

Stellungnahme

des Dachverbandes Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Der Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland begrüßt ausdrücklich den Entwurf eines Präventionsgesetzes. Er schlägt ergänzende Regelungen vor, die

- die Prävention und Gesundheitsförderung stärker auf die individuelle Lebenslage der Bürger und Versicherten in Gesundheit und Krankheit hin orientieren und ihre Wahlfreiheit gewährleisten
- die besonderen Therapierichtungen, die der Gesetzgeber im SGB V ausdrücklich verankert hat und deren Stärke gerade auch in ihrer präventiven Ausrichtung liegt, auch im Präventionsgesetz und im Präventionsstiftungsgesetz sachgerecht berücksichtigen
- auf kommunaler Ebene bzw. regionaler Ebene ein zusätzliches Gremium schaffen, das die Maßnahmen zur Prävention „vor Ort“ koordiniert und gestaltet. Das bürgerschaftliche Engagement kann dadurch gestärkt und es können auch Zielgruppen erreicht werden, zu denen die anderen Präventionsträger nur schwer Zugang finden.

Zur stärkeren Berücksichtigung der individuellen Lebenslagen und der Wahlfreiheit schlagen wir Ergänzungen der §§ 1 (Zweck) und 6 (Verantwortung) vor.

Die Berücksichtigung der besonderen Therapierichtungen soll durch Ergänzungen der §§ 3 (Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention), 11 (Ziele und Teilziele), 20 (Wirksamkeit und Qualitätssicherung), 21 (Modellvorhaben) und § 7 Präventionsstiftungsgesetz (Kuratorium) gewährleistet werden.

Das zusätzliche Gremium (kommunaler oder regionaler Präventionsrat) wird durch Ergänzungen zu den §§ 7 (Soziale Präventionsträger) konstituiert und durch einen neuen § 17 a und Ergänzungen zu den §§ 12 (Präventionsprogramme), 18 (Organisation) und 24 (Verwendung nicht abgerufener Mittel) in die Regelungen des Gesetzes eingebunden.

In der Anlage überreichen wir

1. eine kritische Bewertung des Gesetzentwurfs
2. unsere Ergänzungsvorschläge im Einzelnen mit Begründung.

Anlage 1:

Bewertung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Der Dachverband Anthroposophische Medizin (DAMiD) hat den vorliegenden Gesetzentwurf von drei zentralen Gesichtspunkten aus geprüft:

1. Wird die präventive Ausrichtung einer auf die individuelle Behandlung zielenden Medizin gefördert? Wird die Förderung einer präventiven Medizin in ein produktives Spannungsverhältnis zu den bevölkerungsbezogenen Maßnahmen des Präventionsgesetzes gebracht, die dem Abbau ungleicher Gesundheitschancen dienen sollen?
2. Wird die Vielfalt unterschiedlicher Ansätze in der Medizin auch im Bereich der Prävention gefördert? Wird auch innerhalb der öffentlichen Gesundheitsförderung (Public Health) Methodenvielfalt zugelassen?
3. Werden Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements gestärkt bzw. unterstützt? Werden somit insbesondere auf der kommunalen Ebene innovative Projekte ermöglicht?

In seiner Analyse kommt der DAMiD zu folgendem Ergebnis:

1. Zur Frage der Förderung einer präventiven Ausrichtung der Medizin

§ 4 konstatiert in Form einer Generalklausel den Vorrang der gesundheitlichen Prävention vor Leistungen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit.

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen werden in § 3 Abs. 4 definitorisch der tertiären Prävention zugeordnet. Das Präventionsgesetz selbst schafft keine neuen Anspruchsgrundlagen, die über die Leistungen, die im SGB V definiert sind, hinausgehen.

§ 11 Abs. 8 verpflichtet die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinzuwirken, dass die Empfehlungen, die die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu den Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung abgibt, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden.

Im SGB V werden mit den §§ 20 sowie 20 a – d die Leistungsvoraussetzungen für die Krankenkassenleistungen geschaffen. Grundsätzlich ist damit auch die Förderung einer stärker präventiv ausgerichteten Medizin i. S. der Primärprävention sowohl über die Verhaltensprävention wie über die Prävention in Lebenswelten möglich. Die Tertiärprävention bei bereits erkrankten Versicherten, die wie erwähnt eher das Feld der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen darstellt, wird in § 23 lediglich redaktionell i. S. einer geänderten Überschrift der bisherigen medizinischen „Vorsorgeleistungen“ erwähnt.

Bewertung:

Durch das Präventionsgesetz wird ein eher bevölkerungsbezogener Ansatz neben das sonstige Leistungssystem der GKV gestellt. Eine Stärkung von präventiven Ansätzen in der auf das Individuum bezogenen medizinischen Behandlung selber ist damit nicht beabsichtigt. Dafür wäre eine Veränderung der Anreizstruktur bei der Leistungserbringung erforderlich, die dann einen echten Vorrang von präventiven Maßnahmen gegenüber medizinischer Behandlung nach Eintreten einer Erkrankung bzw. Verschlimmerung der Symptomatik ermöglichen würde. (Beispiel: Ein Pflegedienst, der in der Risikogruppe immobiler Patienten aufwändige Dekubitus-Prävention betreibt, bekommt dies nicht zusätzlich vergütet. Dagegen werden bei entstandenem Dekubitus auch aufwändige chirurgische Leistungen vergütet. Dies müsste sich bei einer stärkeren Förderung der präventiven Medizin umkehren.)

— Fruchtbar wäre darüber hinaus ein verbindlicher Einbezug der medizinischen Berufe (nicht nur des öffentlichen Gesundheitsdienstes) auf der kommunalen Ebene. Dies könnte auch dazu beitragen, die Erfahrungen der medizinischen Berufe z. B. in der integrierten Versorgung oder bei den Chronikerprogrammen in Präventionsprojekte einfließen zu lassen. Damit könnte eine „Bottom-up-Lernstrategie“ mit den bundesweit durch die Stiftung geplanten und koordinierten „Top-down“-Maßnahmen und Kampagnen verknüpft werden.

2. Wird die Vielfalt der medizinischen Ansätze und der Public Health bezogenen Maßnahmen gefördert?

Unter der Maßgabe des effizienten Mitteleinsatzes wird für die Primärprävention ein Wirksamkeitsnachweis verlangt (§ 20). Kriterien dafür legt der Stiftungsrat der Stiftung Prävention fest (§ 20 Abs. 3). Er soll dabei das Kuratorium der Stiftung mit seinem wissenschaftlichen Sachverstand beteiligen (§ 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Stiftung). Es wird damit vorausgesetzt, dass für Maßnahmen der Verhaltensprävention bereits genügend wissenschaftliche Nachweise vorliegen. Für die wissenschaftliche Forschung und Evaluation stellt das Gesetz insgesamt (mit Ausnahme möglicherweise von Modellprojekten) keine Mittel zur Verfügung.

Bewertung:

Mit dieser zentralen Vorgabe von Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis von Leistungen der Verhaltenprävention besteht die Gefahr, dass ein eingeschränkter Wissenschafts- bzw. Wirksamkeitsbegriff zugrunde gelegt wird. Die Entwicklung solcher Kriterien sollte vielmehr der Wissenschaft insgesamt vorbehalten bleiben und entsprechend gefördert werden.

Für die auf die Lebenswelt bezogene Prävention gelten zwar methodisch geringere Anforderungen. Auch hier werden jedoch die Beurteilungskriterien durch das zentrale Organ des Stiftungsrates festgelegt. Damit gilt hier im Prinzip dieselbe Kritik.

Obwohl wir eine zentrale Vorgabe von Kriterien grundsätzlich für bedenklich halten, haben wir es nicht als unsere Aufgabe angesehen, hierzu einen Alternativvorschlag zu machen. Will man dennoch an einer zentralen Vorgabe festhalten, dann ist dabei mindestens der Wissenschaftspluralismus zu gewährleisten.

3. Werden Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements gestärkt und innovative Projekte auf der kommunalen Ebene unterstützt?

Dazu geeignet sind insbesondere die Maßnahmen zur Prävention in Lebenswelten (§ 17). Solche Leistungen können durch die sozialen Präventionsträger selber, aber auch „unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch frei gemeinnützigen oder privaten Einrichtungen und Diensten ausgeführt werden“ (§ 19 Abs. 3 Nr. 3). Dabei müssen betroffene Versicherte verbindlich beteiligt werden (§ 17 Abs. 4).

Bietet der Gesetzentwurf damit zwar grundsätzlich die Möglichkeit der Förderung von bürgerschaftlichem Engagement, so baut er gleichzeitig hohe Hürden für die konkrete Umsetzung auf:

Ein Antrag kann nur durch den „Träger der Lebenswelt“ selbst gestellt werden, das sind z. B. Kommunen, Arbeitgeber, Träger einer Schule oder sonstigen Bildungseinrichtung, Träger einer Sporteinrichtung (für die Freizeitgestaltung) und Träger einer für das Spielen zuständigen Einrichtung. Letzteres zielt vor allem auf Sportvereine und Kindergärten. Initiativen, die z. B. auf Stadtteil bezogene Maßnahmen zielen, müssen also von der Stadt selbst beantragt werden, deren Beteiligung darüber hinaus auch finanziell erforderlich ist. (§ 17 Abs. 2).

Ein solches Projekt muss auf der Landesebene von einem zu bildenden „gemeinsamen Entscheidungsgremium“ der Präventionsträger, des Landes und der Kommunen genehmigt werden (§ 17 Abs. 1 und 3). Eine Entscheidung für die Mittelvergabe auf kommunaler Ebene ist im Gesetz bisher nicht vorgesehen.

Auch solche Projekte werden strikt in die von der Stiftung Prävention ausgehende zentrale Ziel- und Maßnahmenplanung eingebunden.

Nicht die Leistungen selber werden finanziert, sondern lediglich die Bedarfsermittlung, die Organisation der Gesundheitsförderung. Leistungen können lediglich nach Maßgabe der einzelnen Gesetze des SGB finanziert werden. (§ 17 Abs. 5).

Die Einrichtung bzw. der Dienst muss über ein internes Qualitätsmanagementsystem verfügen (§ 20 Abs. 2).

Bewertung:

Das Gesetz baut zu hohe Hürden für bürgerschaftliches Engagement auf, das aber insbesondere für die Prävention in Lebenswelten besonders geeignet ist, wenn dort „Betroffene zu Beteiligten“ gemacht werden sollen. Dies erschwert innovative Projekte, bei denen die Initiative vor Ort entsteht. Diese Hürden müssen in dem Sinne gesenkt werden, dass entsprechende Entscheidungsgremien zur Mittelvergabe auch auf kommunaler bzw. regionaler Ebene entstehen.

Anlage 2:

Änderungsvorschläge zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Artikel 1 Präventionsgesetz (PrävG)

1. § 1 Zweck des Gesetzes

Satz 1, Zusatz: „Zweck dieses Gesetzes ist es, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit ... altersgerecht bzw. situationsgerecht zu erhalten und zu stärken.“

Begründung: Die Stärkung der gesundheitlichen Prävention sollte nicht nur bevölkerungsbezogen erfolgen, sondern (auch mit Rücksicht auf § 5 „Eigenverantwortung“) auch im Hinblick auf den einzelnen Bürger und Patienten und seine individuelle Situation in Gesundheit und Krankheit. Der Begriff „altersgerecht“ greift zu kurz und trifft nur einen Teil der relevanten Lebenslagen. Er sollte daher erweitert werden.

2. § 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

Abs.1, Zusatz: „Der Stand der Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung ist zu berücksichtigen.“

Begründung: Der Gesetzgeber hat an zentraler Stelle des SGB V (§ 2 Abs. 1 Satz 2) die Leistungen der besonderen Therapierichtungen verankert und dies bei der hausärztlichen Versorgung, die für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung ist, noch einmal unterstrichen (§ 73 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Eine entsprechende Berücksichtigung der therapeutischen Vielfalt sollte deshalb auch im Präventionsgesetz erfolgen.

3. § 6 Verantwortung für die gesundheitliche Prävention

a) Abs. 2., 2. Halbsatz, Änderung: „ ..., indem sie eine die individuellen Präferenzen berücksichtigende Versorgung mit Leistungen zur gesundheitlichen Prävention anstreben und auf eine angemessene Teilnahme der Versicherten ... hinwirken.“

Begründung:

- Wenn der mündige Bürger zu verstärkter Prävention veranlasst werden soll, muss er Wahlmöglichkeiten haben, die von seiner individuellen Lebenslage in Gesundheit und Krankheit ausgehen. Aus dem gleichen Grund können die sozialen Präventionsträger auch nicht allgemein auf die Teilnahme der Versicherten an Präventionsmaßnahmen hinwirken, sondern die Teilnahme kann immer nur dem Einzelfall angemessen sein. Auch durch das Wahlrecht der Versicherten wird die therapeutische Vielfalt gefördert.
- Für die Versorgung kranker Menschen kann es einen Sicherstellungsauftrag geben, bei der Prävention kann eine umfassende Versorgung nur angestrebt werden, da der Umfang präventiver Maßnahmen grundsätzlich unbegrenzt ist.

Für ihr Wirksamwerden ist die Aktivität des Einzelnen eine notwendige Voraussetzung. Dies gilt in viel stärkerem Maße für die Prävention als beim kranken Menschen.

b) Abs. 3 Satz 1, Änderung: „§ 7 Nr. 1 bis 4“ sollte ersetzt werden durch: „§ 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 und 6.“

Begründung: Folgeänderung zu § 7, Begründung siehe dort.

4. **§ 7 Soziale Präventionsträger**

Der im Entwurf vorgesehene Text wird Abs. 1. Dieser Absatz sollte wie folgt ergänzt werden:

„6. kommunale und regionale Präventionsräte.“

Folgender Abs. 2 sollte hinzugefügt werden:

„(2) Präventionsräte nach Abs. 1 Nr. 6 können von einzelnen (kommunaler Präventionsrat) oder mehreren benachbarten Kommunen (regionaler Präventionsrat) berufen werden. Die Berufung erfolgt auf Vorschlag der Träger von Lebenswelten, der niedergelassenen Ärzte und anderer an der Versorgung beteiligter Einrichtungen und Vereinigungen in der jeweiligen Kommune bzw. Region. Die Tätigkeit ist ehrenamtlich, eine angemessene Aufwandsentschädigung ist zu gewährleisten. Der Bundesminister für Gesundheit und soziale Sicherung wird ermächtigt, Einzelheiten in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.“

Begründung: Die Möglichkeiten für bürgerschaftliches Engagement auf dem Gebiet der Prävention, insbesondere der Prävention in Lebenswelten, das in der Regel „vor Ort“ entsteht und initiiert werden kann, würden durch die Einrichtung eines Organs auf der kommunalen oder regionalen Ebene erst wirklich ermöglicht. Der kommunale oder regionale Präventionsrat dient der Koordination aller Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und kann auch selbst Maßnahmen ergreifen oder veranlassen (s. Vorschlag Nr. 7 zu § 17 a). Er soll mit sachverständigen und unabhängigen Personen besetzt sein. Durch die Beteiligung von an der medizinischen Versorgung Beteiligten können auch deren Erfahrungen z.B. aus Präventionsmaßnahmen in der integrierten Versorgung oder bei den Chronikerprogrammen in Präventionsprojekte einfließen.

5. **§ 11 Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung**

Abs. 3 Nr. 4, Zusatz: „unter Berücksichtigung der Erkenntnisse in den einzelnen Therapierichtungen.“

Begründung: Durch die Einbeziehung der von ihrem Ansatz her stark präventiv orientierten besonderen Therapierichtungen können die Möglichkeiten der primären

Prävention und Gesundheitsförderung vermutlich erhöht und der erforderliche Aufwand verringert werden.

Abs. 5, Zusatz neuer Satz 3: „Bei den Nr. 8 und 9 ist die Vielfalt der therapeutischen Ansätze zu berücksichtigen.“

Begründung: Die für Abs. 3 Nr.4 vorgeschlagene inhaltliche Berücksichtigung von Erkenntnissen auch der besonderen Therapierichtungen bei der Erarbeitung von Zielen der primären Prävention und Gesundheitsförderung kann durch entsprechende Beteiligungsrechte umgesetzt werden.

6. § 12 Präventionsprogramme

Abs. 1, Zusatz: „Zur Koordinierung nach § 10 Satz 1 Nr. 2 beschließen die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, (gestr.: und) die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und die Landesvertretung der sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 ... Präventionsprogramme...

Begründung: Auch die vorgeschlagenen kommunalen und regionalen Präventionsräte sollen ihre Maßnahmen koordiniert i. S. des § 10 erbringen. Zur Koordination mit den übrigen Präventionsträgern schließen sie sich auf Landesebene zusammen.

Abs. 3 Satz 1, Zusatz: „ ... Festlegungen zu den nach § 17 Abs. 1 bis 6 und § 17a wahrzunehmenden Aufgaben.“

Neuer Satz 3: „Soweit besondere Bedarfslagen durch die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. Nr. 6 beschrieben sind, sind sie in dem Programm angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung: Der Vorschlag schafft die Voraussetzung für die Berücksichtigung der Präventionsmaßnahmen, die von den kommunalen und regionalen Präventionsräten erarbeitet worden sind. Sie können nur in dem Umfang berücksichtigt werden, wie sich solche Räte gebildet haben und entsprechend tätig geworden sind.

7. Nach § 17 sollte ein neuer § 17a Ergänzende Leistungen eingefügt werden:

§ 17 a Ergänzende Leistungen

(1) Die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 sorgen in Abstimmung mit dem gemeinsamen Gremium nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 für Leistungen bei Zielgruppen, die für die anderen Träger bzw. zuständigen Stellen ganz oder teilweise nicht zugänglich sind.

(2) Darüber hinaus können die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 auch generell Leistungen nach den §§ 15 bis 17 veranlassen.

Begründung: Der Vorschlag beschreibt die Aufgaben der vorgeschlagenen Präventionsräte. Auf der kommunalen Ebene wird am ehesten deutlich, welche Zielgruppen von anderen Trägern nicht erreicht werden. Sie können Leistungen anderer Präventionsträger oder Träger von Lebenswelten anregen oder auch selbst veranlassen. Bei Leistungen nach Abs. 1 müssen die Maßnahmen mit den Programmen und Maßnahmen der Landesebene abgestimmt werden.

8. § 18 Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Abs. 1 Satz 1, Zusatz: „ Zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 Abs. 1 schließen die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 2 und 3, (Gestr.: sowie) für die sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 und 4 die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen sowie die Landesvertretung der sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 ... gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

Begründung: Der Vorschlag beschreibt die organisatorische Einbindung der vorgeschlagenen kommunalen und regionalen Präventionsräte. Sie schließen sich auf Landesebene zusammen und sind an den Rahmenvereinbarungen zu beteiligen. Damit wird ihre Landesvertretung auch Mitglied des „gemeinsamen Entscheidungsgremiums“ nach § 18 Abs. 1 Nr. 1.

Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, Zusatz: „5. die Maßnahmen zur Sicherstellung der Anforderungen nach § 17 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz sowie die Sicherstellung einer angemessenen finanziellen Ausstattung der sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 6.“

Begründung: Die Infrastruktur und die Arbeit der vorgeschlagenen kommunalen und regionalen Präventionsräte muss finanziert werden. Die Mittel dafür sollen durch die Rahmenvereinbarung auf Landesebene zwischen der Landesvertretung der Präventionsräte und den übrigen Mitgliedern des gemeinsamen Entscheidungsgremiums zur Verfügung gestellt werden.

9. § 20 Wirksamkeit und Qualitätssicherung

Abs. 3 Der letzte Satz wird wie folgt geändert: „§ 3 Abs. 1 Satz 3 und § 11 Abs. 6 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.“

Begründung: Folgeänderung. Mit dem Vorschlag soll gewährleistet werden, dass die therapeutische Vielfalt auch bei den Maßnahmen und Kriterien der Qualitätssicherung berücksichtigt wird.

10. § 21 (Modellvorhaben) Grundsätze

Abs. 3 Satz 1, Zusatz: „Die sozialen Präventionsträger oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben ... nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen; § 3 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Begründung: Auch bei der Auswertung von Modellvorhaben ist der Begriff der wissenschaftlichen Standards so zu verstehen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse der besonderen Therapierichtungen einzubeziehen sind, insbesondere wenn das Modellvorhaben Maßnahmen und Methoden dieser Therapierichtungen erprobt.

11. § 24 Verwendung nicht abgerufener Mittel

Abs. 1 Satz 1, Zusatz: „ Bei einem sozialen Präventionsträger ... nicht abgerufene ... Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 ... werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für Leistungen nach den §§ 17 und 17a zur Verfügung gestellt.“

Abs. 2 Satz 1, Zusatz: „Bei einem sozialen Präventionsträger ... nicht abgerufene ... Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 ... werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für Leistungen nach den §§ 17 und 17a zur Verfügung gestellt. Im darauf folgenden Jahr werden die Mittel entsprechend für Leistungen nach den §§ 17 und 17a zur Verfügung gestellt.“

— **Begründung:** Nicht abgerufene Mittel sollten auch für die kommunalen oder regionalen Präventionsräte zur Verfügung stehen.

Artikel 2 Präventionsstiftungsgesetz

1. § 7 Kuratorium

Abs.1 Satz 5, Zusatz: „Die Mitglieder sollen in angemessenen Anteilen ...repräsentieren; die Vielfalt der therapeutischen Richtungen ist angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung: Der Gesetzgeber hat an zentraler Stelle des SGB V (§ 2 Abs. 1 Satz 2) die Leistungen der besonderen Therapierichtungen verankert und dies bei der hausärztlichen Versorgung, die für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung ist, noch einmal unterstrichen (§ 73 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Eine entsprechende Berücksichtigung der therapeutischen Vielfalt sollte deshalb auch im Präventionsstiftungsgesetz erfolgen.