

Ärztliche Schlüsselrolle bei einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe

Die Entscheidung des EU-Parlaments, vor den Gefahren des Rauchens – auch mit abschreckenden Bildern – zu warnen, junge Menschen noch stärker als bisher vom Rauchen abzuhalten sowie bestimmte Zusatzstoffe in Tabakwaren gänzlich zu verbieten, begrüße ich sowohl als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer als auch als Arzt sehr. Durch die neue Richtlinie wird ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung des Gesundheits- und Verbraucherschutzes in Europa geleistet, werden doch unter anderem große Schockbilder auf Zigaretten-Packungen, ein Verbot von Menthol- und Slimzigaretten und die Einstufung von E-Zigaretten als Arzneimittel vorgeschrieben. Vor allem Jugendliche sollen mit „Furchtappellen“ vom Rauchen abgehalten werden.

Umso unverständlicher ist es, dass die Politik wieder einmal an der Verabschiedung eines Präventionsgesetzes – diesmal am Ende der Legislaturperiode – gescheitert ist. Der Bundesrat hatte zu dem Präventionsförderungsgesetz den Vermittlungsausschuss angerufen. Damit konnte das Gesetz nicht mehr zum Abschluss gebracht werden und verfiel der Diskontinuität. Der Bundesrat hielt es – auch unter Berücksichtigung der vom Deutschen Bundestag beschlossenen Änderungen – für dringend erforderlich, wesentliche Anforderungen an ein erfolgversprechendes und wirkungsvolles Gesetz zu berücksichtigen:

- » ein eigenständiges Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz unter inhaltlicher und finanzieller Beteiligung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherung (PKV);
- » mehrjährige Landespräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, die in Kooperation von Ländern, aller Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer und anderen erarbeitet und realisiert werden;
- » eine gemeinschaftliche Finanzierung der abgestimmten Landespräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme auf der Grundlage verbindlicher Kooperationsverfahren.

In der Begründung heißt es, dass der Gesetzentwurf fast ausschließlich auf ein

„modifiziertes Leistungsspektrum“ der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzielt und weitere Sozialversicherungsträger (Unfall-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) sowie die PKV bei der verantwortlichen Mitgestaltung einschließlich der Finanzierung keine Rolle spielen, obgleich diese teilweise gesetzlich zur Prävention verpflichtet sind und in besonderem Maße von einer verbesserten Gesundheit ihrer Versicherten profitieren. In der Kritik steht insbesondere, dass mit GKV-Beiträgen die Bundesbehörde „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA) finanziert werden soll. Ferner ist der föderale Gedanke nicht ausreichend berücksichtigt, zum Beispiel das Zusammenwirken der Krankenkassen mit den Ländern und Kommunen beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten. Ungeklärt ist auch, wie die bisherigen Programme und Maßnahmen der Länder und Kommunen im Hinblick auf die Stärkung der Präventionspotenziale einbezogen werden sollen. Weder ist eine Verknüpfung mit deren Gesundheitszielprozessen noch mit deren Länderpräventionsstrategien vorgesehen. Auch die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder die kommunalen Aktivitäten der „Gesunden Städte“ werden nicht ausreichend berücksichtigt. Insgesamt zielt die Vorlage überwiegend auf individuelle Verhaltensänderungen ab. Überzeugende zielgruppenspezifische Strategien, bestehende soziale Ungleichheit bezüglich der Gesundheitschancen in der Bevölkerung zu reduzieren, fehlten, auch wenn der Richtwert für die „setting“-bezogenen Maßnahmen um einen Euro auf zwei Euro erhöht wurde. Dazu werden Anreize und Impulse in dezentralen Strukturen benötigt, mit denen die Aktivitäten aller Sozialversicherungsträger, der Länder, der Kommunen und des Bundes koordiniert werden können. Dafür reichen die Ergänzungen der §§ 20 bis 26 SGB V, die die Konkretisierung von Leistungen der Primärprävention bei bestimmten Krankheitsbildern, die Ausweitung der bestehenden Vorsorgeuntersuchungen auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen auf das zehnte Lebensjahr und die Einführung einer „ärztlichen Präventionsempfehlung“ sowie einer

betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung nicht aus – so viel aus dem Bundesrat.

Die Prävention in einer Gesellschaft des langen Lebens muss nachhaltig ausgerichtet sein und die Angebote müssen vor allem von den Menschen, die es betrifft, akzeptiert und tatsächlich genutzt werden. Zudem kommt bei der Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Versorgungsforschung eine wesentliche Bedeutung zu. Beispiele sind hier die Schwangerschaftsvorsorge oder die Maßnahmen zur HIV-Vorbeugung. Gerade bei jungen Patienten gibt es eine Vielzahl neuer Krankheitsbilder wie Adipositas, funktionale Entwicklungsstörungen oder Mediensucht, die durch präventive Maßnahmen beeinflusst werden können. Lärmschutz, Luftreinhaltung, Umweltschutz aber auch Städte- und Verkehrsplanung sind Aufgaben, die im Sinne der Verhältnisprävention gelebt werden müssen.

Bereits zu Beginn der neuen Legislaturperiode muss zielorientiert ein eigenständiges Präventionsgesetz mit einem notwendigen Perspektivenwechsel hin zu einer sozial engagierten und verbindlichen gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik geschaffen werden. Hierbei müssen Aspekte der Verhältnis- und Verhaltensprävention berücksichtigt sein. Wir Ärztinnen und Ärzte übernehmen gerne insbesondere im Bereich der Verhaltensprävention – in den verschiedenen „settings“, wie Kindertagesstätten, Schule, Arbeitsplatz und auch Pflegeheim – eine Schlüsselrolle; ja wir sehen uns in der Pflicht, die Rolle des „Präventionslotsen“ zu übernehmen. Das „setting“ Arztpraxis oder Krankenhaus sollte hierbei Dreh- und Angelpunkt werden.

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK