

Stellungnahme



Zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention im Gesundheitswesen (Referentenentwurf vom 11.01.2013)



diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und ihre Mitgliedsorganisationen
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe (VDBD)
Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M)



sowie
Deutsche Diabetes Stiftung (DDS)



begrüßen, dass die Bundesregierung den Gesetzesentwurf zur Förderung der Prävention nun auf den Weg bringt und stimmen darin überein, dass lebenslange Prävention wirksam ist und als Investition in Gesundheit und (wirtschaftliche) Entwicklung gesehen werden sollte.

Die Zunahme schwerwiegender chronischer Erkrankungen, die häufig mit dem heutigen Lebensstil assoziiert sind, erfordern effizientere und nachhaltigere Präventionsangebote und somit eine Neuausrichtung der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Allerdings sind wir davon überzeugt, dass Gesundheitsförderung, speziell Primärprävention, nicht vorrangig im medizinischen Sektor stattfinden sollte und reine Appelle zur Verhaltensänderung der komplexen Problematik und Genese der Lebensstilmitbedingten chronischen Krankheiten nicht gerecht werden.

Die modernen Zivilisationskrankheiten sind ganz wesentlich eine Folge unserer veränderten „westlichen“ Lebensweise – mit zu kalorienreicher Ernährung, zu wenig Bewegung und mangelnder Stressbewältigung. Sie treten überproportional häufig in bildungsfernen Schichten auf. Fettleibigkeit tritt bei Männern mit niedriger Bildung doppelt so häufig auf wie bei Männern mit hohem Schulabschluss, bei Frauen sogar dreimal so häufig. Die „oberen“ 20% der Bevölkerung in Deutschland leben zehn Jahre länger als die „unteren“ 20. Eine „Nachschulung“ in gesundem Lebensstil, die die Krankenkassen nun vornehmen sollen, kommt also nicht nur spät – sie wird auch nicht alle Schichten gleichermaßen erreichen, am wenigsten mutmaßlich die sozio-ökonomisch schlechter gestellten. Der individuelle Lebensstil wird in den ersten Lebensjahren geprägt und vom nahen sozialen und kulturellen Umfeld, in der der Familie, der peer-Group und in den Lebenswelten Kindergarten und Schule.. Diese grundlegenden Verhaltensprägungen lassen sich im Erwachsenenalter deutlich schwerer verändern. So ist z.B. auch mit

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Stefanie Gerlach • diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin • Tel.: +49 (0)30 201 677-0 • info@diabetesde.org
www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de

qualitätsgesicherten Programmen zur Gewichtsabnahme – unter bisherigen Strategien – nur bei rund 10-15% der Teilnehmer mit langfristigen Erfolgen zu rechnen.

Zudem steht unser tägliches Umfeld (= Verhältnisse) notwendigen Verhaltensänderungen diametral entgegen, angefangen vom Süßigkeiten- und Softdrink-Verkauf, ausfallendem Sportunterricht sowie fehlender qualitätsgesicherter Verpflegung an Schulen, in Betrieben, Büros und anderen Einrichtungen, über XXL-Portionsgrößen in Kinos und in der Fast-Food-Kettengastronomie, an Kinder und Familien gerichtete Werbung für zu süße, zu fettreiche, zu salzige Lebensmittel, desorientierenden Nährwertinformationen auf Lebensmitteln etc.

In der internationalen Diskussion vollzieht sich aus diesen Gründen zurzeit ein Paradigmenwechsel hin zu einer stärkeren Berücksichtigung von populationsbezogenen, verhältnispräventiven Maßnahmen. Die Kernbotschaft lautet: Gesundes Verhalten leichter machen! Wir stimmen der Auffassung der WHO zu, wonach es die Aufgabe der Politik sein sollte, gesundheitsförderliche Umfelder zu schaffen, um so der Gesundheit zuträgliche Entscheidungen zu erleichtern. Zu den Leitprinzipien des „Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012-2016)“ gehören auch: einen Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit setzen, Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigen (eingeschlossen Handels-, Fiskal-, Bildungspolitik, Stadtplanung/Städtegestaltung), außerdem: bevölkerungsbezogene und auf die Einzelperson bezogene Ansätze im Gleichgewicht halten. Diese Empfehlungen erkennen an, dass Prävention eine komplexe gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht nur in der Eigenverantwortung des einzelnen Menschen liegen kann. Dessen Möglichkeiten zur nachhaltigen Verhaltensänderung sind auch durch genetische, medizinische, kognitive sowie sozio-kulturelle Gegebenheiten unterschiedlich ausgeprägt.

Die WHO empfiehlt deshalb höhere Steuern auf Tabak, Alkohol und verarbeitete Lebensmittel mit hohem Fett-, Zucker- und Salzanteil. Sie fordert außerdem, die Werbung für derartige Produkte einzuschränken, insbesondere die auf Kinder zielende Vermarktung. Diese WHO-Forderungen wurden in Europa im Konsens – also auch mit den Stimmen der Bundesregierung – verabschiedet, finden aber im vorgestellten Gesetzesentwurf keine Berücksichtigung.

Eine Präventionspolitik, die vorrangig auf die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit setzt, verkennt die Tatsache, dass sowohl ungünstige Erziehung als auch eine ungünstige genetische Disposition es Menschen sehr schwer machen können, einen gesunden Lebensstil zu verwirklichen, zudem erkrankten Menschen auch ungeachtet eines gesunden Lebensstils an chronischen Krankheiten. Eine Überbetonung von Eigenverantwortung kann deshalb gesellschaftlicher Diskriminierung Kranker Vorschub leisten.

Die Kernelemente des Gesetzes zur Förderung der Prävention, zu denen wir gerne im Folgenden Stellung nehmen, sind:

1. „Prävention auf Rezept“: Künftig sollen Ärzte ihre Patienten verstärkt auf gesundheitliche Risiken und Belastungen untersuchen, sie im Sinne einer

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Stefanie Gerlach • diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin • Tel.: +49 (0)30 201 677-0 • info@diabetesde.org
www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de

Gesundheitsförderung beraten und ihnen qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen empfehlen.

Grundsätzlich befürworten wir, dass Ärzte nun auch explizit präventiv beraten sollen und dass Versicherte früher und öfter als bisher Gesundheits-Checks in Anspruch nehmen können. Dazu benötigen Ärzte (vergütete) Zeit. Eine Flexibilisierung der Gesundheitsuntersuchungen wird jedoch kaum dazu führen, dass die üblichen schwer zu erreichenden Zielgruppen (insbesondere auch Menschen mit Migrations-Hintergrund) vermehrt zum Gesundheits-Check kommen werden.

Es ist richtig, dass „Präventionskurse nicht immer die Menschen erreichen, die einen Bedarf für Leistungen zur Prävention haben“ (S. 11 Referentenentwurf). Wie diese Menschen gezielt erreicht werden sollen, bleibt aber offen und wird an Krankenkassen delegiert, die „sich auf zielgruppenspezifische und wirksame Präventionsmaßnahmen konzentrieren und damit in einen Qualitätswettbewerb treten sollen“. Nach unserer Meinung wird der Erfolg solcher Programme drastisch überbewertet; insbesondere der nachhaltige Langzeiterfolg, selbst bei größtmöglicher, intrinsischer Motivation der Teilnehmer. Darüber hinaus fehlen in allen Regionen niederschwellige kostengünstige Angebote zur praktischen, langfristigen und nachhaltigen Umsetzung qualitätsgesicherter individueller Präventionsempfehlungen, die in Evidenz-basierten Präventions-Leitlinien erarbeitet und publiziert wurden.

„Prävention auf Rezept“ erscheint eher als Maßnahme der Sekundär- als der Primärprävention, insbesondere unter Berücksichtigung von Punkt 7., S. 8 im Referentenentwurf: „Die Untersuchungen umfassen, *sofern medizinisch angezeigt*, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung“.

Lebensstilmodifikationen könnten unter Umständen besser und nachhaltiger realisiert werden, wenn Ärzte vor Ort mit „Case-Managern Prävention“ kooperieren, die Versicherte gezielt an geeignete lokale Präventionsangebote heranführen („coaching“).

2. Mehr Geld in die Prävention: künftig sollen die Krankenkassen pro Versichertem sechs Euro pro Jahr verbindlich ausgeben. Hier handelt es sich nicht etwa um eine „Verdoppelung“ der Ausgaben für Prävention: derzeit liegt der vorgeschriebene Pro-Kopf-Wert zwar bei knapp 3 Euro pro Jahr. Die tatsächlichen Ausgaben der Kassen liegen laut GKV-Spitzenverband jedoch bereits heute bei mehr als 4,30 Euro pro Versichertem pro Jahr. Das Plus wird daher weniger als 1,70€ pro Versichertem betragen. Zudem sind in diesen Ausgaben alle Präventions-Aufwendungen, also u.a. auch die für Zahngesundheit und Impfungen enthalten.
3. Die Betriebliche Gesundheitsförderung soll gestärkt werden. Insgesamt sollen die Krankenkassen von den sechs Euro hierfür mindestens zwei Euro pro Versichertem zur Verfügung stellen. Gruppentarife sollen als Boni ermöglicht werden.

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Stefanie Gerlach • diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin • Tel.: +49 (0)30 201 677-0 • info@diabetesde.org
www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de

Grundsätzlich befürworten wir eine Stärkung der Gesunderhaltung am Arbeitsplatz, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung.

Auf S. 14 heißt es jedoch im Referentenentwurf: „Zudem sind Boni vorrangig am Erfolg der Maßnahmen auszurichten“. Diese Regelung beinhaltet die Gefahr des Gruppendrucks innerhalb eines Betriebes und impliziert, dass „Erfolg“ rein willentlich „herzustellen“ sei – obwohl unterschiedliche genetische Dispositionen der Beschäftigten unterschiedliche Ausgangspositionen und Erfolgswahrscheinlichkeiten nach sich ziehen. Weniger Erfolgreiche können somit günstigere Gruppentarife für alle zum Scheitern bringen. Dies ist für ein gesunderhaltendes Betriebsklima und für die Gesundheit Einzelner nicht förderlich. Es muss sichergestellt bleiben, dass Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung freiwillig bleiben und dass kein Druck auf den Einzelnen ausgeübt wird.

Allerdings haben Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – bezüglich metabolisch-bedingter chronischer Krankheiten – derzeit (noch) nicht die notwendige Bedeutung im Hinblick auf die zunehmende Inzidenz. Häufig sind nur Großunternehmen zu solchen Maßnahmen in der Lage. Die ganz überwiegende Mehrheit der Arbeitnehmer in Deutschland arbeitet aber in kleinen und mittleren Unternehmen. Offen bleibt, wie diese Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung integrieren sollen. Offen bleibt ebenfalls, wie die Gesundheit Arbeitssuchender, von Zeitarbeitnehmern und Mehrfachbeschäftigten im Niedriglohnsektor sowie Menschen im Ruhestand gefördert werden kann. Auch nach Berentung und Pensionierung, insbesondere bei Hochrisiko-Personen, können Präventionsmaßnahmen die Leistungsfähigkeit erhalten oder steigern und so die Lebensqualität verbessern und diese Menschen z.B. auch für ehrenamtliche Tätigkeiten fit halten.

4. Setting-Ansätze sollen gestärkt werden.

Hierfür sollen Krankenkassen von den sechs Euro mindestens einen Euro ausgeben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll im Auftrag des Spitzenverbands der Krankenkassen primärpräventive Maßnahmen in Lebenswelten fördern.

Wir befürworten massenmediale Kampagnen, die z.B. zu einer erhöhten Nachfrage nach gesundheitsförderlichen Lebensmitteln führen und zu mehr körperlicher Bewegung motivieren. Daher begrüßen wir eine Ausweitung der Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Bereich der Prävention von Lebensstil-mitbedingten Erkrankungen. Hier sollte in jedem Fall sichergestellt sein, dass diesbezügliche Leistungen und Angebote der BZgA für Länder und Kommunen kostenfrei abrufbar sind, damit sie auch den erhofften Masseneffekt haben.

5. Berufung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit, die gemeinsame verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele konsentiert, die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen überwacht und in festzulegendem Turnus (Vorschlag: 4 Jahre) Berichte an das BMG zur Effizienz erstellt.

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Stefanie Gerlach • diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin • Tel.: +49 (0)30 201 677-0 • info@diabetesde.org
www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de

Wir stimmen einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz zur Festlegung von Prioritäten und zur Qualitätskontrolle mit regelmäßigem Berichtswesen zu. Dieser Ansatz kann die Integration von öffentlichen Gesundheitsdiensten und dem Gesundheitssystem stärken, die Zusammenarbeit zwischen Staat und nichtstaatlichen Akteuren ausweiten und die aktive Beteiligung von Zivilgesellschaft, Unternehmen und Individuen gewährleisten. Gemäß des Grundsatzes der WHO „Health in all policies!“ plädieren wir jedoch dafür, auch Vertreter anderer Politikfelder dazu einzuladen. Zudem plädieren wir für ein Berichtswesen mindestens alle zwei Jahre – so kann innerhalb einer Legislaturperiode bei Halbzeit „nachgesteuert“ werden. Unabhängig von einer zentralisierten Evaluation in größeren Zeitintervallen bedarf es einer zeitnahen (alle 3-6 Monate) Analyse und Evaluation aller Präventionsmaßnahmen mit verfügbaren QM-Systemen in der Prävention.

6. Ausweitung der Kinderuntersuchung bis zum 10. Lebensjahr.
Dieser Maßnahme stimmen wir zu.

Berlin, den 31. Januar 2013



Prof. Dr. med. Thomas Danne Vorstandsvorsitzender
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Prof. Dr. med. Stephan Matthaer
Präsident
Deutsche Diabetes Gesellschaft



Elisabeth Schnellbacher
Vorstandsvorsitzende VDBD
Vorstand diabetesDE- Deutsche Diabetes-Hilfe



Jan Twachtmann
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes



Prof. Dr. Rüdiger Landgraf
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Diabetes Stiftung

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Stefanie Gerlach • diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin • Tel.: +49 (0)30 201 677-0 • info@diabetesde.org
www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de