

Prävention aktueller denn je

„Nur gemeinsam mit den an Patienten tätigen Ärzten können Programme nachhaltig etabliert werden.“

Prävention ist ein breites Thema. Es reicht von der Gesundheitsförderung und dem Schutz vor Risiken über die Krankheitsfrüherkennung bis zur Vermeidung von Rückfällen und Pflegebedürftigkeit. Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz befasst sich seit fast 40 Jahren aus einem bevölkerungsmedizinischen Blickwinkel mit den verschiedenen Ansätzen der Prävention. In den 70er Jahren führte er als Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter ein. 1990 baute er an der Medizinischen Hochschule Hannover einen der ersten Public Health-Studiengänge in Deutschland auf. Von 1985 bis 2003 beriet er die Bundesregierung in gesundheitspolitischen Fragen. 2006 erhielt er das Bundesverdienstkreuz. Seit seiner Emeritierung 2009 leitet er den Arbeitskreis Prävention des Health Care Bayern e. V. und ist jetzt im Vorstand tätig.



? Sie blicken auf langjährige Erfahrung zurück. Hat sich die gesundheitspolitische Diskussion in puncto Prävention in den letzten 40 Jahren verändert?

Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz: Die

Diskussion hat sich grundlegend verändert. Früher gab es weder eine weitreichende Präventionsidee noch ein breites Bewusstsein über gesundheitsriskante Verhaltensweisen in der Bevölkerung. Wir stützten uns damals auf Konzepte aus den USA zur Sekundärprävention. Es entstanden Screenings für die Krebsfrüherkennung bei Frauen, Früherkennungsprogramme im Kindesalter und Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Unsere Programme wurden von Österreich und der Schweiz adaptiert. Heute sind ganzheitliche Präventionskonzepte gefragt, die auf die Vermeidung von chronischen Krankheiten zielen, Verhaltensänderungen ermöglichen und nachhaltig wirken.

? Was wurde erreicht? Wo sehen Sie weiterhin Handlungsbedarf?

Prof. Schwartz: Gute Erfolge haben wir in der Zahnprophylaxe erzielt. Bis in die 80er Jahren wiesen Kinder in Deutschland einen relativ schlechten Zahnstatus auf. Durch gezielte Vorsorgeangebote von niedergelassenen Zahnärzten in Verbin-

dung mit schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen und Aufklärung ist es gelungen, den Zahnstatus der Kinder so zu verbessern, dass er inzwischen eine Spitzenposition im europäischen Vergleich einnimmt. Ähnlich gute Erfolge sehen wir bei der Unfallprophylaxe im Straßenverkehr. In den 70er Jahren gab es rund 17 000 Unfalltote pro Jahr auf westdeutschen Straßen. Gurtpflicht und ABS-Technologie waren noch nicht Standard, das Sicherheitsbewusstsein der Bevölkerung gering ausgeprägt. Dies änderte sich mit der Aktion im Fernsehen „Der 7. Sinn“. Die Politik reagierte mit Gesetzesauflagen, als das Sicherheitsdenken in der Bevölkerung akzeptiert wurde. Viel erreicht wurde bei der HIV/AIDS-Prävention. Mitte der 80er Jahre setzte sich glücklicherweise die Strategie der Aufklärung in Verbindung mit Selbstkompetenz gefährdeter Personen gegenüber den Forderungen nach Quarantäne durch. Möglich wurde dies durch eine breite Allianz von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und anderen Instanzen auf Bundes- und Landesebene. Die Erfolge hinsichtlich der geänderten Einstellung zum Rauchen sind in erster Linie auf Initiativen auf europäischer Ebene zurückzuführen, die in nationales Recht überführt wurden. Wachsender Handlungsbedarf besteht in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Je dicker die Bevölkerung, desto höher ist die Krankheitslast und umso geringer die Lebenserwartung.

? Die Ausgaben für Gesundheit sind in Deutschland wie in Österreich relativ hoch und die Lebenserwartung steigt, doch verbringen die Menschen über 50 hier mehrere Jahre weniger in guter Gesundheit als in den gesundheitlich besten EU-Ländern. Worauf führen Sie dies zurück?

Prof. Schwartz: Deutschland hat Spitzenwerte bei den technischen „Dichte“-Ziffern, d.h. bei der Zahl der Ärzte, der Fachärzte, der Krankenhausbetten und medizintechnischen Geräte pro 1000 Einwohner. Das reicht aber nicht. Moderne Technik und Ärzte sorgen für eine angemessene Behandlung, beheben aber nicht die Krankheitsursachen. Rund 80% der Krankheiten sind chronisch, d.h. sobald ausgebrochen, nicht völlig heilbar, oft begünstigt durch gesundheitsriskante Verhaltensweisen. Dickleibigkeit ist ein gravierendes Problem in Deutschland. Wir müssen daher unseren Fokus auf die Gesunderhaltung richten. Ärzte haben ein latentes Interesse an Prävention. Bei unserer Umfrage unter Krankenhausärzten vor einigen Jahren sahen 80% der Teilnehmer Potenzial für Präventionsarbeit im Krankenhaus, beispielsweise werden Suchtprobleme bei einem stationären Aufenthalt schneller sichtbar als im ambulanten Bereich. Aber es fehlt an Zeit und Geld. Die Organisation des Krankenhauses ist nicht auf Prävention ausgerichtet. Die Finanzierung über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen steuert nach Krankheitsaufkommen. Die Erlöse der Häuser werden leistungs- und diagnosebezogen erwirtschaftet. Mit Prävention lässt sich derzeit kein Geld verdienen. Die Politik muss andere Anreize setzen, damit sich die Kassen wieder für Prävention engagieren.

? In Österreich hat die Sozialversicherung für Selbstständige ein Präventionsprogramm eingeführt, um die Eigenverantwortung zu stärken. Demnach müssen die Teilnehmer in Absprache mit ihrem Hausarzt ihre Werte in 5 Zielbereichen – Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak, Alkohol – halten bzw. verbessern, um eine finanzielle Entlastung beim Selbstbehalt zu erhalten. Ist ein solches Modell auf Deutschland übertragbar?

Prof. Schwartz: Das Modell greift auf, was wir in der Zahnprophylaxe mit Bonusheften und Vorsorgeuntersuchungen bereits eingeführt haben. Es bezieht Ärzte in

die Präventionsarbeit unmittelbar ein und bietet darüber hinaus professionelle Unterstützung im Bereich der Ernährungsberatung und Bewegung. Diesen Ansatz müssen wir in Deutschland für chronische Krankheiten konsequent ausbauen. Gerade hier, wo die Bevölkerung quer über alle Altersgruppen eine hohe Anzahl von Arztkontakten hat, können Präventionsprogramme nicht gegen oder ohne, sondern nur mit Ärzten wirksam sein.

? Gibt es wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen?

Prof. Schwartz: Es gibt zahlreiche Belege über die Wirksamkeit von kleinteiligen Präventionsprogrammen wie Rückentraining oder Patientenschulungen. Gut gemachte Präventionskonzepte sparen in der Regel Behandlungskosten ein. Die Effekte liegen in Höhe des zwei- bis dreifachen Ausgabenwertes. Bevölkerungsweite Modellrechnungen bestätigen positive Kosteneffekte der Prävention. Allerdings gibt es in Deutschland kaum systematische Präventionsstrategien, die auf die gesamte Bevölkerung bezogen sind wie zum Beispiel bei Impfungen, sodass die wissenschaftliche Evidenz für diese Strategien bei uns noch unzureichend sein muss.

? Wäre ein eigenes Präventionsgesetz hilfreich?

Prof. Schwartz: Um die Prävention zu stärken, sehe ich 3 Handlungsfelder: Erstens sollte in Zusammenarbeit mit Ärzten ein verhaltensorientiertes Präventionsprogramm für chronische Krankheiten aufgebaut werden. Zweitens bedarf es einer zentralen Präventionsstrategie, um die vielen kleinteiligen Präventionsprojekte in den Gemeinden, den Kindertagesstätten und Schulen nachhaltig und effektiv zu gestalten. Drittens sind Veränderungen im Sozialversicherungssystem erforderlich, um die Ansätze der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im betrieblichen Gesundheitsmanagement zusammenzuführen. Letzteres zieht ein Umdenken in der Zusammenarbeit der zuständigen Bundesministerien nach sich. Derzeit ist es eher unüblich, dass 2 Ministerien an dem Thema Gesundheit arbeiten. In England wurde aus diesen Gründen ein Unterkabinetts Gesundheit geschaffen. Das wäre auch hier zu überlegen. Ein eigenes Präventionsgesetz halte ich nicht für erforderlich. Jedoch wächst der Handlungs-



Bild: Fotolia, Fotograf: Andreas Keudel

druck für die Politik, im Bereich der Prävention tätig zu werden.

? Psychische Erkrankungen nehmen zu. Wie lassen sich die Risiken verringern?

Prof. Schwartz: Für die Zunahme psychischer Erkrankungen gibt es 2 plausible Erklärungen. Der kulturelle Ansatz besagt, psychische Störungen gab es schon immer. Sie werden inzwischen gesellschaftlich akzeptiert und treten somit stärker in Erscheinung. Der zweite Ansatz erkennt einen Anstieg der Belastungen im Arbeitsleben, die zur Fehlbeanspruchung der Beschäftigten führen. Hinzu kommen familiäre Belastungen, die durch ein funktionierendes Ganztagserschulungssystem abgefedert werden könnten. Das Problembewusstsein gegenüber den psychischen Belastungsfaktoren ist vorhanden. Doch fehlt eine gemeinsame Handlungsstrategie, die die verschiedenen Politikfelder, Institutionen, Fachgesellschaften und Leistungserbringer einbezieht. Krankenhäuser müssen sich z.B. nicht nur um die Gesundheit ihrer Patienten sorgen, sondern die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter ernst nehmen, um nachhaltig erfolgreich und präventionsorientiert arbeiten zu können.

? Ihr Fazit?

Prof. Schwartz: Prävention ist heute eine notwendige und – wie uns andere Länder zeigen, falls gut gemacht und in eine passende politische Gesamtstrategie eingebettet – eine erfolgreiche Strategie, um mit den Herausforderungen produktiver aber alternder Gesellschaften angemessen umzugehen. Die Politik darf und kann hiervoor nicht die Augen verschließen und muss angemessene und engagierte, systemisch übergreifende Antworten, und zwar auch in finanzieller Hinsicht, finden. Wirtschaftlich lohnt sich dieser Schritt allemal.

Das Interview führte Dr. Adelheid Weißling, Düsseldorf