



Positionen der Bundesärztekammer zur Novellierung des Präventionsgesetzes

Autor: Ausschuss „Gesundheitskompetenz, Prävention und Bevölkerungsmedizin“

- vom Vorstand der Bundesärztekammer am 14./15.01.2021 beschlossen -

Kernaussagen der Bundesärztekammer zur Novellierung des Präventionsgesetzes

1. Primärprävention leistet einen relevanten Beitrag zur Reduktion chronischer Erkrankungen und zur Verbesserung der Lebensqualität.
2. Die haus- und kinderärztlichen Praxen nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V bieten für alle Bevölkerungsgruppen einen idealen Zugang zu Gesundheitsförderung und Primärprävention.
3. Dieses präventive Potenzial der Arztpraxis wird bislang nur unzureichend genutzt.
4. Das ärztliche Präventionsgespräch muss gestärkt werden. Dies umfasst die Ansprache geeigneter Patienten, die Erhebung bestehender Risikofaktoren und deren Bewertung im Kontext der Patientengeschichte und sozialer und familiärer Rahmenbedingungen sowie die Motivierung und Weiterleitung an geeignete Präventionsangebote.
5. Die präventiven ärztlichen Leistungen müssen aufwandsgerecht vergütet werden.
6. Die Durchführung primärpräventiver Untersuchungen und Beratungen muss durch entsprechende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sinnvoll unterstützt und erleichtert werden.
7. Präventive Angebote von Ärztinnen und Ärzten müssen strukturell mit Maßnahmen in den Lebenswelten vernetzt werden.
8. Primärpräventive Maßnahmen der Krankenkassen müssen begleitend evaluiert, und die Präventionsforschung muss gestärkt werden.
9. Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung müssen strukturell in die Präventionsgremien auf Bundes- und Landesebene eingebunden werden.

1. Primärprävention: ein Beitrag zur Reduktion chronischer Erkrankungen und zur Verbesserung der Lebensqualität

Die heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen entstehen in der Regel durch ein langjähriges Zusammenspiel umweltbedingter, biologischer, verhältnis- und verhaltensbezogener Faktoren. Über die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung ist

übergewichtig¹ und bewegt sich wöchentlich weniger als in den nationalen Leitlinien empfohlen², fast ein Viertel der erwachsenen Deutschen raucht weiterhin³ und 16 % betreiben einen riskanten Alkoholkonsum⁴.

Zudem zeigen die Ergebnisse der KiGGS Welle 2, dass in der Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen 15,4 % übergewichtig und 5,9 % adipös sind. Nur 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen dieser Altersgruppe sind pro Tag mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erfüllen damit die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation⁵.

Neben den Belastungen, die diese Faktoren für die Betroffenen und ihre Familien bedeuten, stellen die dargestellten Entwicklungen auch eine Herausforderung für unsere sozialen Sicherungssysteme dar, weshalb ihnen dringend und frühzeitig mit primärpräventiven Maßnahmen begegnet werden muss.

Viele der angeführten Risikofaktoren lassen sich durch eine veränderte Gestaltung der Lebenswelten, aber auch durch eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie Änderungen des Verhaltens beeinflussen. Alle drei Faktoren müssen ineinandergreifen, wofür es vieler unterschiedlicher Akteure bedarf. Eine wichtige Rolle spielen dabei Ärztinnen und Ärzte.

2. Die Arztpraxis als idealer Zugang zu Gesundheitsförderung und Primärprävention

Prävention stellt eine zentrale ärztliche Aufgabe dar. In der ärztlichen (Muster)-Berufsordnung (MBO-Ä) heißt es hierzu entsprechend, dass es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist, das Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen (§ 1 Abs. 2 MBO-Ä). Die Hausarzt- und die Kinderarztpraxen nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V bieten hervorragende Voraussetzungen, um gesundheitliche Belastungen und Einschränkungen der psychosozialen Lebensqualität frühzeitig zu erkennen, Patientinnen und Patienten auf diese anzusprechen und zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Auf dieser Basis können Ärztinnen und Ärzte sie auf geeignete Präventionsangebote hinweisen und in weiteren Kontakten überprüfen, ob diese wirksam waren oder individuell angepasst werden müssen. Darüber hinaus zeigen wissenschaftliche Studien, dass ärztliche Beratung relevante Verhaltensänderungen bewirken kann⁶.

Etwa 80 % der Bevölkerung kontaktieren mindestens einmal pro Jahr ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt⁷, und über die U1- bis U9-Untersuchungen werden mehr als 90 % aller Kinder im Alter bis zu sechs Jahren gemeinsam mit ihren Eltern durch die kinder- und jugendärztliche Praxis erreicht⁸. Damit ist durch sie auch eine schichtenübergreifende Erreichung von Patientinnen und Patienten sichergestellt.

3. Das präventive Potenzial der Arztpraxis wird bislang nur unzureichend genutzt

Dieses Präventionspotenzial der Arztpraxis wird bislang noch zu wenig genutzt. So ermöglicht das bestehende Honorierungssystem bislang nur begrenzte Anlässe und Zeitfenster, um Patienten auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen, ihre Belastungen und

gesundheitlichen Risiken zu erheben und sie zur Teilnahme an Präventionsangeboten zu motivieren.

Die bestehenden Gesundheitsuntersuchungen sind ein wichtiges Präventionsinstrument, welches aber alleine nicht ausreicht, um auf unterschiedliche oder aktuelle Gesundheitsrisiken individuell und zeitnah im Rahmen der Prävention eingehen zu können.

Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind für Patientinnen und Patienten niederschwellige Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen und eignen sich daher ideal, um präventives Verhalten anzusprechen und bestehende gesundheitliche Risiken gemeinsam mit der Ärztin bzw. dem Arzt abzuklären, geeignete Präventionsangebote ausfindig zu machen und an diese weiterzuvermitteln. Für sie stehen zudem Curricula zur Verfügung, mit denen sie sich zur Prävention weiterqualifizieren können⁹.

Insbesondere Patienten mit geringen sozialen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen benötigen Unterstützung, um sich über für sie sinnvolle Präventionsangebote zu informieren und diese auch zu nutzen. Gerade für diese Patientengruppe können in der Prävention fortgebildete MFA wichtige Hilfestellungen leisten.

4. Es müssen die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Potenziale der Arztpraxis in der Gesundheitsförderung und Prävention auszuschöpfen

Zur Stärkung der Arztpraxis in der Gesundheitsförderung und Prävention muss mit der Novellierung des Präventionsgesetzes das ärztliche Präventionsgespräch weiter gestärkt und zu einem integralen Teil der Patientenversorgung werden.

Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, zu geeigneten Anlässen und unabhängig von den vorgegebenen Gesundheitsuntersuchungen mögliche Risiko- und Belastungsfaktoren wie auch verfügbare Ressourcen des Patienten zu erheben und auf Basis einer Präventionsempfehlung zur Teilnahme an geeigneten Präventionsmaßnahmen zu motivieren.

Hierzu müssen die Praxen auch mit entsprechenden validierten Erhebungsinstrumenten ausgestattet werden. Denkbar sind auch digitale Tools, die mit der elektronischen Patientenakte gekoppelt werden können.

Um die ggf. erforderliche Unterstützung bereitstellen zu können, muss Patienten und Arztpraxen ein einfacher und schneller Zugang zu regional verfügbaren und qualitätsgesicherten Präventionsangeboten ermöglicht werden (z. B. über eine regionalbezogene kassenübergreifende online Angebots-Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention – ZPP).

5. Präventive ärztliche Leistungen müssen aufwandsgerecht vergütet werden

Für die Erhebung von Risiko- und Belastungsfaktoren, das ärztliche Präventionsgespräch, das Ausstellen einer qualifizierten Präventionsempfehlung („Muster 36“) sowie die an die MFA delegierten präventiven Leistungen muss eine entsprechende Vergütung geschaffen werden.

Zudem müssen die mit dem Präventionsgesetz von 2015 zusätzlich in die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 und § 26 SGB V aufgenommenen primärpräventiven Leistungen in dem hierfür vorgesehenen Honorarrahmen aufwandsgerecht abgebildet werden.

6. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen die Durchführung primärpräventiver Untersuchungen und Beratungen unterstützen und erleichtern

Die Durchführung des ärztlichen Präventionsgesprächs sowie der in den Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach §§ 25 und 26 SGB V vorgesehenen Maßnahmen muss durch die Bereitstellung entsprechend validierter Instrumente zur Erhebung gesundheitlicher Risiko- und Belastungsfaktoren sowie bei Kindern auch zur Erhebung möglicher familiärer Belastungen und Unterstützungsbedarfe erleichtert und auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden. Hierzu gehört auch eine alters- und zielgruppenspezifische Modifikation der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene. Der G-BA muss seine Richtlinien entsprechend anpassen und die erforderlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung dieser Untersuchungen bereitstellen.

7. Präventive Angebote von Ärztinnen und Ärzten müssen strukturell mit entsprechenden Maßnahmen in den Lebenswelten vernetzt werden

Prävention ist dann am wirksamsten, wenn verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen gemeinsam und koordiniert erfolgen. So sind auch primärpräventive Maßnahmen von Ärztinnen und Ärzten dann am wirksamsten, wenn sie durch entsprechende Maßnahmen in den Lebenswelten ihrer Patientinnen und Patienten begleitet werden. Ärztinnen und Ärzte können sich mit ihrer fachlichen Expertise in die Ausarbeitung und Durchführung solcher Maßnahmen einbringen. Es bedarf unterstützender Strukturen, die Ärztinnen und Ärzten eine Mitwirkung bei gesundheitsrelevanten Fragen in den Lebenswelten erleichtern. Diese Strukturen sollten auch sozialsystemübergreifend angelegt sein, wie z. B. die regionalen Netzwerke für belastete Eltern und Kinder, in denen Akteure des Sozial-, des Kinder- und Jugendhilfe- und des Gesundheitssystems erfolgreich zusammenarbeiten.

8. Primärpräventive Maßnahmen der Krankenkassen müssen begleitend evaluiert und die Präventionsforschung muss gestärkt werden

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde in § 20d Abs. 4 SGB V festgelegt, dass die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre einen Präventionsbericht erstellt, der anschließend vom Bundesministerium für Gesundheit dem Bundestag und Bundesrat vorgelegt wird. Der daraufhin im Sommer 2019 erstmals erstellte Bericht gibt jedoch kaum Auskunft darüber, ob relevante Zielgruppen durch die primärpräventiven Maßnahmen erreicht werden und sich bei ihnen positive gesundheitliche Effekte zeigen. Auch wurden in ihm Ärztinnen und Ärzte als Akteure in der Prävention nicht mitberücksichtigt.

Um eine sinnvolle Verwendung finanzieller Mittel für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sicherzustellen, sollten zunächst die Ist-Zustände und Bedarfe relevanter Zielgruppen und Regionen ermittelt werden. Auf dieser Grundlage sollten durch unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen in enger Verbindung mit der Praxis ein begleitendes Monitoring und eine systematische Auswertung der von den gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführten Maßnahmen erfolgen. Zudem muss die Forschung in der Prävention systematisch gestärkt und die ärztliche Prävention dabei berücksichtigt werden.

9. Eine strukturelle Einbindung von Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung in die Präventionsgremien auf Bundes- und Landesebene muss sichergestellt werden

Um in der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V die ärztliche Fachexpertise angemessen berücksichtigen zu können, müssen Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung in deren Erarbeitung zentral eingebunden werden. Dies gilt auch für die Mitwirkung in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V sowie für die Erstellung des Präventionsberichts nach § 20d Abs. 4 SGB V.

Des Weiteren müssen die Landesärztekammern zu integralen Partnern bei der Erstellung von Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V werden.

Literatur

- ¹ Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C: Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2017 2(2); DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025
- ² Finger JD, Mensink GBM, Lange C, Manz K: Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2017 2(2); DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-027
- ³ Zeiher J, Kuntz B, Lange C: Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2017 2(2); DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-030
- ⁴ Lange C, Manz K, Kuntz B: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. In: Journal of Health Monitoring 2017 2(2); DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031
- ⁵ Robert Koch Institut: KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. In: Journal of Health Monitoring, 2018 3 (1)
- ⁶ Stead LF, Bergson G, Lancaster T (2013). Physician advice for smoking cessation. Cochrane Review. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165>.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev.:CD004148
- Orrow G, Kinmonth A-L (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: BMJ 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1389>
- Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P (2006). Randomized controlled trial: effect of nutritional counseling in general practice. In: Int J Epidemiol. 2006 Apr;35(2):409-15
- VanBuskirk, K. A., & Wetherell, J. L. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: A systematic review and meta-analysis. Journal of Behavioral Medicine, 37(4), 768-780
- Schoierer J, Kunstmann W, Nowak D & Böse-O'Reilly S. (2017). Ärztliche Präventionsberatung: Strukturiert zum Erfolg. Dtsch Arztebl International, 114, A-826.
- ⁷ P. Rattay; H. Butschalowsky; A. Rommel; F. Prütz; S. Jordan; E. Nowossadeck; O. Domanska; P. Kamtsiuris. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsbl 2013;56:832–844DOI10.1007/s00103-013-1665-x
- ⁸ Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring 2018 3(4); S. 68-77; DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093
- ⁹ Bundesärztekammer: Fortbildungcurriculum für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen“. Berlin 2007
- Bundesärztekammer: Fortbildungcurriculum für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte „Prävention im Kindes- und Jugendalter“, Berlin 2007