

Stellungnahme

Berlin, 17. Februar 2005

**Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der gesundheitlichen Prävention
– Präventionsgesetz**

BT-DRS 15/4833

I. Zusammenfassung	4
Bundesweite Zielvorgaben überprüfen	4
Prävention weiterhin auch über Steuern finanzieren.....	5
Ressourcen auf qualitätsgesicherte Programme konzentrieren.....	6
Auf psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstand nicht verzichten.....	6
II. Voraussetzungen für eine zielgerichtete und qualitätsgesicherte Prävention	8
1. Psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche ist ein prioritäres Präventionsziel	8
Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz.....	10
2. Inhaltliche Abgrenzung zwischen steuer- und beitragsfinanzierten Präventionsprogrammen nicht möglich.....	11
Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz.....	13
3. Ressourcen auf qualitätsgesicherte Programme konzentrieren	14
Schlussfolgerungen für das Präventionsgesetz.....	16
4. Programme zur Primärprävention von Adipositas – größtenteils verbesserungsfähig	17
Schlussfolgerungen für das Präventionsgesetz.....	18
5. Psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz unverzichtbar	19
Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz.....	20
III. Zu den Regelungen im Einzelnen:	21
Artikel 1	21
Zu § 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention	21
Zu § 8 Vorbehalt abweichender Regelungen.....	23
Zu § 11 Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung	24
Zu § 12 Präventionsprogramme	27
Zu § 13 Gesundheitliche Aufklärung.....	27
Zu § 15 Verhaltensprävention.....	28
Zu § 16 Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen.....	29

Zu § 17 und § 18 Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	29
Zu § 20 Wirksamkeit und Qualitätssicherung	32
Zu § 21 Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention	34
Zu § 25 Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der gemeinsamen Entscheidungsgremien in den Ländern	34
Artikel 2	35
Zu § 7 Kuratorium	35
Artikel 5	36
Zu § 20 Verhaltensprävention.....	36
Zu § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.....	37
Zu § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen	38
Zu § 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	38
Zu § 73 Kassenärztliche Versorgung.....	38
Literatur	39

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz

I. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) unterstützt das Anliegen der Bundesregierung, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Darüber hinaus teilt die BPTK die Überzeugung, dass begrenzte Ressourcen es notwendig machen, sich auf prioritäre Ziele und vor allem qualitätsgesicherte Maßnahmen zu konzentrieren. Um diese Ziele zu erreichen, sollte der vorliegende Gesetzesentwurf überarbeitet werden. Die wichtigsten Punkte aus Sicht der BPTK sind:

Bundesweite Zielvorgaben überprüfen

Etwa 20 % der Kinder leiden unter klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten (Steinhausen et al., 1998). Unter rund 10 000 Münchener Schulanfängern des Jahres 1997 waren mit über 17 % die häufigsten Befunde intellektuelle Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. In Jena, Heidelberg und Köln wurden bei der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 1997/98 13 % der Kinder als psychisch auffällig (aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme etc.) eingestuft. Die WHO empfiehlt für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen psychische Gesundheit zu einem vorrangigen Gesundheitsziel zu machen (WHO, 2005). Bei einer näheren psychologischen Betrachtung erweisen sich auch ungesunde Ernährung und unzureichende Bewegung als Indikator einer gestörten Mensch-Umwelt-Beziehung und nicht als deren Ursache.

Im Präventionsgesetz wird für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen auf die von gesundheitsziele.de formulierten Ziele: Bewegung,

Ernährung und Stress verwiesen. Diese Ziele sollen gelten, bis die Bundesstiftung neue vorgibt. Gerade für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen sollten die Vorgaben von gesundheitsziele.de korrigiert werden. Der Gesetzgeber sollte die Bundesstiftung auffordern, umgehend bis zum 01.01.2006 anhand der vom Gesetzgeber vorgegebenen Zielkriterien neue Präventionsziele für Kinder und Jugendliche zu formulieren. Dies entspräche auch der Erklärung der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit vom Januar 2005. Darin wurde die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Gesundheitsprobleme von den versammelten Gesundheitsministern als vorrangiges Anliegen für die WHO, die EU und den Europarat dargestellt (WHO, 2005).

Prävention weiterhin auch über Steuern finanzieren

Die Finanzierungsverantwortung für Prävention wird häufig auf der Grundlage einer Unterscheidung zwischen gesundheitlicher und sozialer Prävention getroffen. Diese Trennung in gesundheitliche und soziale Prävention ist bei Maßnahmen für Kinder und Jugendliche kaum vorzunehmen. Eine Folge des Gesetzes wird daher sein, dass Träger von Lebenswelten wie Kindergärten oder Schulen, ihre Anträge nicht mehr bei den Jugendämtern für Maßnahmen der Jugendhilfe stellen, sondern bei den neuen Gremien auf Landesebene, die die Beitragsgelder der sozialen Präventionsträger verteilen. Prävention als originär gesamtgesellschaftliche Aufgabe wird künftig kaum noch über Steuermittel, sondern über Beitragsmittel der Sozialversicherungen finanziert werden. Vor allem bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen kommt es aller Voraussicht nach nur zu einer Umfinanzierung, nicht zu den erforderlichen zusätzlichen finanziellen Impulsen. Das Gesetz wird ohne definierten, finanziellen Beitrag von Bund, Ländern und Kommunen sein Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, verfehlen.

Ressourcen auf qualitätsgesicherte Programme konzentrieren

Es gibt eine große Zahl von primärpräventiven Programmen zur Vermeidung von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter. Die meisten setzen auf Wissensvermittlung und Aufklärung, obwohl mehr Wissen über Ernährung kaum Einfluss auf das Ernährungsverhalten hat. Die Gesundheitskampagnen des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) oder der Bundeszentrale für Gesundheit (BzgA) sind insofern dringend evaluationsbedürftig und bestenfalls ein Baustein eines komplexeren Präventionsprogramms, das neben Wissensvermittlung auch auf Verhaltensänderung zielt.

Der mit dem Präventionsgesetz künftig geforderte Wirksamkeitsnachweis für präventive Maßnahmen ist daher zu begrüßen. Der Gesetzgeber lässt allerdings offen, wie die Mittel für Evaluation aufzubringen sind. Angesichts des Stellenwertes eines Wirksamkeitsnachweises für einen effizienten Mitteleinsatz ist zu fordern, dass für eine wissenschaftliche Begleitforschung explizit Mittel zur Verfügung gestellt werden. Dies sollte geschehen, indem der Stiftung Bundesmittel für die Evaluation von Präventionsprogrammen zur Verfügung gestellt werden. Eine Evaluation darf sich dabei nicht auf die Untersuchung von Reichweite, Akzeptanz und Kosten eines Präventionsprogramms beschränken. Verbreitung und Beliebtheit sagen nichts über die Effektivität eines Programms im Sinne der angestrebten Verhaltensänderungen aus.

Auf psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstand nicht verzichten

Die europäischen Gesundheitsminister haben in der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit proklamiert, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt (WHO, 2005). Der vorlie-

gende Gesetzentwurf dagegen bezieht gesundheitliche Prävention einseitig auf die physische Gesundheit und vernachlässigt die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischer und physischer Gesundheit. Psychische und soziale Faktoren wie Stress oder Vereinsamung konnten in zahlreichen wissenschaftlichen Studien als Auslöser bzw. Risikofaktor für Krankheit identifiziert werden. Physische Erkrankungen (Krebs, Adipositas etc.) bewirken psychische Folgeerscheinungen oder werden durch psychische Faktoren aufrechterhalten.

Empirisch ist vielfach belegt, dass Wissensvermittlung über medizinische Risikofaktoren oder gesundheitsförderliches Verhalten in der Regel nicht ausreicht, um nachhaltige Verhaltensänderungen zu erzielen. Die Medizinlastigkeit des Gesetzentwurfes sollte korrigiert werden. In den unterschiedlichen Entscheidungsgremien ist auch psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für das Kuratorium der Bundesstiftung aber auch für die auf Landesebene zu bildenden Gremien.

II. Voraussetzungen für eine zielgerichtete und qualitätsgesicherte Prävention

1. Psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche ist ein prioritäres

Präventionsziel

Rund 20 % der Kinder leiden unter einer psychischen Erkrankung. Die WHO betont die Notwendigkeit, angemessen auf die zunehmenden psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu reagieren (WHO, 2005). Den Stellenwert psychischer Störungen bereits im Kindesalter belegen auch die Gesundheitsberichte verschiedener Bundesländer: Unter rund 10.000 Münchner Schulanfängern im Jahr 1997 waren mit über 17% die häufigsten Befunde intellektuelle Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten (Referat für Gesundheit um Umwelt, München 1997). In Jena, Heidelberg und Köln wurden bei der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 1997/98 13% der Kinder als psychisch auffällig (aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme etc.) identifiziert (Gesundheitsbericht NRW, 2002).

In einem bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen sozioökonomische Benachteiligungen eine zentrale Rolle. Die Sozialschicht wirkt sich sowohl auf Risiko- als auch auf Schutzfaktoren für psychische Gesundheit aus (Bettge, 2004). Allgemein besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Morbidität bzw. Mortalität, wie z.B. der Berliner Gesundheitsbericht zeigt (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004). Der Sozioökonomische Status in der Kindheit beeinflusst das Gesundheitsverhalten und damit auch die Gesundheit im Erwachsenenalter (van de Mheen et al., 1998). Das Auftreten und der Verlauf psychischer Erkrankungen (vgl. Gesundheitsbericht NRW), ebenso wie die kognitive Entwicklung von Kindern (Kaplan et al., 2001) sind in hohem Maße von den gegebenen psycho-

sozialen, soziokulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten abhängig.

Für die psychische Gesundheit von Kindern haben zudem Migrationshintergründe und Geschlechtsunterschiede eine erhebliche Bedeutung (z.B. Flores, Tomany-Korman & Olson, 2005). Hinzu kommen negative mediale Vorbilder und interpersonelle Identifikationsmuster, belastende Milieus, Fehlen an Sorge und Zuwendung, kritische Lebensereignisse wie z. B. der Verlust von Bezugspersonen (Trennung, Scheidung, Tod) oder auch mangelnde soziale Integration (Cohen, 2004). Besonders beunruhigend ist die Inzidenzrate von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden, welche bei Jugendlichen die dritthäufigste Todesursache darstellt.

Die Folgen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen reichen mit hoher Wahrscheinlichkeit bis ins Erwachsenenalter. Sie sind Ursache von dauerhaften Behinderungen oder der Verkürzung der Lebenszeit. In der ökonomischen Gesamtbilanz ergeben sich erhebliche Krankheitsfolgekosten in Form von geringerer beruflicher Qualifikation, Arbeitsproduktivität, zunehmender Arbeitsplatzabsenz (die Krankentage bei psychischen Störungen steigen gegen den Trend bei anderen Krankheiten), sozialen Transferleistungen, und in der Blockierung von Ressourcen des Gesundheitswesens.

Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz

- Im Präventionsgesetz wird auf die für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen durch gesundheitsziele.de formulierten Ziele Bewegung, Ernährung und Stress verwiesen. Diese Ziele sollen gelten, bis die Bundesstiftung neue formuliert hat. Die Zielvorgabe von gesundheitsziele.de ist jedoch nur noch teilweise nachvollziehbar.

Der Gesetzgeber sollte die Bundesstiftung beauftragen, sich zunächst mit den Präventionszielen für Kinder und Jugendliche zu befassen und bis zum 01.01.2006 hier zu einem Beschluss zu kommen.

2. Inhaltliche Abgrenzung zwischen steuer- und beitragsfinanzierten

Präventionsprogrammen nicht möglich

Prävention wird derzeit teilweise über Beitragsmittel der Sozialversicherungen, aber insbesondere im Kinder- und Jugendbereich über Steuermittel finanziert. Eine Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeit findet häufig durch die Zuordnung zu sozialer oder gesundheitlicher Prävention statt. Diese Unterscheidung wird künftig auch bei der Vergabe der Mittel für Prävention in Lebenswelten als Zuständigkeitskriterium herangezogen. Der Gesetzgeber hält fest, dass die Voraussetzung und die Zuständigkeit für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention sich nach denen für den jeweiligen sozialen Präventions-träger geltenden Regelungen des Sozialgesetzbuches richten sollen.

Die Zuweisung von Präventionsmaßnahmen in die Kategorie „sozial“ oder „gesundheitlich“ ist aber schwierig, wie das Beispiel der Suchtprävention für Kinder und Jugendliche zeigt. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat ein Präventionsprogramm zu Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention bei suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen entwickelt (BAG, 2004). Das Konzept unterteilt sich in unterschiedliche Bausteine, die die Präventionsmaßnahmen den Altersstufen der Kinder und Jugendlichen zuordnen. Suchtprävention umfasst in der Schweiz die Beratung und Unterstützung von Schwangeren, die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern für Kinder jeder Altersgruppe, universelle Prävention in den Kindergärten bei Kindern unter 6 Jahren und indizierte Prävention für Schüler und Schülerinnen in der Altersgruppe von 8 bis 20 Jahren.

Ein solch umfassendes Projekt der Suchtprävention würde in der Bundesrepublik auf eine gesplittete Verantwortung treffen. Die Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern können z. B. als soziale Prävention unter die Finanzierungszuständigkeit der Kom-

munen im Sinne des SGB VIII fallen. Aber auch die GKV könnte dafür in die Pflicht genommen werden. Mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern ist ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit von Kindern und damit für die Anfälligkeit der Kinder in Bezug auf Sucht, Gewalt und Aggression. Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern ist dann gesundheitliche Prävention mit Blick auf die psychische Gesundheit der Kinder. Ähnliches gilt für universelle Präventionsansätze in Kindergärten, wie z. B. das Programm entwicklungsorientierter Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial emotionaler Kompetenz in Kindergärten (Papilio; Scheithauer et al., 2004). Die Entwicklung, Durchführung und die wissenschaftliche Evaluation des Programms übernimmt neben privaten Wirtschaftsunternehmen das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Das Programm würde derzeit nach der Evaluationsphase in die Finanzierungsverantwortung des SGB VIII fallen. Da es ein früherer Ansatz zur Sucht und Gewaltprävention ist, könnten sich sinnvoller Weise die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Sicherheitsförderung) daran beteiligen. Von den jährlich rund 2 Mio. gemeldeten Unfallverletzungen von Kindern ereignet sich über die Hälfte in Schulen (RKI, 2004), und von diesen ist ein großer Teil das Ergebnis von Schulgewalt (21% der Schüler in Schleswig-Holstein berichten in einer Studie, in ihrer Schule Opfer von physischer und psychischer Aggression zu sein (lt. Gesundheitsbericht NRW, 2002).

Da das Programm eindeutig zur Prävention in Lebenswelten gehört, würde ein Kindergarten (Träger der Lebenswelt) sich künftig nicht mehr an das örtliche Jugendamt wenden können, er wird aller Voraussicht nach an das Gremium auf Landesebene verwiesen, das die Mittel der sozialen Präventionsträger für Prävention in Lebenswelten vergibt. Die Frage der Zuständigkeit würde noch dadurch erschwert, dass Maßnahmen zur Gewaltprävention ebenfalls von den Landeskriminalämtern getragen werden. Für diesen Bereich könnte also auch noch das BMI ins Spiel kommen.

Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz

- Das Beispiel Suchtprävention zeigt, dass für einen gezielten Ressourceneinsatz ein Überblick über die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, der GKV und der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger notwendig wäre. Erst dieser Überblick ermöglichte es den Gremien auf Landesebene, auf einander abgestimmte Präventionsprogramme zu initiieren. Diese Präventionsprogramme müssten unmittelbar Rückwirkungen auf die Jugendhilfeplanung haben, in deren Zuständigkeitsbereich weite Teile der Suchtprävention bisher fallen und wahrscheinlich auch künftig noch fallen werden. Die dafür notwendige Transparenz fehlt und ist auf Grund der Erhebungsmerkmale der Jugendhilfestatistik kurzfristig nicht behebbar. Ohne Planungsgrundlagen (Daten) wird es den mit erheblichem Aufwand initiierten Gremien auf Landesebene schwer fallen, die Priorität von Präventionszielen zu beurteilen, komplexere Präventionsprogramme zu planen, ihre Umsetzung zu beobachten und ihre Zielerreichung zu messen.
- Neben dem Problem der aufeinander abgestimmten und übergreifenden Planung müssten unterschiedlichste Träger und Systeme miteinander kooperieren, bei der Suchtprävention wären dies das Gesundheitssystem, die Kinder- und Jugendhilfe, die Träger von Kindertagesstätten und Kindergärten sowie die Schulen eventuell auch die Landeskriminalämter und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung. Hier stellen sich spezielle Kooperationserfordernisse, die bezüglich der inhaltlichen Abstimmung und Finanzierung der Maßnahmen einen Kooperationsbedarf mit sich bringen, der dem vergleichbar ist, der in der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung macht der Gesetzgeber explizite Vorgaben, wie die unterschiedlichen Beteiligten mitein-

ander kooperieren sollten. Es ist zu prüfen, ob dies im Kontext des Präventionsgesetzes auch für den Bereich der Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche vorgegeben werden sollte.

- Am Beispiel der Suchtprävention lässt sich zeigen, dass künftig die Träger von Lebenswelten, seien es Kindergärten, Schulen oder andere Einrichtungen, die sich bisher für die Realisierung von präventiven Maßnahmen überwiegend an die Kinder- und Jugendhilfe gewandt haben, künftig wahrscheinlich an die Gremien für die Prävention in Lebenswelten auf Landesebene verwiesen werden. Damit findet in einem zentralen Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung nur eine Umfinanzierung statt. Zusätzliche finanzielle Impulse wird es - wenn überhaupt - nur in geringem Umfang geben. Grundsätzlich wird damit die gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe, die bisher zumindest teilweise aus Steuergeldern finanziert wurde, den Sozialversicherungen übertragen. Dieser grundlegende Kurswechsel ist abzulehnen. Eine finanzielle Beteiligung von Bund, Ländern und Gemeinden ist auf dem derzeitigen Niveau zu sichern, besser noch auszubauen.

3. Ressourcen auf qualitätsgesicherte Programme konzentrieren

Den meisten Menschen ist bewusst, dass sie ihre Gesundheit schädigen, wenn sie rauchen, zuviel Alkohol trinken, sich falsch ernähren oder zu wenig bewegen. Doch sie haben vielfältige Gründe für ihr Verhalten (Gewohnheiten, Ängste, sozialer Druck, Abhängigkeit, mangelnde Veränderungskompetenz etc.). Primäre Prävention muss an diesen Risikobedingungen ansetzen.

Wirksame präventive Maßnahmen für alle Altersgruppen beruhen auf Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen: Entweder soll gesundheitsschädigendes Verhalten reduziert oder gesundheits-

förderliches verstärkt werden. Dies setzt zwar gesundheitsbezogenes Wissen voraus, jedoch ist es von der Wissensvermittlung zur Umsetzung im Alltag noch ein weiter Weg. So zeigte sich beispielsweise in einer Schulintervention, die auf einem sechsstündigen Ernährungsunterricht beruhte (Danielzik & Müller, 2004), dass das Ernährungswissen signifikant verbessert wurde. Ein Einfluss auf das Ernährungsverhalten konnte jedoch nicht belegt werden.

Voraussetzungen für eine langfristige Änderung des Gesundheitsverhaltens sind:

- Wissen um gesundheitsförderliches Verhalten,
- Kompetenz zum gesundheitsförderlichen Verhalten, Fähigkeit zur alltagsnahen Umsetzung des Wissens,
- Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung
- Motivation zur Verhaltensänderung,
- Fähigkeit, Gründe für das gesundheitsschädigende Verhalten zu überwinden (Gewohnheiten, Ängste, sozialer Druck, Abhängigkeit, mangelnde Veränderungskompetenz etc.) sowie
- Motivation und Fähigkeit, verändertes Verhalten beizubehalten (Problemlösekompetenz, Umgang mit sozialem Druck etc.).

Beim Übergewicht gelten mangelnde Bewegung und falsche Ernährung als Hauptursachen. Psychische Bedingungen haben aber eine auslösende oder krankheitserhaltende Funktion. Mangelnde Bewegung (zuviel TV, PC, Lesen) kann z.B. auf soziale Ausgrenzung und Isolation zurückzuführen sein, ebenso wie übermäßiges Essen (Frustesser). Kinder müssen lernen zu erkennen, wann sie wirklich Hunger haben, und wann sie aus anderen Gründen essen wollen. Psychologische Techniken (z.B. Bekräftigung eines angemessenen Essverhaltens, Stimuluskontrolle) helfen ihnen dabei, sich gesünder zu ernähren und beispielsweise Belohnung auf andere Weise als durchs Essen zu erfahren. Zudem führt eine Förderung allgemeiner Kompetenzen zu einer Minimierung möglicher Risiken wie z. B. Zurückweisung durch Gleich-

altrige. Bisher haben sich nur kombinierte, multidisziplinäre Programme, die nicht auf Diät oder Sport allein beruhen, als nachweislich effektiv erwiesen (vgl. z.B. Warschburger et al., 2001). Studien zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Merkmalen sozialer Beziehungen (soziale Integration, soziale Unterstützung, negative soziale Interaktionen) verdeutlichen, dass dabei auch Interventionen zu berücksichtigen sind, welche die vorhandenen sozialen Netzwerke stärken, soziale Unterstützung in den Lebenswelten verfügbar machen und negative Interaktionen reduzieren (Cohen, 2004).

Schlussfolgerungen für das Präventionsgesetz

- Für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 sowie für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 17 fordert der Gesetzgeber, dass Maßnahmen und Leistungen nur durchgeführt oder erbracht werden, wenn vorab nachgewiesen wird, dass ihnen ein präzises, nachvollziehbares und Erfolg versprechendes Konzept zu Grunde liegt. Hierzu gehört nicht nur die sorgfältige Planung, die Wahl der richtigen Zugangswege sowie geeignete Instrumente und Methoden, hierzu gehört insbesondere, dass die Konzepte berücksichtigen, dass Wissensvermittlung allein noch nicht zu Einstellungs-, Wahrnehmungs- oder Verhaltensänderungen führen kann. Der Gesetzgeber sollte vorgeben, dass Programme nachvollziehbar auch diesen Zielen dienen und Wissensvermittlung allein noch kein Erfolg versprechendes Konzept ist.
- Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung sind nur im Kontext umfassender Präventionsprogramme, als ein Baustein neben anderen, ein effizientes Mittel. Kampagnen allein können vielleicht das Wissen der Bevölkerung um gesundheitsrelevante Tatbestände

verbessern, Verhaltensänderungen werden sie kaum bewirken.

4. Programme zur Primärprävention von Adipositas – größtenteils

verbesserungsfähig

Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen häufig Programme zur Vermeidung von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter. Es gibt eine große Zahl von primärpräventiven Programmen in diesem Feld (vgl. Pigeot, Bosche & Pohlmann, 2004). Allerdings werden nur wenige dieser Projekte wissenschaftlich begleitet, und wenn gar randomisierte und kontrollierte Interventionsstudien gefordert werden, ist die Zahl selbst bei einer internationalen Suche sehr gering. Baerlocher & Laimbacher (2003) fanden lediglich 7 Langzeitstudien (> 1 Jahr) und 3 Kurzzeitstudien (> 3 Monate). Darunter befand sich nur eine deutschsprachige Präventionsstudie.

In Deutschland ist FIT KID vom BMVEL (Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas) die bisher umfangreichste Gesundheitskampagne für diese Altersgruppe. Das Programm bietet zur institutionellen Kinderernährung einen bundesweiten Beratungsservice durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Fortbildungen zur Sinnesschulung für Kinder, das Puppentheater „Kaspers Tipp – iss dich fit“ als kostenloses Angebot und ein Ringbuch mit praxisrelevanten Ernährungsanleitungen sowie Anregungen zu einer gesundheitsbewussten Ernährungserziehung. FIT KID stützt sich auf Mediatorenfortbildungen und ist auf Wissensvermittlung ausgerichtet. Damit umfasst es nur einen der in komplexen Programmen vorkommenden Bausteine. FIT KID erfreut sich einer großen Nachfrage, eine Ergebnisevaluation ist nicht vorgesehen.

Diesen Mangel weisen auch andere Projekte auf, wie etwa „5 am Tag für Kids“ (Gesundheitskampagne der Deutschen Krebsgesellschaft), in dem vor allem dafür geworben wird, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich zu nehmen, oder „Fruit for You(ngsters)“ (Gesund-

heitskampagne der Deutschen Gesellschaft ev., BMVEL), das eine ähnliche Zielsetzung verfolgt. Die Programme sind nicht auf eine Ergebnisevaluation ausgelegt oder wenn doch, wird keine Veränderung im Ernährungsverhalten erhoben. Dies gilt etwa für „Ernährungserziehung bei Kindern“, Ziel ist hier die Verbesserung von Ernährungsverhalten, -situation und -wissen, „CHILT 1 - Children’s Health Interventional Trial“, das bei nicht-adipösen Kindern vorwiegend auf vermehrte Bewegung und optimierten Sportunterricht ausgerichtet ist. Beim „PEP – Präventionserziehungsprogramm“ umfasst die Intervention eine Vortragsreihe zu den Risikofaktoren. „Gut drauf“ (BZgA) soll Jugendliche in allen Lebensbereichen, von Schule bis Ferien, zu gesundheitsbewusstem und selbst bestimmtem Verhalten anregen und „Apfelklops und Co“ ist eine durch die BZgA initiierte Kinderliedertour. In der begleitenden Prozessevaluation werden Reichweite, Akzeptanz und Kosten erhoben, doch sagt die Verbreitung und Beliebtheit eines Programms nichts über seine Effektivität im Sinne der anzustrebenden Verhaltensänderung aus.

Die einzige Ausnahme bildet die auf 8 Jahre angelegte und noch in der Evaluation befindliche Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Geplant ist eine Ergebnisevaluation hinsichtlich Inzidenz und Prävalenz des kindlichen Übergewichts. Sie erwies sich als teilweise erfolgreich bei der Senkung der Inzidenz des kindlichen Übergewichts. Durch eine Familienintervention konnte neben dem Ernährungszustand auch das gesundheitsrelevante Verhalten von übergewichtigen bzw. von Übergewicht bedrohten Kindern positiv beeinflusst werden (Müller et al., 2001; Czerwinski-Mast et al., 2003; Danielzik & Müller, 2004).

Schlussfolgerungen für das Präventionsgesetz

- Für präventive Maßnahmen, deren Wirksamkeit noch nicht nachgewiesen ist, sieht das Präventionsgesetz vor, dass ein wissenschaftlicher Nachweis innerhalb einer angemessenen

Frist begleitend erfolgen sollte (§ 20 PrävG). Die Forderung eines Wirksamkeitsnachweises und die Möglichkeit ihn prozessbegleitend zu erlangen, ist ausdrücklich zu begrüßen angesichts der Tatsache, dass weder international noch national ausreichend gut evaluierte Programme vorliegen.

- Der Gesetzgeber hält in der Begründung zum Gesetzentwurf fest, dass für den Nachweis der Wirksamkeit keine Mittel zur Verfügung gestellt werden. Dies ist ausgesprochen unbefriedigend, da nicht davon auszugehen ist, dass – wie bei anderen Produkten oder Dienstleistungen – die Evaluationskosten bei Präventionsmaßnahmen auf die Preise aufgeschlagen werden können. Angesichts des Stellenwertes eines Wirksamkeitsnachweises ist daher zu fordern, dass für eine wissenschaftliche Begleitforschung explizit Mittel zur Verfügung gestellt werden. Dies kann z. B. geschehen, indem die Stiftung Bundesmittel für die Evaluation von Präventionsprogrammen erhält.

5. Psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz unverzichtbar

Es ist nur schwer nachzuvollziehen, dass gesundheitliche Prävention im Gesetzentwurf lediglich im Sinne physischer Gesundheit verstanden wird. Die Trennung zwischen physischer und psychischer Gesundheit ist wissenschaftlich kaum zu begründen. Psychische Faktoren konnten als Krankheitsauslöser identifiziert werden. So führen beispielsweise mentaler Stress, Angstzustände und Depression zu einem 70% höherem Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu leiden (GNMH, 2005). Physische Erkrankungen bewirken psychische Folgeerscheinungen oder werden durch psychische Faktoren aufrechterhalten. Diabetiker etwa weisen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko auf, an Angststörungen und Depression zu erkranken und ein Viertel aller Krebskranken leidet an Depression (GNMH, 2005). Soziale Bedingungen führen,

vermittelt über psychische Faktoren, zu einem schlechteren Gesundheitsverhalten und letztlich zu erhöhter Morbidität und Mortalität.

Ungesunde Ernährung und unzureichende Bewegung erweisen sich bei einer näheren psychologischen Betrachtung als Indikatoren einer gestörten Mensch-Umwelt-Beziehung, nicht als deren Ursachen. Der reproduktive Teufelskreis von familiärer Sprachlosigkeit, geringem Anregungsgehalt der sozialen Umgebung, belastenden sozialen Interaktionen, steigendem Medienkonsum, gestörtem Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und sozialer Isolation lässt sich nachweislich nur mit psychologisch-psychotherapeutischen Interventionsprogrammen unterbrechen.

Der im Kontext der Gesundheitspsychologie entwickelte salutogenetische Ansatz ist eng verknüpft mit dem Konzept der Gesundheitsförderung der WHO. Anders als beim pathogenetischen Ansatz, der zumeist von potentiellen gesundheitlichen Gefährdungen ausgeht, stehen hier positive Inhalte und Bilder des Gesundseins im Mittelpunkt. Ein wichtiges Ziel ist, die Handlungsressourcen des Individuums und seines Umfeldes (z. B. Lebenspartner, Eltern) zu stärken. Gesundheitspsychologische Konzepte bilden eine unverzichtbare konzeptionelle Basis, die konkrete Auswirkungen auf die Gestaltung und Umsetzung von Programmen hat.

Prävention und Gesundheitsförderung erfordern komplexe Interventionen, die auf der Kompetenz und Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen beruhen.

Schlussfolgerung für das Präventionsgesetz

- Die Medizinlastigkeit des Gesetzesentwurfes sollte korrigiert

werden. In den unterschiedlichen Entscheidungsgremien ist auch psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand einzubeziehen. Insbesondere sollte dies beim Kuratorium der Bundesstiftung der Fall sein. Neben der Bundesärztekammer sollte hier die Bundespsychotherapeutenkammer vertreten sein. Auf Landesebene sollten die Landespsychotherapeutenkammern in den einschlägigen Gremien analog zu den Ärztekammern mitarbeiten.

III. Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1

Bundespräventionsgesetz (BPrävG)

Zu § 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

Absatz 2 nennt als Maßnahmen der Primärprävention insbesondere die Aufklärung über den Umgang mit Gesundheitsrisiken, die Unterstützung bei der Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens sowie medizinische Maßnahmen.

Änderungsvorschlag:

Der Gesetzgeber sollte deutlich machen, dass Aufklärung allein dem vom Gesetzgeber selbst erhobenen Qualitätsanspruch nicht gerecht wird. Aufklärung oder auch Kampagnen dienen der Wissensvermittlung. Sie bewirken für sich allein genommen keine langfristig stabilen Verhaltensänderungen. Diese Maßnahmen müssen ergänzt werden um adressaten- und kontextspezifische Interventionen, die ausreichend Zeit zum Erwerb und zur Erprobung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Fertigkeiten lassen. Präventionsmaßnahmen sollten deshalb die Wis-

sensvermittlung grundsätzlich mit Interventionen zur Verhaltensänderung kombinieren. Eine entsprechende Verpflichtung für ein abgestimmtes Vorgehen sollte zu den Qualitätsstandards der Stiftung gehören. Der Gesetzgeber sollte dies durch klare Vorgaben unterstützen.

Absatz 3 nennt als Maßnahmen der Sekundärprävention insbesondere Früherkennungsuntersuchungen sowie die Aufklärung und Beratung zur Inanspruchnahme solcher Untersuchungen.

Änderungsvorschlag:

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen vor allem die Gesundheit benachteiligter Personengruppen und von Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen verbessern. Gerade Kinder psychisch kranker Eltern sind nachweislich besonders gefährdet, selbst zu erkranken. Hier und in anderen besonderen Lebenslagen (Verlust eines Elternteils, Scheidung der Eltern, drogenabhängige Eltern etc.) sind sekundärpräventive psychotherapeutische Maßnahmen indiziert und in ihrer nachhaltigen Wirksamkeit vielfach evaluiert. Auch zu einem zielgruppenorientierten Einsatz der Maßnahmen zur Suchtprävention gehört ein Screening der biopsychosozialen Belastung der Familien während der Schwangerschaft und im Kleinkindalter.

Der Gesetzgeber sollte deutlich machen, dass sich Maßnahmen der sekundären Prävention nicht nur auf physische sondern auch auf psychische Störungen beziehen können. Die BPTK schlägt vor, dass auf der Basis der BUB-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Maßnahmen der sekundären Prävention zu Lasten der GKV insgesamt überprüft und neue Ansätze im Rahmen von Modellvorhaben, eventuell eingebettet in Präventionsprogrammen, erprobt werden.

Absatz 4 beschreibt Aufklärung und Verhaltensmodifikation zur Abwendung von Folgebelastungen und -erkrankungen einer bereits bestehenden Erkrankung als Maßnahmen der Tertiärprävention. Neben Angeboten zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und pflegerischen Maßnahmen werden medizinisch-therapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung und Rehabilitation genannt.

Änderungsvorschlag:

Sowohl bei der Kuration als auch bei der Rehabilitation chronischer Erkrankungen ist der Einfluss psychischer Faktoren seit Langem bekannt. Im Bereich der Kuration kommt daher den psychologisch-psychotherapeutischen Konsiliardiensten und im Bereich der Rehabilitation den Psychologischen Psychotherapeuten eine zunehmend größere Bedeutung in der Behandlung zu. Zahlreiche gesundheitspsychologische und verhaltensmedizinische Interventionsstudien belegen, dass psychoedukative Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen es den Patienten ermöglichen, den Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung zu verbessern, Behandlungsmaßnahmen adäquat zu nutzen und damit Verschlechterungen des Krankheitszustands vorzubeugen.

Auch hier sollte der Gesetzgeber die Option eröffnen, dass auf der Grundlage gesicherter Evidenz psychologisch-psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation zum Einsatz kommen.

Zu § 8 Vorbehalt abweichender Regelungen

Der Gesetzgeber hält fest, dass die Voraussetzungen und die Zuständigkeit für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention sich nach den für den jeweiligen sozialen Präventionsträger geltenden Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuches richten sollen. Werden hier

keine Leistungen vorgesehen, können diese auch nach diesem Gesetz nicht geltend gemacht werden.

Änderungsvorschlag:

Mit dieser Regelung werden die erwartbaren Zuständigkeitsprobleme nicht wirklich gelöst. Zum Teil ist es eine Frage der Perspektive, ob bei bestimmten Präventionsmaßnahmen von gesundheitlicher oder sozialer Prävention zu sprechen ist. Dies lässt sich am Beispiel der Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern gut zeigen. Geht es in erster Linie um die Förderung der Erziehungskompetenz, dann liegen eindeutig Leistungen nach dem SGB VIII vor. Stellt man in den Mittelpunkt der Betrachtung jedoch das Kind und berücksichtigt, dass einer der zentralen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit des Kindes die Erziehungskompetenz der Eltern ist, so sind die Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern primäre Prävention mit Blick auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes. Diese Zuständigkeitsfrage lässt sich durch gesetzliche Vorgaben nicht klären, sondern ist jeweils im Einzelfall zu diskutieren, insbesondere im Kontext von Präventionsprogrammen. Der Gesetzgeber hat nur die Option, die einzelnen Beteiligten zur Kooperation zu verpflichten und darauf zu drängen, dass die bisher durchgeführten Maßnahmen und eingesetzten Mittel weiterhin eingesetzt werden, um zu verhindern, dass bereits laufende Maßnahmen nur umfinanziert werden.

Zu § 11 Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung

Absatz 7 bestimmt, dass bis zur erstmaligen Beschlussfassung der Stiftung die von Gesundheitsziele.de erarbeiteten Ziele und Teilziele gelten.

Änderungsvorschlag:

Die vorrangigen Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche wären damit Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. Ein auf die vorrangigen Gesundheitsprobleme orientierter Ressourceneinsatz der begrenzten Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung macht es für Kinder und Jugendliche unumgänglich, psychische Gesundheit als Präventionsziel zu benennen und nicht bei Ernährung und Bewegung stehen zu bleiben.

Anhand der in § 11 Abs. 3 genannten Kriterien lässt sich die vorrangige Zielrelevanz der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegen:

- **Verbreitung:** Im Rahmen des bundesweiten Gesundheits-survey von 1998/99 wurde die 1-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen auf 32% geschätzt (vgl. Wittchen & Jacobi, 2002).
- **Verteilung auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen:** Ca. 20% aller Kinder und Jugendlichen zeigen bereits klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten wie Ängste, Depression, aggressives Verhalten, oppositionelles Trotzverhalten und hyperkinetische Störungen (Steinhausen et al., 1998). Die Häufigkeit psychischer Störungen unterscheidet sich je nach Art der Störung und nach Geschlecht z. T. deutlich (Maier et al., 1996). Insbesondere Armut und die damit verbundenen sozialen Benachteiligungen spielen als Risikofaktoren für psychische und physische Krankheit eine wichtige Rolle.
- **Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung:** Die Gesamtausgaben für die psychiatrische Versorgung belaufen sich je 100.000 Einwohner für die Krankenkassen auf 8,7 Mio. Euro und für den Bereich der Sozialhilfe auf 4 Mio. Euro (Melchinger et al., 2003). Die Gesamtkosten werden mit 5,6 Mrd. EUR beziffert. Hinzu kommen weitere Kosten, z.B.

durch Arbeitsausfälle. So weisen Menschen mit affektiven Störungen im Mittel 8,7 Tage/Monat vollständig oder teilweise eingeschränkte Arbeitsproduktivität auf, Menschen ohne psychische Störungen hingegen nur 0,4 Tage/Monat (Wittchen et al., 1999). Laut BKK-Statistik hat sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2004) lagen die Krankheitskosten psychischer Störungen in Deutschland im Jahr 2002 an vierter Stelle hinter Krankheiten des Kreislauf-, des Verdauungs- und des Muskel-Skelett-Systems und beliefen sich auf 22,3 Mrd. Euro. Als Grund für eine Erwerbsminderungsrente lagen psychische Erkrankungen im Jahr 2002 bei Männern an zweiter Stelle und stellten bei Frauen sogar die häufigste Diagnosegruppe dar (iqpr, 2004).

- **Erfolgsaussichten und Kosten der Beeinflussung:** Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter sind im Entwicklungsverlauf häufig stabil und gelten zudem als typische Vorläufer delinquenten Verhaltens bzw. psychischer Störungen im Jugendalter (vgl. Heinrichs et al., 2002). Die meisten psychischen Störungen bei Erwachsenen beginnen im Kindes- und Jugendalter. Ihre Behandlung aber insbesondere ihre Vermeidung ist zugleich Prävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter.

Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber die Stiftung mit Fristsetzung bis 01.01.2006 beauftragen, Präventionsziele für Kinder und Jugendliche entsprechend der Kriterien nach § 11 Abs. 3 selbst zu entwickeln und nicht auf die Vorgabe von gesundheitsziele.de zurückgreifen.

Absatz 8 legt fest, dass die Verbände der sozialen Präventionsträger gemeinsam mit den kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinwirken,

dass die empfohlenen Präventionsziele im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag:

In der Begründung zu Absatz 8 sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass sich der Auftrag zur Abstimmung zwischen Präventionszielen und vertragsärztlicher Versorgung auch auf die Leistungen von Psychotherapeuten bezieht.

Zu § 12 Präventionsprogramme

Absatz 1: Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien beschließen jeweils eigene Präventionsprogramme mit Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele. Hierbei soll ärztlicher und anderer fachspezifischer Sachverstand einbezogen werden.

Änderungsvorschlag:

Wie bereits ausgeführt, ist hinsichtlich gesundheitsbezogener Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen und bei der Relevanz psychischer Faktoren für die Krankheitsentstehung die Hinzuziehung psychologisch-psychotherapeutischen aber auch gesundheitswissenschaftlichen Sachverstandes unverzichtbar. Generell sollten daher fachspezifischer Sachverstand gefordert werden, dem ärztlichen Sachverstand kommt keine herausgehobene Bedeutung zu.

Zu § 13 Gesundheitliche Aufklärung

Die BZgA soll gemeinsam mit den sozialen Präventionsträgern durch gesundheitliche Aufklärung Ziele der gesundheitlichen Prävention erreichen. U. a. soll durch „Mittel der Kommunikation“ gesundheitsgerechtes Verhalten unterstützt und gesundheitsriskantem entgegenge-

wirkt sowie eine verantwortliche Einstellung zur Gesundheit gefördert werden.

Änderungsvorschlag:

Nachhaltige Einstellungs- und Verhaltensänderungen sind durch Wissensvermittlung allein nicht zu erreichen. Fachlich fundierte Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung relevanter Berufsgruppen (im Kinder- und Jugendbereich z.B. Erzieherinnen und Lehrer), die mit den Adressaten für Präventionsmaßnahmen in professionellem Kontakt stehen und deshalb in diesem Zusammenhang Mediatorenfunktionen übernehmen können, sind hingegen unverzichtbar.

Der Gesetzgeber sollte deutlich machen, dass Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nur Sinn machen, wenn sie mit weiteren Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kombiniert werden. Wissensvermittlung alleine bewirkt keine stabile Verhaltensänderung. Für alle im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung beruflich Tätigen ist Wissensvermittlung jedoch ein entscheidender Aspekt. Die Qualität der Präventionsmaßnahmen wird davon abhängen inwieweit die unterschiedlichen Berufsgruppen ausreichend über medizinischen aber insbesondere auch psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen. Hier liegt eine wichtige Kommunikationsaufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Eine Klarstellung zum geeigneten Kontext und zu den primären Zielgruppen sollte erfolgen.

Zu § 15 Verhaltensprävention

Absatz 3: Präventive Leistungen der sozialen Präventionsträger sollen unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständes erbracht werden.

Änderungsvorschlag:

Dass Sachverstand einbezogen werden soll, ist zu begrüßen. Die Hervorhebung des „ärztlichen Sachverstand“ ist nicht nachvollziehbar. Generell sollte von fachspezifischem Sachverstand gesprochen werden.

Zu § 16 Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen

Absatz 1 definiert, wann Leistungen der Primärprävention durch Ärzte zu erbringen sind.

Änderungsvorschlag:

Auch hier fokussiert der Gesetzgeber ohne nähere fachliche Begründung nur auf ärztliche Leistungen im Kontext der primären Prävention. Dies entspricht nicht dem Stand der Forschung. Mit dem Verweis auf die im SGB V einschlägigen präventiven Leistungen der §§ 21 – 24 wird dieser Eindruck noch einmal verstärkt. Auch hier spricht der Gesetzgeber bei den Änderungen des SGB V ausschließlich von ärztlichen Leistungen.

Wie bereits oben dargelegt, besteht hier dringender Änderungsbedarf. Der Gesetzgeber sollte deutlich machen, dass – entsprechende Nachweise der Wirksamkeit vorausgesetzt – sowohl ärztliche als auch psychotherapeutische Leistungen für eine erfolgreiche Prävention im primären, sekundären und tertiären Bereich unverzichtbar sind.

Zu § 17 und § 18 Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Die sozialen Präventionsträger sollen gemeinsam mit den für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Stellen in Ländern und

Kommunen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erbringen.

Änderungsvorschlag:

Das Ziel des Präventionsgesetzes durch verstärkte Kooperation und Koordination Synergieeffekte zu mobilisieren setzt Transparenz darüber voraus, wer in welchen Lebenswelten Präventionsanstrengungen mit welcher Zielsetzung unternimmt. Für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen findet eine Vielzahl von Präventionsprojekten im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe statt. Die Kinder- und Jugendhilfestatistik jedoch gibt keine Auskunft darüber, welche Präventionsprojekte im schulischen Bereich, in Kindergärten und Tageseinrichtungen oder in anderen Lebenswelten auf kommunaler Ebene realisiert werden. Die Kinder- und Jugendhilfestatistik ist inhaltlich weitgehend abstinert.

Soll künftig im Kontext der Lebenswelten Kindergarten, Schule, Freizeit und Wohnen Prävention für Kinder und Jugendliche verstärkt gefördert werden, kann dies sinnvoll nur im Lichte der bereits laufenden Projekte geschehen. Die vielfältigen Initiativen im Kontext der Suchtprävention, der Prävention von Gewalt und Aggression, der Förderung von Bewegung, der Vorbeugung von Essstörungen müssten bei der Planung weiterer Initiativen in diesem Kontext Berücksichtigung finden. Außerdem ist es zur Überprüfung der Zielerreichung notwendig, den Beitrag dieser Projekte zur Erreichung von Präventionszielen für die Altersgruppe Kinder und Jugendlicher zu berücksichtigen.

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik soll Ländern und Gemeinden bei der Planung von Maßnahmen unterstützen. Aus dieser Perspektive wird seit langem angemahnt, dass zusätzliche Erhebungstatbestände im Sinne einer Differenzierung notwendig sind. Mit Blick auf das Präventionsgesetz wird dies zusätzlich

dringlich. Die zu lösenden Aufgaben sind eine geeignete Kategorienbildung bzw. eine Benennung der Erhebungstatbestände, Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Erhebungszeiträume und der regionalen Vergleichbarkeit. Problematisch bliebe, dass im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe nur die Projekte erfasst werden, die mit Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe gefördert werden. Es entsteht also selbst bei einer differenzierteren Kinder- und Jugendhilfestatistik noch kein vollständiger Überblick über primärpräventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Allerdings wird die Informationsplattform, auf der man sich bewegen kann bei der Formulierung von Präventionszielen und Präventionsprogrammen sowie die Beurteilung der Zielerreichung, bedeutend breiter.

Mit der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfestatistik ist die Dortmunder Arbeitsstelle für Kinder- und Jugendhilfestatistik beauftragt. Sie wird mit Mitteln des Bundesfamilienministeriums und des Jugendministeriums NRW finanziert. Der erste Schritt zu einer differenzierten Kinder- und Jugendhilfestatistik im Sinne eines besseren Überblicks über die für gesundheitliche Prävention maßgeblichen Handlungsfelder und -maßnahmen könnte dort erarbeitet werden.

Damit wird deutlich, dass die von den Spitzenverbänden der GKV geforderte Offenlegung der bereits jetzt durch die Länder eingesetzten Mittel für Prävention nicht zu realisieren ist. Die derzeit verfügbaren Statistiken sind hier nicht ausreichend aussagefähig. Die Schaffung ausreichender Transparenz wäre damit ein wichtiges weiteres Ziel des Präventionsgesetzes. Der Gesetzgeber sollte das für die Kinder- und Jugendhilfestatistik zuständige Familienministerium sowie das Gesundheitsministerium damit beauftragen, die Statistikansätze sowohl der Bundesstiftung als auch der Kinder- und Jugendhilfestiftung so wei-

terzuentwickeln, dass hier wenigstens mittelfristig eine ausreichende Transparenz entsteht.

Zu § 20 Wirksamkeit und Qualitätssicherung

Absatz 1 legt fest, dass Leistungen nur erbracht werden dürfen, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist oder vertraglich festgelegt wurde, dass die Wirksamkeit innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachgewiesen wird. Ein präzises, nachvollziehbares und Erfolg versprechendes Konzept für die Maßnahme sowie ein Konzept zum Qualitätsmanagement müssen vorliegen.

Änderungsvorschlag:

Die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen und Qualitätsstandards ist zu begrüßen. Die Bedeutung eines angemessenen Zieles für eine Maßnahme sollte klarer formuliert werden. Ein präzises, nachvollziehbares und Erfolg versprechendes Konzept der Wissensvermittlung ist nach dem aktuellen Stand der Forschung kein Erfolg versprechendes Konzept für Verhaltensänderungen.

Dies belegen beispielsweise Erfahrungen aus dem Bereich der Schulungsprogramme mit adipösen Kindern. Wissen ist zwar eine Voraussetzung für Verhaltensänderungen, doch ist es allein nicht ausreichend. Viele Menschen verhalten sich nicht gesundheitsbewusst, obwohl sie wissen, wie sie sich besser ernähren könnten, dass sie mehr Sport treiben oder weniger rauchen sollten. Aber dieses Wissen ist nicht verhaltensrelevant. Sinnvollerweise sollten Programme darum Komponenten enthalten, die den Teilnehmern helfen, ihr Wissen umzusetzen, die ihnen Selbststeuerungs- und Problemlösekompetenzen vermitteln und die sie dabei unterstützen, krankheitsförderlichen Alltagsstress zu bewältigen.

Darum ist als Qualitätskriterium für ein Erfolg versprechendes Konzept nicht nur die Zunahme des gesundheitsrelevanten Wissens als Outcome relevant. Zusätzlich müssen in der Regel auch Ziele der Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensänderung anvisiert werden. Nur so ist eine nachhaltige präventive Wirkungen erwartbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass innovative Projekte und neue Vorgehensweisen, angepasst an das jeweilige Umfeld, möglich bleiben.

Das Qualitätsziel, ein präzises, nachvollziehbares und Erfolg versprechendes Konzept, ist zu allgemein gefasst. Auch hier könnte man die Stiftung beauftragen, Mindestanforderungen an Konzepte zu formulieren, die als präzise, nachvollziehbar und Erfolg versprechend gelten können. Dabei käme es darauf an, dass Konzepte nicht nur in sich logisch und Erfolg versprechend sind (z. B. setzt ein Konzept auf Wissensvermittlung und kann dann auch nachweisen, dass es Wissen vermittelt hat). Konzepte müssen objektiv vorgegebenen, programmatischen Standards und methodischen Anforderungen an deren Evaluierbarkeit genügen. Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen sollte dabei mittels aussagekräftiger Indikatoren gemessen werden, welche die tatsächlich erzielten Verhaltensänderungen adäquat abbilden können.

Bislang sind auch im internationalen Vergleich ausgesprochen wenige Präventionsprojekte evaluiert worden. Ein effizienter Mitteleinsatz setzt aber voraus, dass die Wirksamkeit der Projekte nachgewiesen ist. Hier setzt der Gesetzgeber den richtigen Impuls. Er lässt jedoch offen, wer die Evaluation zu finanzieren hätte. Dies ist angesichts der Tatsache, dass es bei Präventionsprogrammen ausgesprochen schwierig sein wird, die Evaluation auf die Preise umzulegen und darüber zu finanzieren, eine empfindliche Regelungslücke. Soll das Ziel „nachgewiesene

Wirksamkeit“ realisiert werden, muss der Gesetzgeber deutlich machen, woher die finanziellen Mittel für eine Evaluation kommen sollen. Der geeignete Weg wäre eine Einlage von Steuermitteln in die Bundesstiftung und den Auftrag an die Bundesstiftung, die Evaluation von Präventionsprogrammen, die im Zusammenhang mit den von der Stiftung vorgegebenen Präventionszielen stehen, zu finanzieren.

Zu § 21 Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention

Absatz 1: Um die Effizienz primärpräventiver Leistungen zu verbessern, können Modellvorhaben insbesondere mit den Gesundheitsbehörden der Länder oder den Trägern der Sozialhilfe durchgeführt werden.

Änderungsvorschlag:

Hier sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, auch andere Träger einzubeziehen. Im Bereich der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen sind Jugendämter oder der Jugendhilfeausschuss die entscheidenden Akteure.

Zu § 25 Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der gemeinsamen Entscheidungsgremien in den Ländern

Im Abstand von vier Jahren werden die sozialen Präventionsträger nach § 7 und die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 dazu verpflichtet über ihre Präventionsprogramme zu berichten.

Änderungsvorschlag:

Die Berichte über die im Kontext des Präventionsgesetzes getroffenen präventiven Maßnahmen geben einen aussagekräftigen

gen Überblick über die Gesamtsituation der Prävention z. B. bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen nur, wenn mit Bezug auf die verfolgten Präventionsziele auch die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt werden können. Deshalb wird an dieser Stelle noch einmal deutlich, dass eine inhaltliche Ausdifferenzierung der Kinder- und Jugendhilfestatistik notwendig sein wird, um insgesamt die Strategien zur Umsetzung von Präventionszielen angemessen berücksichtigen zu können. Die gleiche Argumentation gilt für den nach § 26 zu erstellenden Präventionsbericht. Auch dieser kann nur aussagekräftige Aussagen über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und bedeutende Krankheiten mit Präventionsbezug sowie über die Maßnahmen zu gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz und dessen Auswirkungen vorlegen, wenn die Überschneidungen mit den Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt werden können.

Artikel 2

Gesetz zur Errichtung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (Prävention und Stiftungsgesetz – PrävStiftG)

Zu § 7 Kuratorium

Das Kuratorium hat die Aufgabe, die Stiftung zu beraten. Es besteht aus 16 vom Stiftungsrat berufene Mitglieder, die von verschiedenen Organisationen sowie von der Bundesregierung bzw. vom Bundesrat vorgeschlagen werden.

Änderungsvorschlag:

Die BPTK vertritt einen Kompetenzbereich, der einen unabdingbaren Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten

kann, bisher jedoch noch nicht berücksichtigt ist. Angesichts der Bedeutung psychischer Faktoren in Fragen der Gesundheit, Lebensführung, Erziehung etc. sollte der BPtK der gleiche Status zugewilligt werden wie der Bundesärztekammer.

Artikel 5

Änderungen des fünften Sozialgesetzbuches

Zu § 20 Verhaltensprävention

Absatz 3 besagt, dass Versicherte, die Leistungen von einem anderen Präventionsträger erhalten können, keinen Anspruch auf Leistungen nach § 20, Abs. 1 SGB V besitzen.

Änderungsvorschlag:

Der andere Präventionsträger, das könnten die anderen Sozialversicherungszweige oder in Bezug auf Kinder- und Jugendliche die Kommunen sein, die für den KJHG-Bereich Präventionsleistungen finanzieren. Wenn es Ziel dieser Regelung sein sollte, die Finanzverantwortung zwischen unterschiedlichen Präventionsträgern zu klären, so ist diese Regelung nicht eindeutig genug. Die Erfahrung lehrt, dass bei überlappenden Zuständigkeiten die unterschiedlichen Financiers einen Verschiebebahnhof eröffnen, der immer zu Lasten derjenigen geht, für die die Leistungen gedacht sind. Nur eine institutionalisierte Kooperation und verbindliche Vorgaben, wie die Kontrahenten zu Ergebnissen kommen können, sind hier hilfreich.

Zumindest für den KJHG-Bereich sollten die sozialen Präventionsträger zu einer institutionalisierten Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und weiteren, auf Landes- und kommunaler Ebene zuständigen Stellen verpflichtet werden. Inhaltlich sollte die

Stiftung für diese Kooperation Vorgaben machen, die insbesondere Vorschläge zur Finanzierungsverantwortung für unterschiedliche Präventionsbereiche macht.

Zu § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Absätze 1 und 2 regeln die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungen im beruflichen Umfeld und fordern die Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und ihrer Verbände.

Der Gesetzgeber lässt sich hier von der Überlegung leiten, dass nur bei klaren Vorgaben für eine Kooperation zwischen den unterschiedlichen Beteiligten Effizienzverluste bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsverfahren zu vermeiden sind. Der gleiche Sachverhalt ergibt sich in der lebensweltbezogenen Prävention für Kinder und Jugendliche.

Prävention, die in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen ansetzt, wird sich immer als ein enges Ineinandergreifen von sozialer und gesundheitlicher Prävention darstellen. Aus diesem Grund sind Vorgaben für eine institutionalisierte Kooperation, die die Klärung von Finanzierungs- und Entscheidungsverantwortung erleichtert, notwendig. Eine Einbeziehung der Unfallversicherung ergibt sich aus der engen Beziehung zwischen Unfallgefahr und psychischer Gesundheit sowie Verhaltensauffälligkeiten (z.B. erhöhte Verletzungsgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS, Gefährdung durch gewalttätige Mitschüler etc.). Die in Artikel 1 zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten bzw. zur Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten getroffene Regelung einer allgemeinen Rahmenvereinbarung und Gremienbildung ist nicht ausreichend. Über das Gesetz sollten Vorgaben

zu Kooperationsbereichen, Organisationsformen und Entscheidungswege vorgegeben werden, damit das Präventionsgesetz einen positiven Impuls für Kinder und Jugendliche setzt.

Zu § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

Vorgesehen ist eine Änderung der bisherigen Überschrift „Medizinische Vorsorgeleistungen“ in „Medizinische Leistungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten“.

Unter § 23 sollten künftig sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Leistungen fallen, eine ausreichende Wirksamkeit vorausgesetzt. Dieser Umstand wird im Titel nicht deutlich.

Vorschlag: Streichung des Wortes „Medizinische“

Zu § 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

Die Überschrift soll geändert werden in „Leistungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten für Mütter und Väter“.

Die Ausführungen zu § 23 gelten entsprechend.

Zu § 73 Kassenärztliche Versorgung

Abs. 2 schließt Psychotherapeuten von den Maßnahmen zur Früherkennung aus. Dies entspricht - wie argumentativ zu Artikel 1 dargelegt – weder dem aktuellen Stand der Wissenschaft noch dem Versorgungsbedarf.

Vorschlag: Streichung der Ziffer 3 in § 73 Absatz 2 Satz 2

Literatur

- Bettge, S. (2004). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Berlin: Promotionsschrift.
- BMFSFJ (2001) 11. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Flores, G., Tomany-Korman, C. & Olson, L. (2005). Does disadvantage start at home? Racial and ethnic disparities in health-related early childhood home routines and safety practices. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 158-165.
- GNMH - German Network for Mental Health (2005). Pressemitteilung zum World Mental Health Day. Die Beziehung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit: Gemeinsam auftretende Störungen. 10. Oktober 2004. <http://www.beratung-aktuell.de/health-day2004.html> (Zugriff am 15.02.05).
- Heinrichs, N. Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53, 170-183.
- iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (2004). Erwerbsminderung. Bedeutung und Vermeidung. Köln.
- Kaplan, G.A., Turrell, G., Lynch, J.W., Everson, S.A., Helkala, E.-L. & Salonen, J.T. (2001). Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30, 256-263.
- Maier, W., Linden, M. & Sartorius, N. (1996). Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 93, A1202-A1206.
- Melchinger, H., Machleidt, W. & Rössler, W. (2003). Psychische Versorgung. Ausgaben auf dem Prüfstand. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A2850-A2852.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000). Gesundheitsbericht NRW. Gesundheit von Frauen und Männern. Bielefeld: lögd.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002). Gesundheitsbericht NRW. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: lögd.
- Referat für Gesundheit um Umwelt der Landeshauptstadt München (1997). Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern. http://www.muenchen.de/Rathaus/rgu/daten_plaene/gesundheitsberichterstattung/archiv/schulanf1997/100276/index.html

- Robert-Koch-Institut (Hrsg.)(2004). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Schwerpunktbericht: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin.
- Scheithauer, H., Mayer, H., Barquero, B., Heim, P., Koglin, U., Meir-Brenner, S., Mehren, F., Niebank, K., Petermann, F. & Erhardt, H. (2004). Entwicklungsorientierte Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten: Papilio – Vorstellung der Programmkonzeption. In A. Ittel & M. von Salisch (Hrsg.) Lästern, Lügen, Leiden lassen – Aggression in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2004). Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2003/2004. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C.W.N. & Mackenbach, J.P. (1998). Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *International Journal of Epidemiology*, 27, 431-437.
- Warschburger, P., Fromme, C., Petermann, F., Wojtalla, N. & Oepen, J. (2001). Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioral training programme for children and adolescents with obesity. *International Journal of Obesity*, 25, Suppl. 1, S93 - S95.
- WHO (2005). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki, Finnland, 12.-15. Januar 2005.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 6-15.