

Ein Paradoxon schlechthin

Prävention, Früherkennung, Disease Management, betriebliche Gesundheitsförderung – Begriffe, die im gesundheitspolitischen Diskurs auftauchen, aber oftmals unklar bleiben. Steigt man tiefer in das Thema ein, wird deutlich: Es besteht erheblicher Systematisierungs- und damit Forschungsbedarf.

Gesundheitssysteme sind traditionell darauf angelegt, Menschen zu heilen, wenn sie krank oder verunfallt sind. Die heilenden Berufe übernehmen all diese Aufgaben. Sie diagnostizieren und wenden heilende Verfahren an, wie Arzneitherapien, chirurgisch-invasive Therapien, sonstige eingreifende Behandlungen oder psychotherapeutische Verfahren, um Krankheiten zu kurieren oder ihren Verlauf einzudämmen. Im Falle infauster Prognosen wird dieser Therapiekatalog um palliative Prozeduren ergänzt. Pflege begreift sich in diesen Kontexten als adjuvante Unterstützungsleistung. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird dann oft die Frage gestellt, ob durch mehr präventive Medizin die rein kurative Krankheitsversorgung möglicherweise ihre Bedeutung verliert, ob sie vielleicht sogar obsolet werden kann. Bis dahin aber ist es noch ein langer Weg.

Formen der Prävention

Manche Krankheiten sind, wenn sie bereits sehr weit fortgeschritten sind, nicht oder nur unzureichend therapierbar. Vor diesem Hintergrund wurde in den letzten Jahrzehnten in Deutschland die Früherkennung kultiviert und als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Hier hat sich gezeigt, dass viele Erkrankungen, insbesondere aus dem onkologischen Formenkreis, aber auch chronische Krankheiten, wie koronare Herzerkrankungen, Rheu-

ma oder Diabetes, ihre zerstörerische Wirkung nicht oder deutlich verspätet entfalten, wenn sie früh erkannt und durch geeignete Maßnahmen eingedämmt werden. So entwickelten sich unterschiedliche Formen von präventiver Medizin mit diversen Zielen, Ansatzpunkten, Maßnahmen und Werkzeugen.

Will man das systematisieren, wäre in einem ersten Schritt zu unterscheiden, ob das Ziel die Beeinflussung des Verhaltens der Zielgruppen ist oder ob die Verhältnisse, die die Entstehung von Krankheiten befördern, verändert werden sollen.

Verhaltensändernde Präventionsmaßnahmen sind:

- Aufklärung durch Print- und sonstige Medien, Informationsveranstaltungen (z.B. AIDS-Kampagnen der 80er- und 90er-Jahre)
- Unterstützung bei Lebensstiländerungen, insbesondere aus der Sekundärprävention heraus (z.B. Ernährungsberatung nach einer ernährungsbedingten Krankheit, Programme der GKV auf der Basis des § 20 SGB V)
- Früherkennung (z.B. Mammographie-Screening, Prostatakrebs-Früherkennung)
- Krankheitsvermeidung durch Prophylaxe (z.B. Impfprogramme, Zahnprophylaxe)
- Präventionsprogramme für Mitglieder auf Webseiten der Krankenkassen
- neu hinzugekommen in der Regelversorgung sind auch patienten-

zentrierte digitale Gesundheitsapps mit einem präventiv-ähnlichen Charakter

Präventionsmaßnahmen, die die Verhältnisse ändern, sind:

- betriebliche Gesundheitsförderung
- Unfallverhütung und Arbeitsschutz
- arbeitsmedizinische Intervention
- Strahlenschutz

Die Verhältnisprävention lässt sich darüber hinaus noch erheblich erweitern, wenn man bedenkt, dass das gesamte Gesundheitssystem nicht unmaßgeblich auf Gewinnmaximierung – und damit tendenziell auf den Verlust der Orientierung an den Patienteninteressen – angelegt ist. Schließlich wird mittlerweile auch von der Bundesregierung offen diskutiert, dass das DRG-System und die Einführung von mehr Markt und Wettbewerb, bei gleichzeitiger Perpetuierung von Fehlanreizen in der Gestaltung von krankenhausspezifischen Leistungsportfolien, zu einem Überschuss an Leistungserbringern bei sinkender Output-Qualität geführt hat. Stimmt diese Hypothese, dann wäre eine bessere Gesundheitspolitik hier wohl die beste Präventionsmedizin.

Nur der guten Ordnung halber seien auch noch Mischformen von Verhaltens- und Verhältnisprävention erwähnt, wie die Nichtraucherförderung oder drogenpolitische Interventionen. Des Weiteren wäre zu fragen, ob klug eingesetzte Disease-Management-Programme nicht auch als präventive Maßnahmen im Sinne

einer Sekundärprävention zu begreifen wären.

Über die Effektivität und Effizienz dieser Maßnahmen der Krankheitsprävention gibt es zahlreiche Vermutungen und einen begrenzten Fundus an Erfahrungswissen. Empirische Untersuchungen gibt es wenig. Das macht die Präventionspolitik angreifbar. Eine Ausnahme sind Studien zur Wirkung von Impfungen. So steht mittlerweile außer Frage, dass die deutliche Verlängerung der Lebenserwartung, wie wir sie seit Beginn des 20. Jahrhunderts beobachten können, maßgeblich im Zusammenhang mit der Einführung von Impfungen steht.

Senkt Prävention die Kosten?

Über die verschiedenen anderen Formen der Krankheitsprävention gibt es kaum empirische Untersuchungen, in denen beispielsweise in einem ersten Schritt die verschiedenen Formen der Prävention systematisch erfasst und beschrieben werden. Auch sind die kausalen Zusammenhänge zwischen den Maßnahmen und ihren möglicherweise krankheitsverhindernden und gesundheitsfördernden Effekten nur unzureichend untersucht. Deswegen wird hier sehr häufig mit Annahmen agiert. Eine immer wieder kolportierte und offensichtlich sehr populäre Annahme ist, dass Prävention Krankheiten verhindert und somit in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext die Ausgaben des Gesundheitswesens reduziert werden

könnten. Diese Annahmen folgen der Melodie: Krankheiten, deren Entstehung man verhindert, können auch keine Kosten verursachen.

Wäre diese These eindeutig belegbar, müsste die Politik hier unmittelbar ansetzen. Die Tatsache, dass das bislang nicht geschieht, legt die Vermutung nah, dass die These von den kostensenkenden Effekten der Präventionsmedizin noch zu belegen ist.

Gegen diese Behauptung spricht, dass das Leben bis auf Weiteres mit dem Tod endet und dass vor dem Tod mehr oder weniger lange Perioden mehr oder weniger schwerer Erkrankungen zu beobachten sind. So wäre beispielsweise die These zu prüfen, dass im statistischen Mittel die Menschen mehr als 70 Prozent der von ihnen (bezogen auf die gesamte Lebensspanne) beanspruchten Leistungen und die damit verbundenen Gesundheitskosten in den letzten drei Lebensjahren verursachen.

Auch wenn es gelingt, die Phase des gesunden Lebens durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verlängern, ändert das nichts daran, dass die letzten drei Lebensjahre wahrscheinlich durch Krankheit geprägt sein werden – allein die Krankheitsphase setzt später ein. Für das einzelne Individuum – und auch die Menschen in seinem Umfeld – ist die Verlängerung des krankheitsfreien oder krankheitsarmen Lebensabschnittes freilich ein

erheblicher Gewinn an Lebensqualität. Bezogen auf die gesamtgesellschaftlichen Krankheitskosten ändert das allerdings nichts.

Die Argumentation, man könne durch Prävention die gesamtgesellschaftlichen Krankheitskosten senken, wäre nicht brauchbar und man müsste mit anderen Begründungszusammenhängen argumentieren. Das ist u.a. deswegen bedeutsam, weil die Antworten auch die Frage nach der Kostenträgerschaft beeinflussen.

Prävention in Unternehmen

Weitere Felder, in denen sich die Prävention von Krankheiten und Unfällen direkt monetarisieren lässt, sind die Arbeitsmedizin im Allgemeinen und ihre Ableger betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Unfallverhütung. Diese Formen der Prävention tragen maßgeblich dazu bei, krankheitsbedingte Arbeitsausfälle zu reduzieren. Es fällt relativ leicht, diese Reduktion betriebswirtschaftlich zu bewerten. Nebeneffekte, wie einen Einfluss auf das Betriebsklima und eine damit verbundene Steigerung der Produktivität, ergeben sich wahrscheinlich auch, sind aber schwerer nachzuweisen. Anders als in dem oben beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang ließen sich so eine positive Kosten-Nutzen-Betrachtung und eine gut begründbare Handlungsstrategie für Unternehmen ableiten.

Präventionsforschung essenziell

Es besteht dringender Bedarf einer empirischen Präventionsforschung. Sie muss die Felder der Prävention und ihren jeweiligen volkswirtschaftlichen oder im Bedarfsfall betriebswirtschaftlichen Impact beschreiben. KI-gestützte Simulationen könnten hier sehr hilfreich sein. Auf diesem Weg ließen sich die Grundlagen für eine zielgerichtete und effizienzgesteigerte Präventionspolitik – und eine begründete Kostenträgerschaft legen.

Dr. Elke Lieb

Seit 2023 Präsidentin der DGFMS und Start-up-Beraterin, Dozentin sowie generell seit 1996 im industriellen Gesundheitswesen tätig.



Kontakt: elke.lieb@dgfms.de

Heinz D. Diste

Autor und Berater im Gesundheitswesen und seit 1990 in verschiedenen Arbeitsfeldern sowohl bei Kostenträgern als auch auf der Seite der Leistungserbringer tätig.



Kontakt: diste@goldberg-consult.de