebenswelten älterer Menschen durchführen.

Zunächst sind durch diese Aufzählung bereits unterschiedliche Interessen, die nicht in die unmittelbare Zuständigkeit des Bundes fallen, berührt. Kindertageseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen unterstehen dem Kultus- respektive Jugendministerium eines Bundeslandes. Nachhaltige Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten können nicht zentral aufgebaut werden, sondern müssen spezifisch regionalen Gegebenheiten angepasst werden. Hierfür gibt es bisher flächendeckend keine etablierten Strukturen der BZgA.

Hingegen ist der öffentliche Gesundheitsdienst bundesweit kommunal aufgestellt, als Akteur vor Ort bekannt und verfügt aufgrund langjähriger Erfahrung über Zugangswege, insbesondere zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Prävention und Gesundheitsförderung sind zudem in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder verankert und damit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zugeordnet. Der Einsatz der Mittel quartiersbezogen in die bestehenden Strukturen vor Ort ist aus unserer Sicht zielführender und in der Effektivität in Studien belegt. Zumindest erscheint eine enge Verzahnung von Aktivitäten der BZGA mit den zuständigen Einrichtungen der Länder und Aktivitäten der Gesundheitsämter vor Ort angezeigt. Dies sollte in der pauschalen Vergütung auch Berücksichtigung finden.

Wir halten es außerdem für bedenklich, dass ein gesamtgesellschaftliches Problem (sozial bedingt ungleiches Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen) nur mit Mitteln der GKV bewältigt werden soll und nicht alle relevante Kostenträger einbezogen bzw. Steuermittel hierzu verwendet werden. So kann der PKV-Verband zwar die BZGA mit Zuwendungen fördern; die Verpflichtung zu einer Beteiligung ist hingegen nicht vorgesehen.

Der BVÖGD schlägt vor diesem Hintergrund vor, in den Regelungen des Absatzes 6 bei der Finanzierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten eine verstärkte Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte als Kooperationspartner der BZGA vorzusehen und auf eine regionale Orientierung nicht nur in der besonderen Begründung sondern im Gesetzestext hinzuweisen.

Entsprechende geänderte Formulierungen in § 20 Abs. 6 in den Sätzen 1, 2 und 3 könnten wie folgt lauten:

*Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenartenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, insbesondere in Kindertagesstätte, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen **unter besonderer Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten**. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 **soll** die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner **insbesondere aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes heranziehen, die über besondere Expertise und einen Zugang zu den entsprechenden Lebenswelten verfügen**. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Leistungen nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens die Hälfte des Betrages entspricht, den die Krankenkassen nach Absatz 5 Satz 2 für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzubringen haben; **aus diesen Mitteln sind auch die Leistungen der Kooperationspartner zu vergüten**.*

Zu § 20e Ständige Präventionskonferenz; Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

Der Gesetzentwurf lässt offen, welche „Vertreter der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ der Ständigen Präventionskonferenz angehören sollen. Die Arbeitsfähigkeit und die Expertise der Mitglieder der Ständigen Präventionskonferenz sollten maßgeblich im Vordergrund stehen. Bei der Berufung der Akteure sollten auch die Bundesärztekammer sowie der BVÖGD als fachliche Berufsvertretung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unbedingt einbezogen werden.

Im Übrigen regt der BVÖGD an, in Anlehnung an die in § 21 SGB V vorgesehenen Regelungen zur Leistungsbeschreibung, Erbringung und Finanzierung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und den dort gemachten positiven Erfahrungen weitere Kooperationsfelder präventiver Leistungserbringung von Krankenkassen, Vertragsärzten und öffentlichem Gesundheitsdienst gesetzlich zu definieren. Hierzu bieten sich beispielsweise gezielte Maßnahmen zur Verbesserung und Erhöhung des Impfschutzes an.