

Referentenentwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
01.02.2013**

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
Zu Nummer 3 (§ 20 Absatz 5 SGB V): Prävention in Lebenswelten	5
Zu Nummer 4 (§ 20a Absatz 1 SGB V): Beteiligung von Betriebsärzten.....	7
Zu Nummer 4 Buchstabe b (§ 20a Absatz 3 SGB V): Gruppentarife zur Primärprävention.....	7
Zu Nummer 4 Buchstabe b (§ 20a Absatz 4 SGB V): Einrichtung regionaler Koordinierungsstellen.....	8
Zu Nummer 8 Buchstabe a (§ 25 Absatz 1 SGB V): „Ärztliche“ Gesundheits- untersuchungen und Präventionsempfehlung.....	8
Zu Nummer 8 Buchstabe b (§ 25 Absatz 3 SGB V): Voraussetzungen von Früherkennungsuntersuchungen	10
Zu Nummer 9 Buchstabe a (§ 26 Absatz 1 SGB V): Ausbau der Kinder- früherkennungsuntersuchungen.....	10
Zu Nummer 10 (§ 65a SGB V): Bonus für Teilnahme an Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention.....	11
Zu Nummer 11 -neu- (§ 72 Absatz 2 Satz 2 SGB V): Rahmenbedingungen für Präventionsleistungen verbessern	12

Vorbemerkung

Prävention und Gesundheitsförderung werden in einer Gesellschaft mit steigendem Lebensalter und multimorbiden und chronischen Erkrankungen immer wichtiger, damit Krankheiten erst gar nicht entstehen oder möglichst kurz verlaufen. Dabei gilt es schon bei Kindern und Jugendlichen und damit frühzeitig zu handeln. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt vor diesem Hintergrund die Initiative zu einem Gesetz zur Förderung der Prävention, sieht aber in einzelnen Bereichen Änderungsbedarf.

Psychische Erkrankungen gehören zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Erfolgreiche Prävention muss diese neue Morbidität berücksichtigen. Der Referentenentwurf lässt diese Entwicklung jedoch außer Acht. Die BPTK fordert, die psychische Gesundheit ggf. parallel zu den generellen Regelungen eines Präventionsgesetzes im Rahmen eines nationalen Aktionsprogrammes ressortübergreifend zu fördern. Konkrete Vorschläge wurden dazu bereits in der Stellungnahme zu den Eckpunkten der Bundesregierung vorgelegt. Wird psychischen Erkrankungen frühzeitig durch niedrigschwellige Maßnahmen begegnet, würde individuelles Leid vermieden und die Versorgungssysteme entlastet werden.

Wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Prävention sind partizipative Angebote für spezifische Zielgruppen in deren Lebenswelten (z. B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, kulturellem Hintergrund, sozialem Status und Bildung). Dazu muss es gelingen, alle in Lebenswelten wie Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Verein oder Senioreneinrichtung relevanten Kostenträger und Leistungserbringer an der Prävention zu beteiligen. Der Referentenentwurf greift mit der Beschränkung auf Änderungen des SGB V und damit auf den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu kurz. Nach Einschätzung der BPTK sind gesetzliche Regelungen nötig, nach denen Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftlich finanziert und verantwortet werden. Dazu sind nach Möglichkeit sämtliche Sozialversicherungsträger aber auch der Bund, die Länder und Kommunen zu beteiligen.

Erfolgreiche Prävention braucht sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention. Im Referentenentwurf hat die Verhältnisprävention allerdings kaum Gewicht. Es entsteht der Eindruck, dass sie sich auf Medienkampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschränken soll. Das allein ist noch keine Verhältnisprävention, die den Namen verdient. Gremien und Koordinierungsstellen auf Bundesebene sind zudem in der Regel zu weit von den Lebenswelten entfernt, um die konkreten Bedarfe zu erkennen und darauf zu reagieren. Die BPTK fordert vor diesem Hintergrund eine regionale Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung. Zur Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen in den Lebenswelten sollten Landeskonferenzen eingerichtet oder gestärkt und Landesfonds gebildet werden, statt Prävention und Gesundheitsförderung durch eine ständige Konferenz auf Bundesebene zu koordinieren und lebensweltbezogene Maßnahmen durch eine Bundesbehörde durchführen zu lassen.

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Vor diesem Hintergrund beschränkt sich die BPTK im Folgenden mit ihren Anmerkungen auf den vom Referentenentwurf vorgegebenen Regelungsrahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Nummer 3 (§ 20 Absatz 5 SGB V): Prävention in Lebenswelten

Der GKV-Spitzenverband soll die BZgA mit der Durchführung kassenübergreifender Leistungen der Primärprävention in Lebenswelten beauftragen. Dafür soll die BZgA vom GKV-Spitzenverband pauschal vergütet werden.

Die BPTK hält es grundsätzlich für sinnvoll, in den Lebenswelten kassenübergreifend präventiv tätig zu werden. Die Finanzierung der Aufgaben einer Bundesbehörde durch die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch systemfremd. Vor allem aber ist die Steuerung bedarfsgerechter Maßnahmen in Lebenswelten auf Bundesebene durch eine einzelne Bundesbehörde kein sachgerechter Ansatz. Bei der Prävention und Gesundheitsförderung sind regionale Bedarfe zu decken und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dafür muss die regional verfügbare Kompetenz genutzt werden. Die Beschränkung auf die BZgA führt darüber hinaus zur Fokussierung auf mediale Aufklärungskampagnen. So heißt es in der Gesetzesbegründung, dass die Bündelung der Mittel für Prävention in Lebenswelten auf die BZgA „die mediale Durchschlagskraft“ (Seite 22) erhöhen soll. Prävention in Lebenswelten braucht jedoch neben Medienkampagnen konkrete Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die über „Aufklärung“ weit hinausgehen, wie beispielsweise das ganzheitliche und umfassende Konzept „Gesunde Schule“ zeigt.

Die BPTK schlägt daher vor, dass Gremien auf Landesebene gebildet werden, die regionale primärpräventive Maßnahmen in den Lebenswelten initiieren und koordinieren. Die Länder werden durch den Bund ermächtigt, Länderpräventionsfonds einzurichten, in die Mittel der Länder, der Krankenkassen und nach Möglichkeit auch der anderen Sozialversicherungsträger fließen. Damit Prävention und Gesundheitsförderung dabei gesamtgesellschaftlich verantwortet werden, sollen die anderen Sozialversicherungen gesetzlich veranlasst werden, an

der Entwicklung und Umsetzung der Länderpräventionsprogramme mitzuwirken. Der Beitrag der Sozialversicherung ist in seiner Höhe abhängig vom Beitrag der Länder zum jeweils landesspezifischen Präventionsfond.

In Nummer 3 sollte daher § 20 Absatz 5 wie folgt gefasst werden:

„(5) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beauftragen die Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam eine nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen gebildete Landeskoordinierungsstelle Präventionsfonds mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention nach Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz. Die Landeskoordinierungsstelle Präventionsfonds erhält für diese Leistungen von den Krankenkassen anteilig nach Mitgliederzahl eine pauschale Finanzierung in der Gesamthöhe, in der das Land die Landeskoordinierungsstelle Präventionsfonds mit Mitteln ausstattet, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 4 Euro für jeden ihrer Versicherten. Die Vergütung nach Satz 2 erfolgt quartalsweise und ist spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals zu leisten. Das Nähere, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten vereinbaren die Krankenkassen gemeinsam mit der Landeskoordinierungsstelle Präventionsfonds erstmals bis zum 30. Oktober 2013. Zuvor ist den Heilberufekammern und den zuständigen Behörden des Landes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 4 zustande, kann die oberste Landesgesundheitsbehörde Näheres durch Rechtsverordnung regeln.“

Maßnahmen zur Primärprävention wirken sich auch auf andere Sozialversicherungsträger positiv aus. Es sollten daher auch andere Sozialversicherungszweige wie die Deutsche Rentenversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung zur Finanzierung der Präventionsfonds herangezogen wer-

den. Im laufenden Gesetzgebungsverfahren sollte daher der Gesetzentwurf entsprechend ergänzt werden.

Zu Nummer 4 (§ 20a Absatz 1 SGB V): Beteiligung von Betriebsärzten

Der Vorschlag, Betriebsärzte verbindlich an der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung zu beteiligen, ist grundsätzlich sinnvoll. In der Praxis würde dadurch aber in vielen kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) die betriebliche Gesundheitsförderung behindert, weil es nicht genügend Betriebsärzte für eine verbindliche Beteiligung gibt. Die Betriebsarztsuche des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. weist z. B. für Berlin 53 Kontaktdaten von Betriebsärzten aus. Dem stehen in Berlin circa 14.000 Unternehmen mit zehn bis 250 Beschäftigten gegenüber. Ausgehend von dieser Zahl müsste ein einzelner Betriebsarzt mindestens 264 Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen. Die Beteiligung der Betriebsärzte sollte daher als „wünschenswert“ in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden, jedoch keine gesetzliche Voraussetzung für die betriebliche Gesundheitsförderung sein.

„Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (Einführung von „sowie der Betriebsärzte“ in § 20a Absatz 1 Satz 1 SGB V) sollte gestrichen werden.“

Zu Nummer 4 Buchstabe b (§ 20a Absatz 3 SGB V): Gruppentarife zur Primärprävention

Krankenkassen und Arbeitgeber sollen einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen können. Die Option auf Gruppentarife wird befürwortet. Gruppentarife können koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote im betrieblichen Setting erleichtern.

Zu Nummer 4 Buchstabe b (§ 20a Absatz 4 SGB V): Einrichtung regionaler Koordinierungsstellen

Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Tatsächlich ist die betriebliche Gesundheitsförderung in KMU noch unterrepräsentiert. Ursache ist nicht, dass KMU den Faktor Gesundheit unterschätzen. Im Vergleich zu großen Betrieben verfügen sie jedoch in aller Regel über keine eigenen Strukturen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Besonders für KMU ist es daher wichtig, auf externe Strukturen zurückgreifen zu können. Die Beratung zu passgenauen Angeboten, die Vernetzung geeigneter Dienstleister und Leistungserbringer sowie die Koordinierung ihrer Leistungen erfordert Strukturen und Qualifikationen, über die einzelne KMU in der Regel nicht verfügen, die aber regional und verstetigt vorgehalten werden sollten. Die BPtK begrüßt daher die Regelung, dazu künftig regionale Koordinierungsstellen einzurichten. Diese könnten z. B. bei den regionalen Körperschaften der KMU wie Handwerks- oder Handelskammern verortet sein.

Zu Nummer 8 Buchstabe a (§ 25 Absatz 1 SGB V): „Ärztliche“ Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlung

Ein niedrighschwelliger und möglichst kostenloser Zugang zu qualitätsgesicherten Angeboten ist eine Voraussetzung für die breite Nutzung von Maßnahmen der Primärprävention. Es ist zu begrüßen, dass vor diesem Hintergrund immer mehr Menschen im Rahmen eines individuellen Ansatzes oder eines Settingansatzes Angebote der Gesundheitsförderung wahrnehmen. Allerdings zeigt sich – insbesondere bei Risikopatientinnen und -patienten – dass die Verfügbarkeit von Angeboten allein oft nicht ausreicht, damit diese in Anspruch genommen werden.

Hier könnte eine Verbesserung erreicht werden, wenn neben den Patientenkontakten von Ärztinnen und Ärzten auch die Patientenkontakte und die spezifische Kompetenz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung nutzbar gemacht werden. Allein die Weitergabe von Informationen über Gesundheitsrisiken und geeignete Präventi-

onsmaßnahmen reicht allerdings in der Regel nicht aus, um für eine Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu motivieren – insbesondere dann, wenn Maßnahmen auf eine Änderung von Lebensstilen (z. B. zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas bei Kindern und Jugendlichen) abzielen. Die Aufgabe gesundheitsschädigenden Verhaltens und die Realisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise sind darüber hinaus von einer Reihe emotionaler, motivationaler und sozialer Faktoren abhängig. Während Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hier qua Ausbildung bereits Spezialisten sind, diese Faktoren zu berücksichtigen und positiv zu beeinflussen, müssten insbesondere Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte für eine solche Patientenberatung ausreichend qualifiziert werden.

Die BPTK unterstützt vor diesem Hintergrund das Ziel, Gesundheitsuntersuchungen zu nutzen und präventionsbezogene Beratungsleistungen auszubauen, um die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen bei Risikopatienten zu verbessern, wenn zertifizierte Präventionsmaßnahmen wirklich zur Verfügung stehen.

Mit Blick auf die psychotherapeutische Kompetenz für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und den wachsenden Stellenwert psychischer Erkrankungen im Besonderen sollte Nummer 8 Buchstabe a (§ 25 Absatz 1 Satz 1 SGB V) ausdrücklich Psychotherapeuten benennen:

*„Versicherte haben Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte **ärztliche** Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte **ärztliche oder psychotherapeutische** Beratung. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 3 Satz 2 in Form einer **ärztlichen** Bescheinigung.“*

Zu Nummer 8 Buchstabe b (§ 25 Absatz 3 SGB V): Voraussetzungen von Früherkennungsuntersuchungen

Als Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V wird festgelegt, dass Krankheitsanzeichen „medizinisch-technisch“ genügend eindeutig erfasst werden können. Die BPTK schlägt vor, das Attribut „medizinisch-technisch“ zu streichen, um Fehlinterpretationen im Sinne einer Beschränkung auf körperliche Erkrankungen auszuschließen. Für die Früherkennung psychischer Erkrankungen wird den Fragebogenverfahren als Screeninginstrument eine wichtige Rolle zukommen.

Nummer 8 Buchstabe b (§ 25 Absatz 3 Nummer 2 SGB V) soll wie folgt gefasst werden:

„2. die Krankheitsanzeichen ~~medizinisch-technisch~~ genügend eindeutig zu erfassen sind.“

Zu Nummer 9 Buchstabe a (§ 26 Absatz 1 SGB V): Ausbau der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Die BPTK unterstützt die Anhebung der bisherigen Altersgrenze für die sogenannten U-Untersuchungen auf das vollendete zehnte Lebensjahr, um damit die bestehende Versorgungslücke im Grundschulalter zu schließen. Nach einer Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2009 soll dazu eine weitere U-Untersuchung im neunten Lebensjahr durchgeführt und ihre Einführung wissenschaftlich begleitet werden. Neben einer körperlichen Untersuchung sollte auch ADHS, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens also der Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigt werden.

In Bezug auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und die darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung fehlt allerdings die Beschränkung auf solche Risiken und Belastungen, die durch geeignete und zertifizierte Maßnahmen vermieden bzw. gemindert werden können. Diese Bedingung wird zu Recht an die Gesundheitsuntersuchung von Erwachsenen ge-

knüpft, daher sieht der Referentenentwurf dort die entsprechende Einschränkung. Gerade in der Beratung von Eltern sollten nur solche Risiken untersucht werden, denen mit evidenten Maßnahmen begegnet werden kann. Durch nicht-evidente Ratschläge in Ermangelung zertifizierter Präventionsmaßnahmen (z. B. zum kindlichen Medienkonsum) werden Eltern lediglich verunsichert. Das widerspricht dem Ziel einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung.

In Nummer 9 Buchstabe a (§ 26 Absatz 1 SGB V) sollte nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt werden:

„Voraussetzung für die Untersuchungen nach Satz 2 ist, dass es sich um gesundheitliche Risiken und Belastungen handelt, die durch geeignete Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Absatz 3 Satz 2 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können.“

Zu Nummer 10 (§ 65a SGB V): Bonus für Teilnahme an Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention

Krankenkassen sollen Versicherten, die regelmäßig an Gesundheits- bzw. Früherkennungsuntersuchungen oder an zertifizierten Leistungen der individuellen Verhaltensprävention teilnehmen, eine Geldleistung als Bonus gewähren können. Der Bonus soll dabei vorrangig an der Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme ausgerichtet sein.

Die BPTK hält einen finanziellen Anreiz durchaus für bedenkenswert, um Risikopatienten zur Inanspruchnahme wirksamer Präventionsleistungen zu motivieren. Die Auszahlung des Bonus kann aber nicht – wie im Entwurf vorgesehen – an die Zielerreichung geknüpft werden. Es ist in der Regel nicht möglich, individuell einen Zusammenhang zwischen der Präventionsmaßnahme und dem Ausbleiben einer Erkrankung nachzuweisen. Aber selbst in Bezug auf die Reduktion von Gesundheitsrisiken fehlen in der Regel zuverlässige und objektiv überprüfbare Ziele und geeignete bzw. praktikable Instrumente zur Erfassung der Zielerreichung. In den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewälti-

gung etwa wäre eine solche Hürde für den Bonus unsinnig und aus motivationspsychologischer Sicht sogar kontraindiziert.

„In Nummer 10 sollten § 65a Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 gestrichen werden.“

Zu Nummer 11 -neu- (§ 72 Absatz 2 Satz 2 SGB V): Rahmenbedingungen für Präventionsleistungen verbessern

Als Folgeänderung ist die in Bezug auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten eingeschränkte Befugnis von Psychotherapeuten durch Aufhebung von § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu beenden. Keine der Befugniseinschränkungen nach § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist nach gelungener Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung heute noch sachlich gerechtfertigt. Die Verordnung von Arzneimitteln durch Psychotherapeuten scheidet bereits aufgrund des Berufs- und Arzneimittelrechts aus, sodass eine explizite Ausnahmeregelung im Bereich des SGB V zu diesem Punkt überflüssig ist. Daher sollte § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V gestrichen werden, um die Kompetenzen von Psychotherapeuten in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vollumfänglich nutzen zu können. Davon unberührt ist die Ausstellung von Bescheinigungen nach § 73 Absatz 2 SGB V, die sich nicht auf Arbeitsunfähigkeit beziehen. Die Ausstellung einer Präventionsempfehlung durch Psychotherapeuten ist danach bereits heute möglich.

Nach Nummer 10 sollte folgende neue Nummer 11 eingefügt werden (Nummer 11 wird dann Nummer 12 neu):

„10. § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird aufgehoben.“