

Stellungnahme des DNEbM zum „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“ (30. Januar 2013)

Das DNEbM bedankt sich für die Möglichkeit, den Gesetzesentwurf zu kommentieren und hat versucht, trotz des sehr limitierten Zeitfensters, die zentralen Verbesserungspotentiale und Kritikpunkte aus der Sicht der Evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung zu formulieren.

- 1) Der Fokus der im Gesetzesentwurf behandelten Präventionsmaßnahmen liegt auf medizinischen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, der Bedeutung von „Wissen und Eigenverantwortung“ für das Gesundheitsverhalten und dem Ziel individueller Verhaltensänderung. Nicht berücksichtigt wird das Wissen um die soziale Bedingtheit von Verhalten, die Abhängigkeit der Verhaltensspielräume von Ressourcen und generell der Zusammenhang von Gesundheit mit Bildung, Einkommen und Beruf. Die Fachdiskussion um Prävention und Gesundheitsförderung befasst sich international und national mit den sozialen Determinanten von Gesundheit und der sozialen Ungleichheit der Gesundheit (Marmot et al. 2008). Im Gesetzesentwurf spiegelt sich dieser Diskussionsstand nicht. Die allgemein anerkannten Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung bleiben unberücksichtigt. Verhältnisprävention bleibt unberücksichtigt. Gesundheit ist jedoch wesentlich von den sozialen Verhältnissen, vor allem von Bildungsstand, Einkommen und beruflicher Stellung, abhängig. Aus diesem Grund wird die unter Punkt C. Alternativen geäußerte Einschätzung „Keine“ Alternativen, nicht geteilt.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin fordert ausdrücklich sowohl medizinische als auch verhältnispräventive Maßnahmen gleichwertig bzw. vergleichend auf ihr Potenzial, Gesundheit zu fördern und zu erhalten wissenschaftlich zu prüfen und gegebenenfalls in der Gesundheitspräventionsförderung zu berücksichtigen.

- 2) Die Zielgruppen von Primärpräventionsmaßnahmen sind gesunde bzw. beschwerdefreie Menschen. Bei präventiven medizinischen Untersuchungen handelt

es sich um Screeninginterventionen.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen haben möglicherweise für einzelne Menschen einen Nutzen, die meisten Menschen haben keine Vorteile, ein bedeutender Anteil erleidet jedoch auch Schaden (Muir Gray 1997). Das Nutzen-Schaden-Kosten-Verhältnis muss daher für jede einzelne Maßnahme wissenschaftlich geprüft werden. Nur wissenschaftlich gesicherte Interventionen mit einem eindeutigen Überwiegen des Nutzens für die Bevölkerung sollten angeboten werden.

Dies gilt sowohl für individualmedizinische Maßnahmen als auch für die nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen Interventionen zur Prävention in Lebenswelten wie z. B. Schulen, Betrieben oder Altenheimen.

Auch die *geplanten Wettbewerbsmaßnahmen*, z. B. *Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten*, müssen einer wissenschaftlichen Überprüfung im Hinblick auf das Nutzen-Schaden-Kosten Verhältnis zur Förderung bzw. zum Erhalt von Gesundheit vor Implementierung unterzogen werden.

Die Bedeutung der Bewertung des Nutzens und Schadens von präventiven Maßnahmen durch unabhängige wissenschaftliche Institutionen wird im Gesetzentwurf nicht explizit ausgeführt/unzureichend berücksichtigt.

Die WHO hat bereits 1968 Kriterien für die Implementierung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen im Sinne präventiver Maßnahmen definiert, die vor einiger Zeit aktualisiert wurden (Andermann 2008).

Verschiedene Vorsorge-/Früherkennungs- bzw. Präventionsmaßnahmen, die derzeit in Deutschland praktiziert bzw. propagiert werden, erfüllen nicht die Kriterien der WHO oder anderer internationaler medizinisch wissenschaftlicher Standards an Screeningprogramme. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verschiedener Präventionsmaßnahmen sind nicht belegt, ein Überwiegen des Schadens wahrscheinlich oder sogar gesichert. Das gilt für alle explizit im Gesetzesentwurf adressierten Zielgruppen (Kinder, Schüler, Ältere), die unterschiedlichen medizinischen Präventionsbereiche, sowie für die unterschiedlichen Lebenswelten.

Die im § 25 b) Absatz (3) gelisteten Kriterien sind unvollständig und unzureichend. Sie entsprechen nicht den aktuellen WHO Kriterien.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin fordert eine wissenschaftliche Überprüfung der, soweit bisher nicht erfolgt, bereits praktizierten und der vorgesehenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen einschließlich der Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen.

- 3) Neben dem Nachweis des Nutzens in aussagekräftigen (randomisiert-)kontrollierten Studien und eines qualitätsgesicherten Programms zur Implementierung und Langzeitbegleitung müssen insbesondere wissenschaftsbasierte Informationen für die Zielgruppen verfügbar gemacht werden (z. B. Andermann 2008). Den Zielgruppen müssen informierte Entscheidungen ermöglicht werden. Dies ist insbesondere auch unverzichtbar vor den im Begleitpapier *Begründung* unter dem Kapitel *Zielsetzung und Handlungsbedarf* genannten Voraussetzungen zur Verbesserung bzw. Erhalt von Gesundheit durch Prävention, nämlich „Wissen“ und „Befähigung“ des Einzelnen/der Einzelnen zu entwickeln und zu stärken. „Befähigung“ bedeutet mehr als z. B. Ernährungswissen. Diese Ziele werden jedoch im Gesetzentwurf nicht mehr weiter aufgegriffen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu Gesundheitsbildung im Sinne von „science literacy“, „risk literacy“ oder „critical health literacy“ müssten berücksichtigt werden. Die Umsetzung des Gesetzentwurfs wird so den eigenen Zielsetzungen nicht gerecht werden können.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin fordert die explizite Zielsetzung von informierten Entscheidungen und die dafür nötige Bereitstellung evidenzbasierter Patienten-/Verbraucherinformationen und Entscheidungshilfen.

- 4) In Bezug auf die Kriterien der WHO zur Implementierung von Screeningmaßnahmen (Andermann 2008) ist zudem kritisch anzumerken, dass sich der Gesetzentwurf nicht zu den wesentlichen Voraussetzungen und den unverzichtbaren Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung von Präventionsmaßnahmen äußert. Präventionsmaßnahmen erfordern eine wissenschaftliche Fundierung und Begleitung im Sinne der Qualitätssicherung und Ergebnisevaluation. Hierzu sind prospektiv angelegte Studien unverzichtbar. Eine **unabhängige wissenschaftliche** Begleitung ist im Gesetzentwurf jedoch nicht ausdrücklich erwähnt. Eine angemessene ausreichende finanzielle Ausgestaltung für die wissenschaftliche Forschung zur Implementierung ist offenbar nicht vorgesehen.

Im Gesetzentwurf findet sich hierzu unter E.3 *Erfüllungsaufwand der Verwaltung* lediglich folgender Hinweis: Der „Erfüllungsaufwand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Festsetzung der Kriterien nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und 2 (Qualität, wissenschaftlicher Evaluation, Zielerreichung und Zertifizierung) erhöht sich allenfalls geringfügig.“

5) Die geplante Pauschalvergütung der BZgA – nach Schätzungen werden dies jährlich mehrstellige Millionenbeträge sein – ohne explizit vorgesehene wissenschaftliche Fundierung und wissenschaftsgeleitete Implementierung der Programme ist nach dem aktuellen Standard der medizinischen Wissenschaft und somit des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin nicht vertretbar.

6) Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die Verankerung der Steuerung der Präventionsmaßnahmen im Sinne einer „Ständigen Präventionskonferenz“ im Gesundheitsministerium in Frage zu stellen. Die Entscheidungsmacht über die Implementierung der Programme liegt nach dem Gesetzentwurf bei politischen und bisher primär nicht wissenschaftlich ausgerichteten Institutionen wie der BZgA. Die fehlende Verankerung unabhängiger wissenschaftlicher Institutionen in das Präventionsprojekt ist aus Sicht des DNEbM nicht vertretbar.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin tritt mit Nachdruck für eine systematische wissenschaftliche Fundierung und Begleitung der Implementierung von Präventionsmaßnahmen ein.

Referenz

Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déryc V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86 (4): 317-319.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008; 372 (9650): 1661-1669.

Muir-Gray JA. *Evidence-based healthcare*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1997.