

Präventionsgesetz und Medizin

Gegenwärtig wird im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Präventionsgesetz vorbereitet. Eckpunkte für dieses Präventionsgesetz in unterschiedlichen Varianten kursierten bereits, obwohl das Ministerium diese noch nicht freigegeben hat. Mehrere Monate war weitgehend Ruhe um dieses Gesetz, da anscheinend das Gesundheitsreformgesetz, was ja mehr ein Krankheitsversorgungsgesetz ist, das Ministerium zu stark in Anspruch nimmt.

Im Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16. 10. 2002 wurde vereinbart, dass Prävention zu einer eigenständigen Säule neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege werden soll. Das Land Baden-Württemberg hat am 28. 10. 2003 dem Bundesrat eine Entschließung vorgeschlagen, in dem dies ebenfalls gefordert wird. Dies ist nachdrücklichst zu unterstützen. Prävention und Gesundheitsförderung – so heißt es in einem dieser Eckpunktpapiere zum Vorhaben eines Präventionsgesetzes – sind wirksame Strategien, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Ziel muss es sein, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Der oben genannte Entschließungsentwurf für den Bundesrat zielt auf die Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Damit ist auch die wesentlichste präventive Disziplin der Medizin – die Arbeitsmedizin – unmittelbar angesprochen und gefordert. Aus den Eckpunktpapieren sowie aus einer Expertenanhörung in einer Bundestagsfraktion, an der der Autor teilnahm, ergeben sich jedoch einige grundlegende Probleme, auf die ich mit Nachdruck hinweisen möchte.

Präventionsziel:

„Beschäftigungsfähigkeit erhalten“

Die aufgeführten Präventionsziele sind in den verschiedenen Papieren unterschiedlich angegeben. In allen Eckpunktpapieren sind aufgeführt: Entstehung von Krankheiten verhindern, Krankheiten frühzeitig erkennen, Krankheit bewältigbar machen, vorzeitige Verrentung verhindern, Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern. Es fehlt in manchem dieser Papiere das Präventionsziel „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“. Ist es im Eckpunktpapier enthalten, heißt es: „Eine zunehmend flexibilisierte Arbeitswelt, das rasante Tempo technischer Innovationen, immer neue Tätig-

keitsinhalte und Qualifikationsanforderungen verlangen den Betrieben und Beschäftigten auch in gesundheitlicher Hinsicht viel ab. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Gestaltung guter Arbeitsbedingungen, gegen Mobbing und für effektive Stressbewältigung werden zumal bei alternden Gesellschaften immer wichtiger, um die Beschäftigungsfähigkeit der Menschen, ihre Motivation, Leistungsfähigkeit, Technologie- und Innovationsfreude zu erhalten“.

Ohne diese Zielstellung stellen die Präventionsziele Vorstellungen des 19. Jahrhunderts dar und sind auch kaum auf Dauer finanzierbar. Der Anspruch des Gesetzes, „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu beinhalten, wird dann nicht realisiert. Die Beschäftigungsfähigkeit ist eine gemeinsame Zielstellung aller Betroffenen, von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Versicherungsträgern. Man sollte nicht ein Präventionsgesetz gestalten, in dem die Hauptverantwortung (Hauptschuld) aufgrund der alleinigen Orientierung auf die Verhaltensprävention dem einzelnen Menschen übertragen wird. Das führt zu einer ausgesprochenen Schiefelage der Prävention in unserem Lande.

Ich gehe davon aus, dass dieses Präventionsgesetz nicht nur ein Finanzregulierungsgesetz wird, sondern eine gesellschaftliche Zielstellung beinhaltet, die unterstreicht, welche Rolle die Prävention in unserer Gesellschaft zu spielen hat und welche Inhalte, Strukturen und Aufgabenstellungen Prävention umfasst. Dies ist gegenwärtig umso bedeutungsvoller, da in anderen Bereichen begründet wie auch unbegründet an präventiven Aufgabenstellungen und Methoden Einschränkungen vorgenommen werden sollen. Das betrifft zum Beispiel die Rolle des Arbeitssicherheitsgesetzes, der gesetzlichen Unfallversicherungen, die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben, die in Diskussion befindliche Gefahrstoffverordnung, Arbeitsstättenverordnung, biologische Arbeitsstoffverordnung und ähnliches. Demnach muss das Präventionsziel „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“ in ein Präventionsgesetz aufgenommen werden!

Nutzung vorhandener Strukturen

Sowohl in den Eckpunktpapieren des Ministeriums wie auch in dem Entschließungsvorschlag für den Bundesrat wird die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

unterstrichen. Dies ist ohne wenn und aber zu unterstützen. Gesundheit, insbesondere psychosoziale Gesundheit, wird in den nächsten Jahrzehnten, nach den Informations- und Kommunikationstechnologien in den letzten 20 Jahren, zur wesentlichsten Triebkraft der gesellschaftlichen Entwicklung werden. Der Stellenwert von Gesundheit in der Gesellschaft wird beträchtlich zunehmen. Damit werden immer mehr Professionen in dieses Feld und diesen Markt Gesundheit strömen. Prävention und Gesundheit haben in der Gesellschaft und dem Gesundheits- und Sozialwesen unseres Landes eine gute Entwicklung genommen, auf die aufzubauen ist. Doch die gegenwärtigen Eckpunktpapiere zur Schaffung einer 4. Säule des Sozialversicherungssystems ignorieren nahezu die Nutzung und Befähigung der bereits vorhandenen präventiv ausgerichteten Strukturen in diesem System. Dabei sind alle Strukturen im Bereich Umwelt, alle Strukturen im Bereich Arbeit (Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und andere), Strukturen im Bereich Schule (zum Beispiel Schulärzte) und andere bisher erfolgreich präventiv tätig. Wenn die 4. Säule des Sozialversicherungssystems **neben** Vorhandenem aufgebaut wird, lassen sich Ineffektivität, zusätzliche Kosten, sinnlose Konkurrenzkämpfe nicht vermeiden. Effektiv und wirksam ist das, was dauerhaft arbeiten kann, vor allem in der Prävention. Kampagnen werden nie den Effekt haben, wie eine kontinuierliche Arbeit vorhandener, mit Kompetenz und Möglichkeiten ausgestatteter Strukturen. Nachhaltigkeit der Effekte wird nicht erreicht sondern vermieden. Die Diskussion um das Präventionsgesetz und auch die oben angedeuteten Diskussionen zur arbeitsbezogenen Prävention sollten zum Anlass genommen werden, dass man über Inhalte und Methoden der ärztlichen Prävention Überlegungen anstellt. So sind zum Beispiel die 13 000 Ärzte mit betriebsärztlicher/ arbeitsmedizinischer Qualifikation und die über fünf Millionen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr ein enormes präventives Potenzial unserer Gesellschaft. Für die Prävention ist eine der wichtigsten Fragen die der Erreichbarkeit der Menschen, insbesondere derer, die Prävention notwendig haben. Und das geschieht zum Beispiel über die Betriebsärzte, Schulärzte und niedergelassenen Ärzte, über die auch sozial Schwache und Gesunde erreicht werden können, die ansonsten meistens durch das Rost präventiver Aktivitäten fallen.

Rolle der Ärzte in Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ärzte werden in den Eckpunktepapieren kaum angesprochen. In der genannten Anhörung einer Bundestagsfraktion war der unterschwellige Tenor, den Ärzten kaum eine Funktion in diesem System der Prävention einzuräumen, was ich für ausgesprochen bedenklich halte. Schaut man sich die fünf (oder sechs) Präventionsziele an, so sind sie ohne ärztliches Handeln nicht realisierbar. Das Präventionsgesetz hat unter anderem die Aufgabenstellung, Bindeglied zwischen den bereits etablierten Säulen der Sozialversicherung zu sein. Dies wird jedoch nicht durch Finanztransaktionen realisiert, für die es in den Eckpunktepapieren konkrete Angaben für die einzelnen Sozialversicherungsträger gibt, sondern durch die Akteure, insbesondere die Ärzte im Aktionsfeld. Entfällt das, würde ein wesentliches Problem unseres Systems, nämlich das der mangelnden Abgestimmtheit, weiter auf die Spitze getrieben. Die Prävention wird tatsächlich nur eine 4. Säule, wenn sie in einem Bauwerk eine Funktion hat. Ein Präventionsgesetz, was nur Finanzen regelt, ist zu kurzatmig.

Um die genannten Präventionsziele erreichen zu können, braucht es einen interdisziplinären Zugang, der unter anderem auch patienten-, arbeitnehmer- wie arbeitgeberorientiert von den Ärzten gesteuert und genutzt wird. In den letzten 20 Jahren sind die Professionen im Aktionsfeld Gesundheits- und Sozialwesens immer umfangreicher geworden. Betriebswirtschaft, Psychologie, Soziologie, Public Health bereichern dieses Feld durch ihre Aktivitäten. Dies erfordert jedoch auch eine dementsprechende Entwicklung im Bereich der Medizin. Eine besondere Verantwortung kommt den Hochschuleinrichtungen zu. Die Zukunft von Gesundheit und damit verbundener Lebensqualität in unserer Gesellschaft wird nicht durch molekularbiologische oder genetische Forschungsergebnisse bestimmt. Die Medizin hat die Felder der

präventiven Forschung zu einem erheblichen Umfange preisgegeben, weil sie unter falschen wissenschafts- und gesellschaftspolitischen Kriterien schlechter bewertet werden. Die Entwicklung von Strukturen an medizinischen Hochschuleinrichtungen erfolgt nicht nach den Erfordernissen der zukünftigen Gesundheitspolitik in unserem Lande. Präventiv orientierte Einrichtungen werden zum Nachteil der qualitativen Ausbildung der zukünftigen Ärzte gestutzt oder geschlossen. Da mit der neuen Approbationsordnung für die Ausbildung der Ärzte von 2002 auch eine wesentliche Verstärkung der Prävention angestrebt wird, muss es auch an den Hochschulen nicht nur eine Diskussion zu Methoden, zum Beispiel problemorientiertes Lernen, sondern viel stärker zum Inhalt geben. Wie wird der zukünftige Arzt befähigt, in dem kompetitiven Wachstumsfeld Prävention seine Kompetenz zu beweisen? Die oben genannten Präventionsziele der Eckpunktepapiere des Präventionsgesetzes sind in allen Fachgebieten der Medizin umzusetzen. Die nachweispflichtigen Fachgebiete unter anderem „Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie“ im ersten Studienabschnitt, „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin“, „Hygiene, Mikrobiologie, Virologie“ und die Querschnittsbereiche „Prävention, Gesundheitsförderung“, „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“, „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege“, „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ im zweiten Studienabschnitt verkörpern dabei die besondere Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung und sollten an den Fakultäten entsprechende Unterstützung erhalten. An den Medizinischen Fakultäten wird die Grundlage zur Beschneidung oder Erweiterung des ärztlichen Handelns der Zukunft gelegt.

Auch in der Fortbildung der Ärzteschaft muss die Prävention einen breiteren Rahmen einnehmen. Inzwischen beschäftigen sich die

Patienten mehr mit Präventionsaktivitäten, wissen teilweise mehr über die tatsächlichen oder angeblichen Möglichkeiten Bescheid, als die Ärzte kompetent beraten können. Dies ist in vielen Fällen weder zum Vorteil des Patienten noch des Arztes.

Gerade die Arbeitsmedizin hat die Potenz, die Einheit von Prävention als Beseitigung oder Minimierung von Gefährdung sowie Gesundheitsförderung als Nutzung und Gestaltung von Ressourcen mit der arbeitsbezogenen Kompensation negativer Gesundheitsfolgen und Beeinträchtigungen zu verwirklichen. Sie kann eine wesentliche Funktion im Rahmen der Prävention einnehmen. Bei der Realisierung der in den Eckpunkten genannten Präventionsziele, so bei der Verhinderung der Entstehung von Krankheiten, der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und der Bewältigung von Krankheit zum Beispiel durch und in der Arbeit sowie der Verhinderung vorzeitiger Verrentung spielt die Arbeitsmedizin eine wesentliche Rolle. Dies erfordert aber auch ein engeres Zusammenwirken mit den anderen ärztlichen Strukturen im Sozialversicherungssystem. Warum lassen wir uns eigentlich immer von Außen Diskussionen und Entscheidungen zur Steigerung der Effektivität und Wirksamkeit ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung und ärztlichen Handelns aufzwingen?

Ein Präventionsgesetz muss die Basis für die Vermeidung der Trennung von Verhaltens- und Verhältnisprävention sein. Und das geschieht vor allem über eine erweiterte Aufgabenstellung und die entsprechende Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen selbst.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
Medizinische Klinik Carl Gustav Carus
Institut und Poliklinik für
Arbeits- und Sozialmedizin
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden