

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) – Gesetzentwurf der Bundesregierung

I Grundsätzliche Aspekte

Vom Grundsatz her begrüßt der Fachverband Sucht e.V. (FVS) die Absicht der Bundesregierung durch ein Präventionsgesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung beizutragen. Vor dem Hintergrund

- der mit der demografischen Entwicklung verbundenen Alterung der Bevölkerung,
- dem Wandel des Krankheitsspektrums – hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen,
- dem Zuwachs psychischer Erkrankungen,
- der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen,
- der Notwendigkeit des Erhalts der Erwerbsfähigkeit und der Förderung der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen und nicht zuletzt
- aufgrund gesundheitsökonomischer Aspekte

ist eine stärkere gesetzliche Verankerung und Hervorhebung des Stellenwerts von Prävention und Gesundheitsförderung aus unserer Sicht dringend notwendig.

Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Wir stimmen mit dem Entwurf der Bundesregierung dahingehend überein, dass es sich bei der Prävention und Gesundheitsförderung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, welche eine verbesserte Kooperation und Koordination der Akteure erfordert. Im Bereich der Alkohol- und Tabakprävention hat sich der Einbezug vielfältiger Akteure im Rahmen eines Policy Mix, bestehend aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bewährt, der dann auch zu nachhaltigen Effekten (z.B. Reduktion der Raucherquoten) führt. Von daher ist es wichtig, institutions- und organisationsübergreifende Zielsetzungen und Gesamtstrategien zu entwickeln, welche zum einen das gemeinsame Handeln stärken, zum anderen aber auch spezifische Maßnahmen beinhalten, welche im jeweiligen Verantwortungsbereich der Politik, der zuständigen Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene liegen.

Der Gesetzesentwurf beschränkt sich vorrangig auf Leistungen, welche in Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Im Sinne einer Gesamtstrategie sollten auch Regelungen für andere Leistungsträger wie Renten-, Unfallversicherung aber auch Länder und Kommunen getroffen werden.

Um die Gesundheitspotenziale als Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität in einer älter werdenden Gesellschaft zu erschließen, sind zudem ressortübergreifende Ansätze erforderlich. Gesundheitsförderung ist von daher als verbindendes Handlungsprinzip über alle Politikbereiche hinweg zu sehen und stellt somit eine Querschnittsaufgabe für das politische Handeln dar.

Wesentliche Faktoren, welche die Gesundheit maßgeblich beeinflussen, liegen zudem außerhalb des medizinischen Versorgungssystems, beispielsweise kann das Teilgebiet der Suchtprävention nicht losgelöst von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Junge - wie auch ältere – Menschen benötigen für ihre Entwicklung alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Anreize und Teilhabechancen, Anerkennung, Erfolgserlebnisse, berufliche Perspektiven, soziale Einbindung sowie entsprechende Freiräume zur Lebensgestaltung. Wir begrüßen von daher, dass die Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere auch zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen beitragen sollen (s. § 20 (1)) und neben Leistungen der individuellen Verhaltensprävention (s. § 20 (4) 1.) auch Interventionen in Lebenswelten (s. § 20 (4) 2.) und dem betrieblichen Bereich (s. § 20 (4) 3.) vorgesehen sind.

Erfordernis integrierter Präventionsansätze

Darüber hinaus halten wir es für wichtig, dass integrierte Präventionsansätze entwickelt werden, welche frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sind, kontinuierlich erfolgen und damit das Prinzip der Nachhaltigkeit berücksichtigen. Lebensweltbezug, Geschlechts- und Zielgruppenspezifität sind weitere Merkmale integrierter Präventionsansätze. Zu unterscheiden sind hierbei grundsätzlich drei Ebenen integrierter Präventionsstrategien:

- universelle Prävention, welche sich mit entsprechenden Botschaften und Interventionen an die Normalbevölkerung wendet,
- selektive Prävention, welche sich auf Zielgruppen oder Individuen konzentriert, deren unmittelbares oder späteres Risiko für bestimmte Erkrankungen überdurchschnittlich ist,
- indizierte Prävention, welche sich an Individuen bzw. Zielgruppen mit hohem Risiko und minimalen, aber erkennbaren Kennzeichen oder Symptomen (noch ohne Diagnose) richtet.

Beispielsweise wenden sich im Bereich der schulischen Suchtprävention universelle Ansätze als Aufklärung/Information oder Trainingsprogramm an alle Schüler/innen, die selektive Prävention an Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für den späteren Gebrauch von Suchtmitteln (z.B. hohe Stressanfälligkeit, suchtkranke Eltern), indizierte Prävention wendet sich an Schüler/innen mit bereits vorhandenem riskanten oder schädlichen Konsum. Eine enge Verzahnung entsprechender allgemeiner und zielgruppenspezifischer Angebote und Interventionen, welche inhaltlich aufeinander bezogen und abgestimmt sind, sollten durch settingspezifische Gesamtstrategien der Suchtprävention gewährleistet werden. Diese Anforderung lässt sich auch auf andere gesundheitsbezogene Handlungsfelder übertragen.

Stärkung der Früherkennung und -intervention

Von daher halten wir es auch für richtig, primär- und sekundärpräventive Inhalte sowie Früherkennung und Frühintervention im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (s. § 25) miteinander zu verbinden. Auf diesem Wege können Personen mit entsprechenden gesundheitlichen Risiken gezielt angesprochen und motiviert werden, präventive Leistungen, wie auch Beratungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen (s. S. 50 ff. des Gesetzesentwurfs).

Wir teilen zudem die Auffassung, dass bei den ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen, welche bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung vorliegen können (z.B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress), grundsätzlich Berücksichtigung finden sollten. In der S3-Leitlinie „Alkohol“ wird beispielsweise der Audit bzw. Audit-C zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sowie in der S3-Leitlinie „Tabak“ der Fagerström-Test für Zigarettenabhängigkeit zum Einsatz in der Primärversorgung empfohlen. Von entscheidender Bedeutung ist es, den entsprechenden Einsatz von Screening-Instrumenten zur Früherkennung mit zielgruppenspezifischen Beratungsgesprächen und Interventionen des Arztes zu verbinden. Beispielsweise zielen bei riskantem Alkoholkonsum die Intervention des Arztes auf eine Konsumreduktion, bei Alkoholabhängigkeit ist vorrangige Zielsetzung, die Motivation zur Abstinenz und zur Inanspruchnahme passgenauer Suchtberatungs- und Behandlungsangebote zu fördern (s. Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen – Drogen- und Suchtrat am 07.12.2011). Die Dauer und Anzahl der Beratungsleistungen im Kontext der Gesundheitsuntersuchungen müssen sich am jeweiligen Bedarf orientieren. Der G-BA ist laut Gesetzesentwurf der Bundesregierung zudem gefordert, zukünftig die bestehenden Gesundheitsuntersuchungen so umzustrukturieren, dass diese - nicht nur bezogen auf Kinder und Jugendliche -

- körperliche, seelische und soziale Aspekte und den Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen und Risiken umfassen,
- frühzeitige Interventionen bei entsprechendem Bedarf unterstützen und
- Risikofaktoren-übergreifend (z.B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress) ausgerichtet sind.

Diese umfassende Ausrichtung wird vom FVS nachdrücklich unterstützt.

Breiter Konsens der Akteure über Gesundheitsziele

Hinsichtlich der Entwicklung und Festlegung von verbindlichen Gesundheitszielen sollte möglichst ein breiter Konsens der Akteure hergestellt werden. Hierbei sind nicht nur Sozialversicherungsträger und politisch verantwortliche Akteure auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene, sondern auch zivilgesellschaftliche Organisationen einzubeziehen.

Wir begrüßen es, dass im Gesetzesentwurf Regelungen zur verbindlichen Umsetzung nationaler Gesundheitsziele durch bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen geschaffen werden sol-

len. Diese sollen nicht nur zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch der Sicherung einer an gemeinsamen Zielen orientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten dienen.

Grundsätzlich halten wir zudem, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere auch im Bereich der Krankenkassen – für notwendig.

II Spezifische Aspekte

Im Weiteren wird zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs Stellung genommen.

§ Artikel 1 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzgebung“

1. nach Satz 1

Änderungsvorschlag:

„Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten *sowie die Prävention in Lebenswelten.*“

Begründung:

Im Gesetzesentwurf wird auf die Eigenverantwortung des Versicherten und der Versicherten für ihre Gesundheit ebenso hingewiesen wie auf die Bedeutung der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes. Beide Aspekte sollten an dieser zentralen Stelle entsprechend hervorgehoben werden.

§ 20 (2)

Einschätzung:

Begrüßt wird, dass bei der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für entsprechende Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Spitzenverband Bund der Krankenkassen interdisziplinären Sachverstand, d.h. insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftliche Experten, einzubeziehen hat.

§ 20 (3)

Änderungsvorschlag:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen *auch die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ unter Beteiligung aller relevanten Gruppen vereinbarten* Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. *Bei der Festlegung von Zielen und Teilzielen* werden *zudem* die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und -teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz S5304) *festgelegt sind, beachtet. Zudem werden auch* die Ziele und Teilziele beachtet, die ...“

Begründung:

Eine Beschränkung im Gesetzesentwurf auf bereits ausgearbeitete Gesundheitsziele halten wir an dieser Stelle für problematisch, hier sollte eine Formulierung gefunden werden, welche mehr Flexibilität ermöglicht. Beispielsweise soll als neues Gesundheitsziel von „gesundheitsziele.de“ das Thema „Alkoholkonsum reduzieren“ behandelt werden. Dieses sollte im Rahmen der zukünftigen Umsetzung des § 20 (2) ebenfalls Berücksichtigung finden.

§ 20 (5)

Änderungsvorschlag:

„Die Krankenkasse kann *in der Regel* eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2, von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.“

Begründung:

Bei den entsprechend in § 20 (4) aufgeführten Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben kann es sich um recht unterschiedliche Angebote handeln. Je nach Bedarf könnten z.B. Einzelgespräche oder spezifische Interventionen in Lebenswelten erforderlich sein, für die es (noch) keine Zertifizierung gibt. Von daher wäre eine Ausnahmeregelung an dieser Stelle hilfreich, um eine entsprechende Flexibilität hinsichtlich der Leistungserbringung zu ermöglichen.

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

§ 20a (1) Satz 3

Ergänzungsvorschlag:

„Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur *nachhaltigen* Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstütze deren Umsetzung.“

Begründung:

Prävention und Gesundheitsförderung sind dann besonders erfolgreich, wenn sie Menschen in ihren Lebenswelten ansprechen, verbindliche Kooperationen vor Ort entwickelt werden und eine langfristige Planungssicherheit besteht, die für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen notwendig ist.

§ 20a (3)

Einschätzung:

Unterstützt wird das Anliegen des Gesetzesentwurfs, kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zu initiieren und hierfür einen Rahmen für die Koordination und Kooperation zu schaffen. Wir halten es in diesem Zusammenhang für wichtig, dass die Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen über entsprechende Projekte unterstützt wird und die Voraussetzungen verbessert werden, auf sog. vulnerable Gruppen eingehen zu können. In diesem Zusammenhang wollen wir beispielhaft auf Kinder von suchtkranken oder psychisch kranken Menschen sowie Ältere, unter sozialer Isolation leidende Menschen, hinweisen.

§ 20b, Absatz 1

Einschätzung:

Es wird vom FVS unterstützt, Betriebsärztinnen und -ärzte verbindlich bei der Beratung der Verantwortlichen im Betrieb einzubinden.

§ 20b, Absätze 3 und 4 (neu)

Einschätzung:

Begrüßt wird, dass die Krankenkassen Unternehmen und Betrieben in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten sollen. Hierbei kann auf bestehende Strukturen (z.B. Gemeinsame Servicestellen nach SGB IX) zurückgegriffen werden. Gerade für Kleinst-, Klein- und mittlere Betriebe ist die Zurverfügungstellung eines regionalen Beratungssystems durch die Leistungsträger vor Ort von zentraler Bedeutung. Für erforderlich halten wir im Sinne eines integrierten Ansatzes, dass die Beratungstätigkeit sich hierbei nicht nur auf den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung beschränkt, sondern auch die Inanspruchnahme spezifischer Beratungsdienste (z.B. regionale Suchtberatungsstellen) bei entsprechendem Bedarf sowie die Einleitung der Inanspruchnahme entsprechender Rehabilitationsleistungen, bei bereits eingetretener Chronifizierung von Erkrankungen, umfasst.

Die Regelung hinsichtlich der Verteilung nicht verausgabter Mittel für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung halten wir für sinnvoll.

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

§ 20d (1)

Einschätzung:

Eine Abstimmung der Krankenkassen mit den weiteren Sozialversicherungsträgern, welche spezifische Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung - auch bezogen auf präventive Ziele - verfolgen, halten wir ebenfalls für notwendig. In diesem Zusammenhang halten wir es für wichtig, darauf hinzuweisen, dass zwar die Leistungs- und die Finanzierungsverantwortung bei den jeweiligen Trägern liegt, jedoch auch besonderer Wert auf multimodal angelegte, gemeinsame Präventionsstrategien gelegt werden sollte. Beispielsweise sollten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung oder bei der Verfolgung nationaler Gesundheitsziele wie „Tabakkonsum reduzieren“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ aufeinander abgestimmte Interventionen miteinander vereinbart werden. Hierbei sollten – sofern es um die Umsetzung gemeinsamer Zielsetzungen der Leistungsträger geht – ggf. auch Mischfinanzierungsmodelle, beispielsweise im Rahmen von Modellvorhaben (s. § 20g), realisiert werden können.

§ 20d (2)

Einschätzung:

Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zu den Inhalten und zur erforderlichen Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Zusammenarbeit mit den in den Lebenswelten zuständigen Trägern und Stellen halten wir für ein wichtiges Element einer nationalen Präventionsstrategie. Zudem begrüßen wir auch, die Rahmenempfehlungen durch entsprechende Landesrahmenvereinbarungen zu operationalisieren. Für bedeutsam halten wir,

dass diese Rahmenempfehlungen im Benehmen mit den zuständigen Bundesministerien vereinbart werden und eine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit, der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie der Träger der öffentlichen Jugendhilfe erfolgt. Denn hinsichtlich der Wirksamkeit einer nationalen Präventionsstrategie wird es entscheidend sein, in den entsprechenden Settings und Lebensfeldern die jeweiligen Zielgruppen erreichen zu können. Dies betrifft beispielsweise Langzeitarbeitslose, welche z.T. erhebliche gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen. Grundsätzlich ist eine sektorenübergreifende Vernetzung und Verzahnung der gesundheitlichen Präventionsansätze, z.B. auch mit der Jugendhilfe sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen, sinnvoll. Dies gilt insbesondere auch für suchtpreventiv orientierte Ansätze und Handlungsstrategien.

Die Erstellung eines Präventionsberichts, der einen Überblick über die Ausgaben und Leistungen der Träger gibt, halten wir für wichtig. Allerdings halten wir einen Zyklus von zwei Jahren für die Erstellung eines Präventionsberichts für einen durchaus angemessenen Zeitraum.

§ 20e Nationale Präventionskonferenz

§ 20e (1)

Ergänzungsvorschlag Satz 6:

„Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer *sowie das Präventionsforum* jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen.“

Begründung:

Eine Unterstützung der Nationalen Präventionskonferenz sollte auch durch die fachliche Expertise der im Präventionsforum vertretenen Einrichtungen mit beratender Stimme gewährleistet sein.

Grundsätzlich halten wir die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz für bedeutsam und begrüßen die vorgesehene Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung auf freiwilliger Basis.

§ 20e (2)

Ergänzungsvorschlag:

„Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet *und entsprechende Untergliederungen bildet*. (...)“

Begründung:

Damit eine effektive Arbeitsweise des Präventionsforums gewährleistet ist, ist es erforderlich, dass das einmal jährlich tagende Präventionsforum sich auf entsprechende Vorarbeiten stützen kann. Diese sind durch weitere Untergliederungen (z.B. fachlich orientierte Arbeitsgruppen) zu leisten. Wir begrüßen, dass das Präventionsforum bei der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. angesiedelt sein soll und dieses maßgebliche Organisationen und Verbände sowie stimmberechtigte und beratende Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz zusammenführen soll.

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

Einschätzung:

Als sinnvoll erachten wir, wenn auf Landesebene entsprechende Konkretisierungen der gemeinsamen Rahmenvereinbarungen erfolgen und hierbei auch die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Einrichtungen und Organisationen einbezogen werden.

§ 20g Modellvorhaben

Einschätzung:

Wir halten es für ausgesprochen wichtig, entsprechende Kooperationsmodelle zur Prävention und Gesundheitsförderung mit den zuständigen Stellen in den Regionen zu entwickeln und hierbei auch die Fachverbände und Selbsthilfeorganisationen entsprechend einzubeziehen. Als Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung halten wir es beispielsweise für wichtig, auch das Thema „Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben“ zu berücksichtigen. Hierzu hat der FVS bereits einen Leitfaden für Führungskräfte publiziert und eine Kooperationstagung durchgeführt. Entsprechende Initiativen sollten nun im Rahmen von Modellprojekten weitergetragen werden. Zudem sollten auch entsprechende Präventionsprojekte und Modellvorhaben für „Kinder von suchtkranken Menschen“ oder zur „Prävention des pathologischen PC-/Internetgebrauchs“ initiiert werden.

§ 25 Absatz 1 (1) Satz 3

Änderungsvorschlag:

„... Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur Verhaltensprävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen.“

Begründung:

Aufgrund der Vielzahl entsprechender Risikofaktoren und möglicher Präventionsempfehlungen halten wir eine spezifische Hervorhebung der bewegungsorientierten Angebote an dieser Stelle für nicht hilfreich.

Einschätzung zu Gesundheitsuntersuchungen:

Grundsätzlich halten wir es für erforderlich, dass bei den Gesundheitsuntersuchungen entsprechende Risikofaktoren und Belastungen, wie die im Begründungsteil beispielhaft genannten Faktoren, Berücksichtigung finden. Hierzu gehören Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress. Im Rahmen der S3-Leitlinien Alkohol und Tabak, welche kurz vor der Veröffentlichung stehen, wird der Einsatz entsprechender Screeningverfahren (Audit für alkoholbezogene Störungen, Fagerström-Test für Rauchen) zum Einsatz im akutmedizinischen Bereich (z.B. Hausarztpraxen) empfohlen.

Wir halten es für sinnvoll, risikofaktorenübergreifende Früherkennungsinstrumente zu entwickeln, welche vom G-BA für spezifische Altersgruppen zum Einsatz empfohlen werden.

Für bedeutsam halten wir es auch, primär- und sekundärpräventive Inhalte bei Gesundheitsuntersuchungen entsprechend zu berücksichtigen und diese mit entsprechenden Frühinterventionen und Beratungsleistungen zu verknüpfen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen sollten bei den Gesundheitsuntersuchungen psychosoziale Aspekte eine besondere Berücksichtigung erfahren.

Auch sollten gezielt Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen (z.B. Personen mit substanzbezogenen Störungen) angesprochen und motiviert werden, präventive Leistungen sowie weiterführende Beratungs- und Rehabilitationsleistungen – entsprechend dem jeweiligen Bedarf – in Anspruch zu nehmen.

Für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter halten wir die Entwicklung und Bereitstellung von Eltern-Kind-Unterstützungsangeboten für wichtig, um die Förderung der Gesundheit und die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlicher nachhaltig zu unterstützen. Angebote zur Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz können hierzu einen Beitrag leisten. Der G-BA wäre – gemäß dem Referentenentwurf – gefordert, entsprechende Richtlinien über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten festzulegen, welche auch entsprechenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (z.B. kognitiver Entwicklungsrückstand, Störung der emotionalen und der sozialen Entwicklung) entgegenwirken.

Die Einführung einer zusätzlichen Gesundheitsuntersuchung während der Pubertät, in der besondere gesundheitliche Belastungen und Risiken auftreten, wird vom FVS unterstützt. Zudem wird die Einführung eines zusätzlichen Check-Up 35+ (Vorsorge- bzw. Gesundheitsuntersuchung für über 35-jährige Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung) zu Aspekten, welche das Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Bewegung, Ernährung, Alkoholkonsum, Stress) betreffen, vom FVS empfohlen.

Bonn, 25.02.2015

Fachverband Sucht e.V.
Walramstr. 3
53175 Bonn
Tel. 0228/261555
sucht@sucht.de
www.sucht.de