

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Kassel, den 22.11.2014

Betrifft: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Präventionsgesetzes

Bezug: Anfrage an die Verbände vom 31.10.2014

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit nehmen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschen Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu dem vorliegenden Referentenentwurf des Präventionsgesetzes (PrävG) wie folgt Stellung:

Die DEGAM begrüßt prinzipiell die mit dem Gesetzesentwurf intendierte Stärkung der Prävention. Als grundlegendes Problem einer Gesellschaft mit niedriger Geburtenrate und steigender Lebenserwartung wird allgemein ein steigender Anteil von Multimorbiden und chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen erwartet.

Die DEGAM sieht bei der geschilderten Problemlage (Multimorbide, chronisch Kranke) die jetzige und zukünftige Basisversorgung, also insbesondere die hausärztliche Versorgung gefordert und fühlt sich deswegen durch den vorliegenden Gesetzesentwurf besonders angesprochen. Darüber hinaus bietet der niedrighschwellige Zugang und die hohe Inanspruchnahme-Quote der hausärztlichen Versorgungsebene (über 90% der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres ihren Hausarzt auf) eine hervorragende Zugangsmöglichkeit für präventive Ansätze. Andererseits ist aber ein ineffektiver Ressourcenverbrauch dringend zu vermeiden, um angesichts des demographischen Wandels die gesamte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Präventionsmaßnahmen werden große Potentiale zugeschrieben, allerdings haben bisher nur wenige Interventionen in (kontrollierten) Studien messbare Erfolge zeigen können (z.B. Rauchverbot in öffentlichen Räumen).

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Allerdings wird die wichtige Verhältnisprävention in dem Gesetzentwurf zur Anpassung des Sozialgesetzbuchs nur unzureichend berücksichtigt, zum Teil da sie in anderen Gesetzen geregelt wird.

Dazu gehören die zentral wichtigen Bereiche:

- Tabak- und Alkoholwerbeverbot
- Konsequenter Nichtraucherchutz im öffentlichen Raum, wobei auch die E-Zigaretten zu berücksichtigen sind
- Verbesserte Durchsetzung des Jugendschutzes um die Abgabe und Verbreitung von Alkohol und Tabak sowie weiteren Sucht auslösenden Substanzen und Verfahren an Jugendliche zu unterbinden.
- Förderung gesunder Ernährung und Verringerung des Konsums von gesundheitlich ungünstigen Lebens- und Genussmitteln
- Förderung körperlicher Aktivität im öffentlichen Bereich

Medizinische Prävention hat ebenso wie Früherkennung neben dem Potential die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern auch das Risiko, durch unnötige oder ineffektive Maßnahmen dringend benötigte Ressourcen in großen Umfang zu verbrauchen und so Kosten zu steigern und Lebensqualität letztlich zu senken.

In einem insgesamt budgetierten System ohne neue personelle oder finanzielle Ressourcen geht jede neue Maßnahme zu Lasten bisheriger Strukturen. Es ist also vor der Einführung neuer Interventionen vorab zu definieren und in der Regel durch geeignete Studien zu belegen, dass diese Maßnahmen kosteneffektiv sind und die angestrebten Präventionsziele ohne Schaden für die Allgemeinheit sowie mit vertretbarem Aufwand erreichbar sind. Bei effektiven zusätzlichen präventiven Maßnahmen ist der erhöhte Aufwand für die entsprechende Versorgungsebene adäquat zu vergüten. Dies kann z.B. durch die zusätzliche Finanzierung von nichtärztlichem Personal oder die direkte extrabudgetäre Honorierung gesetzlich vorgesehener Zusatzleistungen erfolgen.

Erhebliche Risiken für einen ineffektiven Ressourcenverbrauch ergeben sich vor allem bei:

- Isolierten Maßnahmen einzelner Kostenträger
- Maßnahmen mit hohem Ängstigungspotential für Betroffene
- Maßnahmen mit Marketingeffekten für Kostenträger
- Abzug von Allgemeinmedizinern z.B. in die Betriebsmedizin
- Fehlenden Belegen für Wirksamkeit
- Fehlenden Belegen für Kosten-Nutzen-Effektivität
- Fehlenden Belegen für günstige Systemeffekte

Zu den Punkten im Einzelnen:

Zu E1

Wenn der betroffenen Bevölkerung kein Erfüllungsaufwand entstünde, wäre das ganze Gesetz sinnlos. Siehe geplanter Zusatz zu §1 (1) SGB V.

Zu E2

Zur Effektivität von reinen Präventionsmaßnahmen gibt es wissenschaftlich unzureichende Belege bei unklaren Verdrängungseffekten ([http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta300\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta300_bericht_de.pdf)). Daher sollte der Schwerpunkt der Umsetzung eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention die Evaluation bestehender sowie neu einzuführender Präventionsmaßnahmen mit Berücksichtigung von Veränderungen des Gesamtsystems sein. Dabei sollte insbesondere eine Entlastung und Unterstützung der hausärztlichen Basisversorgung erfolgen.

Zu § 20

(2) zu fordern sind nicht nur einheitliche Kriterien, sondern einheitliche Projekte, weil angesichts von derzeit noch über 120 Krankenkassen sonst erhebliche Reibungsverluste zu erwarten sind. Bei den Disease-Management-Programmen hat sich das letztlich als einzig gangbarer Weg erwiesen. (<http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme.html>)

Zu § 20e Nationale Präventionskonferenz

Die Nationale Präventionskonferenz soll das bestehende Präventionsangebot evaluieren und dessen Nutzen regelmäßig überprüfen. Nach dem Vorbild der USPTF (United States Preventive Task Force <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>) sollen durch methodisch hochwertige Studien fundierte Berichte zur Kosten-Effektivität bzw. zum Nutzen jeder Präventionsmaßnahme erstellt und veröffentlicht werden.

Zu § 20g Modellvorhaben

(2) Die anerkannten wissenschaftlichen Standards müssen spezifiziert werden. Es muss obligatorisch eine Kontrollgruppe vorgeschrieben sein, möglichst im prospektiven randomisierten Design. Es müssen in der Regel patientenrelevante klinische Endpunkte vorgeschrieben werden. Es muss vor Einführung des Modellvorhaben ein Evaluationskonzept vorgelegt und von einer unabhängigen Institution überprüft werden, ob mit dem Evaluationskonzept eine Bewertung des Nutzens möglich ist.

Bei diagnostischen Maßnahmen / Screening muss vor flächendeckender Einführung mindestens ein Level 4 (Fryback DG, Thornbury JR The efficacy of diagnostic imaging. Med Decis Making 1991;11: 88-94) mit nachweislichem Impact auf die Therapieentscheidung und die Behandlungsergebnisse vorliegen.

Bürger, die Leistungen im Rahmen eines Modellvorhabens in Anspruch nehmen, müssen der Nutzung ihrer Daten zustimmen.

Die Finanzierung der Evaluation muss durch die das Modellvorhaben finanzierende Krankenkasse oder öffentliche Forschungsgelder gewährleistet werden.

Bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen soll die Empfehlung der Europäischen Union eingehalten werden. (Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. Official Journal of the European Union 16.12.2003. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>)

Zu § 25

(1) (Eine entsprechende altersadjustierte Version für Gesundheitsuntersuchungen wurde aus dem Kreis der DEGAM bereits vorgelegt – siehe <http://www.neue-gesundheitsuntersuchung.de/>)

(3) Es soll ergänzt werden:

4. Die Anzahl der Patienten, die von einer Präventionsmaßnahme profitieren, muss in einem angemessenen Verhältnis zur den Belastungen, unerwünschten Wirkungen sowie Kosten der Präventionsmaßnahme stehen.

5. Präventionsmaßnahmen sollen möglichst gezielt auf einer Population mit erhöhtem Risiko beschränkt werden (z.B. kein Hautkrebsscreening bei 20-Jährigen).

Zu § 132f

Betriebsmediziner unterliegen einer besonders strikten Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber bezüglich der Ergebnisse allgemeiner Gesundheitsuntersuchungen. Die Inhalte der

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

nicht arbeitsplatz-bezogenen Gesundheitsuntersuchungen sollten den Kriterien entspr. §25 (neu) unterliegen.