

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

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
18.04.2013**

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	6
Zu Nummer 3 (§ 20 Absatz 5 SGB V): Prävention in Lebenswelten	6
Zu Nummer 4 (§ 20a Absatz 1 SGB V): Beteiligung von Betriebsärzten.....	8
Zu Nummer 4 Buchstabe b) (§ 20a Absatz 3 SGB V): Gruppentarife zur Primärprävention	8
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“ Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlung.....	9
Zu Nummer 8 Buchstabe b) (§ 25 Absatz 3 SGB V): Voraussetzungen von Früherkennungsuntersuchungen	11
Zu Nummer 9 Buchstabe a) (§ 26 Absatz 1 SGB V): Ausbau der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	11
Zu Nummer 10 (§ 65a SGB V): Bonus für die Teilnahme an Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention.....	12
Zu Nummer 12 -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 der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Förderung der Prävention. Zur Erreichung beobachtbarer und nachhaltiger Präventionserfolge fordert die BPTK insbesondere folgende Änderungen:

Prävention gesamtgesellschaftlich verantworten

Wesentliche Voraussetzungen 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 Gesetzentwurf 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 notwendig, 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.

Prävention regional verankern

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 Koordinierung von Prävention und Gesundheitsförderung. Zur Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen in den Lebenswelten sollten Landeskonferenzen eingerichtet oder gestärkt und ein Landesfonds für Prävention gebildet werden, anstatt Prävention und Gesundheitsförderung von einer Ständigen Konferenz auf Bundesebene zu koordinieren und lebensweltbezogene Maßnahmen von einer Bundesbehörde durchführen zu lassen.

Psychotherapeutischen Sachverstand nutzen

Mit Informationen über Gesundheitsrisiken und geeignete Präventionsmaßnahmen gelingt es nur sehr begrenzt, 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 gesundheits-schädigenden Verhaltens und die Realisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise sind von einer Reihe emotionaler, motivationaler und sozialer Faktoren abhängig, die oft nur schwer zu beeinflussen sind. Während Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hier qua Ausbildung bereits Spezialisten für Verhaltensänderung sind, müssten insbesondere Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte für eine motivierende Patientenberatung ausreichend qualifiziert werden.

Psychische Erkrankungen berücksichtigen

Psychische Erkrankungen gehören zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Erfolgreiche Prävention muss diese neue Morbidität berücksichtigen. Das Spektrum präventiver Leistungen sollte auch dahingehend ausgeweitet werden, dass psychotherapeutische Interventionen als gezielte präventive Maßnahmen bei auffälliger, aber nicht krankheitswertiger Symptomatik möglich werden, auch im Wege der indizierten Prävention. Hier ist z. B. an Patientinnen und Patienten mit „Burnout“-Symptomen zu denken, die nicht das Vollbild einer depressiven Episode erreicht haben. Mittels präventiver und insbesondere auch aufsuchender psychotherapeutischer Intervention könnte erreicht werden, dass adäquate

Konfliktbewältigungsstrategien erworben werden. Dass die Bundesregierung auf den erforderlichen Finanzierungsbedarf verweist, um ärztliche Beratungskompetenz stärker zu nutzen, ist positiv. Dieser Bedarf sollte sich jedoch auch auf die Erbringung wirksamer Leistungen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beziehen.

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Mit Ausnahme der Sozialversicherungsträger übergreifenden und Bund, Länder und Kommunen einzubeziehenden Verantwortung für Prävention lassen sich die von der BPtK geforderten Änderungen innerhalb des Regelungsbereichs des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) realisieren. Die nachfolgenden Änderungsvorschläge beschränken sich insofern auf diesen mit dem Gesetzentwurf vorgegebenen Regelungsrahmen des SGB V. Eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung würde dagegen eine grundsätzlich andere gesetzliche Konstruktion erfordern.

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 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.

ken. Der Beitrag der Sozialversicherung ist in seiner Höhe abhängig vom Beitrag der Länder zum jeweils landesspezifischen Präventionsfonds.

In Nummer 3 sollten daher in § 20 die Absätze 6 und 7 wie folgt gefasst werden:

(6) 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 pro Versichertem. 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 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) (Einfügung 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 kleinen und mittleren Unternehmen 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

Im Text beginnt die Aufzählung bei Nummer 8 mit dem Buchstaben c anstelle von a. Dies sollte berichtigt werden. Die Bezugnahmen in dieser Stellungnahme berücksichtigen dies bereits.

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 Setting-Ansatzes 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 Präventionsmaßnahmen 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 II 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 und 4. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer **ärztlichen** Bescheinigung erteilt.*

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

Richtigerweise muss es hier Buchstabe b heißen (s. o.). Als Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Absätze 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 Fragebogenverfahren als Screening-Instrumenten 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 sollten auch ADHS, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens, also der Bereich der psychischen Gesundheit, berücksichtigt werden.

Zu Nummer 10 (§ 65a SGB V): Bonus für die 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 Stressbewältigung 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 § 65a Absatz 2 Satz 2 gestrichen werden.

Zu Nummer 12 -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 Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung heute noch sachlich gerechtfertigt. Die Verordnung von Arzneimitteln durch Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist danach bereits heute möglich.

Nach Nummer 11 sollte folgende neue Nummer 12 eingefügt werden:

12. § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird aufgehoben.