

## Möglichkeiten und Grenzen ärztlich verantworteter Prävention

*Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte gestatten Sie mir aus der Perspektive meiner Funktion als Präventionsbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer einige subjektive Anmerkungen zum Thema. Ich bitte vorab schon um Nachsicht mit manchen überspitzten und damit vielleicht nicht ganz zutreffenden Formulierungen, die zur Verdeutlichung der Thematik helfen sollen.*

### Einführung

#### Unser Gesundheitssystem ist gut...

Das deutsche Gesundheitssystem wird weltweit als vorbildhaft eingestuft. Es kombiniert in volkswirtschaftlich nahezu idealer Weise unternehmerische Freiheit des ärztlichen Standes, gesellschaftliche Fürsorge für Leidende und Kranke sowie einen fairen sozialen Ausgleich zu akzeptablen Kosten. Die ständigen Klagen aller Beteiligten des Gesundheitswesens auf hohem Niveau sind dabei eher als Ausdruck funktionierender demokratischer Interessengleichgewichte zu verstehen. In unserem Gesundheitswesen findet der Transfer von wissenschaftlichen Errungenschaften in die Breite der tatsächlichen Anwendungen in einer vertretbar kurzen Zeit statt. Die sektorale Gliederung garantiert ein hohes professionelles Behandlungs-

niveau der Bürger. Die gesellschaftlichen Kosten des Gesundheitssystems haben sich in den letzten 25 Jahren auf einem annähernd identischen Anteil des Bruttosozialproduktes bewegt. Wir können es uns leisten, jeden Hilfsbedürftigen, egal ob Asylant, obdachlos, Immigrant oder Gast, auf höchstem wissenschaftlichen und technisch-medizinischen Niveau zu behandeln. Arzthonorare sind im internationalen Vergleich bescheiden und maßvoll.

#### ...aber nicht perfekt.

Als beispielhafte Schwachstellen dieses ausdifferenzierten Systems sind aus meiner Sicht zu bezeichnen:

- a) der Verlust der integrierten Sicht auf den Patienten: Super-Spezialisten sehen immer weniger die interdisziplinären Aspekte komplexer Krankheitsbilder und multimorbider Patienten,
- b) eine Entwicklung hin zur Durchführung des Möglichen, anstatt der Durchführung des Erforderlichen; die Durchführung von Leistungen folgt zum Teil mehr den Marktgesetzen (Welche Geräte habe ich? Was ist abrechenbar?) oder der juristischen Absicherung als den medizinischen Notwendigkeiten,
- c) schließlich die ungenügende Berücksichtigung epidemiologischer und präventiver Aspekte des Gesundheitswesens; wir sind Europa-meister der kurativen Medizin, aber epidemiologisch-präventiv auf dem Stand eines Entwicklungslandes.

#### Prävention und Ärzteschaft – zwei getrennte Welten?

Aus hiesiger Sicht scheinen präventive soziale und gesellschaftliche Aspekte von Krankheit immer mehr aus dem Blickwinkel der Deutschen Ärzteschaft zu verschwinden. Dies zeigt sich schon in einer begrifflichen Unterscheidung zwischen **Ärztlicher Prävention** auf der einen Seite, die sich als krankheitsbezogen, defizitorientiert und individuell verstehen soll, und **Gesundheitsförderung** auf der anderen Seite als sozialwissenschaftliche und politische Aufgabe, die sich ressourcenorientiert quasi salutogenetisch bezogen versteht. Ärzte geraten mehr und mehr aus dem Fokus dieser übergreifenden Überlegungen, das Feld besetzen Politiker und Sozialwissenschaftler. Dabei ist ärztliche Kompetenz bei der Lösung dringender gesellschaftlicher gesundheitlicher Fragen und damit auch bei der Gestaltung der Gesundheitsfürsorge der Zukunft nicht nur unschätzbar wichtig, sondern auch zwingend erforderlich.

Wir geben hier als Ärzteschaft einen Einflussbereich aus der Hand, in dem in 10 bis 15 Jahren die Spielregeln nicht nur für das gesamte Gesundheitssystem sondern auch für die Rolle der ärztlichen Beteiligung festgelegt werden. Dann soll sich aber bitte kein Kollege beschweren, wenn das Gesundheitssystem der Zukunft aus unserer ärztlichen Sicht unsinniger, bürokratischer oder ethisch bedenklicher geworden sein wird.

## Bestandsaufnahme

### Wir nutzen den ärztlichen Gestaltungsspielraum nicht aus.

Warum aber mischen wir uns als Ärzte in diesen wichtigen Bereich der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitssystems nicht stärker ein?

Die Antwort liegt aus meiner Sicht in einem zu eng ausgerichteten und falsch gelebten Präventionsbegriff. Diese falsch verstandene Prävention möchte ich in folgendem an beispielhaften Begriffen näher erläutern:

- Wir sehen und betreiben Prävention zu individualistisch.
- Wir sehen und betreiben Prävention zu krankheitszentriert.
- Wir betreiben Prävention zu passiv.
- Wir betreiben Prävention zu ängstlich.
- Wir betreiben Prävention zu kurzfristig angelegt.
- Wir betreiben Prävention zu unpolitisch.
- Wir betreiben Prävention zu kommerziell.

### Wir sehen und betreiben Prävention zu individualistisch.

Der ärztliche Blickwinkel verschiebt sich nach meiner Wahrnehmung immer mehr in die individualmedizinisch orientierte Prävention. Prävention ist mehr als nur das Auffinden neuer Risikomarker oder eine zusätzliche Testung hinsichtlich bestimmter Krankheiten bei bestimmten Individuen. Prävention sollte aus meiner Sicht einen globalen, aber zumindest nationalen oder regionalen Ansatz haben, um die Krankheitslast insgesamt zu vermindern. Wir überlassen diese Gedankenführung zunehmend Politikern und Sozialwissenschaftlern, statt aus medizinischen und ethischen Begründung klare Forderungen zu präventiven flächendeckenden Maßnahmen zu stellen. Wer ist denn am ehesten in der Lage, wissenschaftlich-medizinische Forschungsergebnisse so zu interpretieren, dass gesundheitspolitisch wirksame Schlussfolgerungen gezogen werden können, wenn nicht engagierte ärztliche Kolleginnen und Kollegen? Beispielhafte Themen sind hier Nicht-raucherschutz, Bewegung für alle Bürger und Impfpolitik.

Die ärztliche Ausbildung unserer Welt ist in sehr hohem Maße dem individuellen Krankenwohl verpflichtet. Wir erreichen hier hervorragende Heilungs- und Lebenserfolge für unsere Patienten. Auf dem Gebiet der Prävention ist der einzelne Betroffene nicht in gleicher Weise sichtbar. Es geht zunächst um die Feststellung krankmachender allgemeiner Entwicklungen, weiter um die Entwicklung umsetzbarer und wirtschaftlich vertretbarer präventiver Maßnahmen für viele und schließlich viel mehr als in der kurativen Medizin um die richtige Kommunikation, damit die als richtig erkannten Maßnahmen auch von den Vielen ergriffen werden. Der ärztliche Blickwinkel ist ein anderer. Hier sind es die Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Gesundheitswesens oder diejenigen, die sich mit Arbeitsmedizin, Public Health oder Sozialmedizin im weiteren Sinne befassen, die wir zu Wort kommen lassen sollten. Und deren Erkenntnisse wir als ebenso zentralen Bestandteile ärztlichen Denkens und Handelns respektieren sollten.

### Wir sehen und betreiben Prävention zu krankheitszentriert.

Ein Problem in der ärztlichen Sichtweise in der Prävention ist die rein diagnosen-bezogene Darstellung. Das funktionsorientierte Krankheitsmodell betrachtet dagegen die Beeinträchtigung als Zusammenspiel von Krankheit, persönlicher Kompensation und Umwelt- und Kontextfaktoren. Es gibt schwere Krankheiten, die durch eine adäquat angeleitete Kompensation des Betroffenen und günstige Umwelt- und Kontextfaktoren praktisch ohne großen Funktionsverlust gelebt werden können. Diagnosen allein bewirken noch keine Krankheit! Erst mangelnde Unterstützung und ungünstige Umstände machen aus vielen „Diagnosen“ erst erlebte Krankheit und Einschränkung. Prävention darf nicht nur im Hinblick auf eine spezifische Krankheit verstanden werden. Schädigende Einflüsse von Lebensstil, Umwelt und Arbeitswelt münden oft nicht in singulären Krankheiten, sondern in komplexen Störungsbildern.

Diese Faktoren zu erkennen, gehört mit zu den Aufgaben ärztlicher Diagnostik. Eine hoch spezialisierte und rein kurativ ausgerichtete Medizin beeinträchtigt das Verständnis von krankmachenden Faktoren auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bürger und Betroffenen.

### Wir betreiben Prävention zu passiv.

Im alltäglichen ärztlichen Handeln geht häufig die Handlungsinitiative von den Beschwerden oder Problemen des Patienten aus. Es kommt dann reaktiv zum ärztlichen Handeln. Anders ausgedrückt: So lange ein Patient keine Beschwerden angibt oder sich nicht meldet, wird er normalerweise keine ärztliche Zuwendung erfahren. In der Prävention ist eine solche Vorgehensweise nicht ausreichend. Prävention verlangt vielmehr ärztliches Handeln, noch bevor dringliche und akut behandlungsbedürftige Symptome oder Krankheiten auftreten. Präventiv wäre ein Handlungsansatz, der nicht reaktiv auf Beschwerden und Symptome oder pathologische Befunde reagiert, sondern eigene Gesundheitsmodelle verfolgt und proaktiv umsetzt. In meiner Wahrnehmung ist es nicht nur die fehlende Zeit, sondern vielleicht der grundsätzliche Verlust einer Seite ärztlichen Handelns, die ein solches aktiv werden des Arztes im Sinne der Prävention schwer macht.

### Wir betreiben Prävention zu kurzfristig angelegt.

In der Forstwirtschaft beispielsweise werden derzeit präventive Strategien diskutiert, die sich erst in 40 oder 50 Jahren auswirken. Dies müsste sich angesichts der klaren evidenzbasierten Datenlage auch im medizinisch ärztlichen Bereich widerspiegeln. Wo sind generationenübergreifende Initiativen, die maßgeblich von Ärzten gesteuert und von der Politik aufgenommen und begonnen werden? Es gibt sie, aber angesichts des überwältigenden Handlungsbedarfes beim Thema Prävention sind es kleine Lichter. Die meisten Initiativen sind maximal auf die Legislaturperiode ausgelegt und müssen dann noch in der „hypoxischen Atmo-

sphäre“ des bürokratischen und föderalen Dschungels ums Überleben kämpfen.

### **Wir betreiben Prävention zu unpolitisch.**

Wer aktiv Prävention betreibt, muss politisch handeln und kommunizieren. Ohne eine klare politische Willensbildung wird es keine flächendeckend sinnvolle und effektive Prävention in Deutschland geben. Die Ärzteschaft, hier vor allem Interessenvertreter ärztlicher Verbände und Körperschaften, müssen diese Aufgabe übernehmen und entsprechend Druck hinsichtlich präventiver, zentraler, politischer Willensbildung und Ressourcenverteilung ausüben. Die hohe zeitliche und ethische Belastung des tätigen Arztes scheint politische Aktivität geradezu auszuschließen. Es liegt aber bei uns als Ärzteschaft, Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, unsere Interessen auf der politischen Bühne zu vertreten. Dies geschieht insgesamt kaum.

Andere Berufsgruppen wie Pädagogen, Sozialwissenschaftler und Juristen sind uns hier meilenweit voraus. Auch sind in vielen anderen Ländern gesundheitspolitische Entscheidungen weit mehr durch ärztlichen Sachverstand mitgeprägt als in Deutschland.

### **Wir betreiben Prävention zu kommerziell.**

Die Prävention wird in manchen Bereichen ärztlichen Handelns in Deutschland vor allem als Möglichkeit von Zusatzverdiensten erlebt und wahrgenommen. Dies kann nicht Sinn und Zweck von Prävention sein. Auf keinen Fall sollte ein falsch verstandener Präventionsbegriff dazu führen, dass unnötige und nicht abgesicherte zusätzliche Untersuchungen oder Tests durchgeführt werden, um dann weitere medizinische Anschlussmaßnahmen zu generieren oder zu begründen. In manchen Bereichen kommt es mir so vor, als ob falsch verstandene Prävention keine gesunden Bürger mehr sehen kann, sondern nur noch unzureichend untersuchte Kranke, die mit entsprechenden zusätzlichen Tests

dann zu Patienten umgewidmet werden, um im medizinischen System technisch untersucht und behandelt zu werden. Hiergegen muss entschieden vorgegangen werden. Präventive Maßnahmen unterliegen genau so einer evidenzbasierten kritischen Bewertung wie alle anderen therapeutischen Maßnahmen des medizinischen Systems. Die Klarheit und die Zielstellung präventiver Maßnahmen muss ethisch von zentralen politischen und ärztlichen Stellen vorgegeben und kontrolliert werden.

### **Ausblick**

#### **Wie kann es weitergehen?**

#### **Was ist möglich?**

Unabhängig von manchen Enttäuschungen sind positive Signale im Bereich Prävention nicht zu übersehen, wie an den folgenden beispielhaften Bereichen erläutert wird.

### **Bedeutung von Prävention und Rehabilitation für den Arzt**

Sowohl der neue Gesetzentwurf zum Präventionsgesetz wie auch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages zeigen, dass eine grundsätzliche Neubewertung des Themas Prävention möglich und angedacht ist. Die Rolle des Arztes soll hierbei besonders hervorgehoben werden. Engagierte Be-

triebs- und Werksärzte und Kollegen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen zeigen uns dabei, was möglich ist. Rentenversicherer und Krankenkassen suchen in Zusammenarbeit mit Kollegen aus Betriebsmedizin, Praxis und Rehabilitation nach umsetzbaren und nachhaltigen Präventionsmodellen. Der Deutsche Ärztetag fordert eine stärkere Einbindung von Inhalten der medizinischen Rehabilitation – als Muster für ganzheitliche Betreuung chronisch kranker Menschen – in die Weiterbildung zahlreicher Fachgebiete.

Die Sächsische Landesärztekammer bietet derzeit eine Veranstaltungsreihe („Samstags-Akademie“) an, die sich schwerpunktmäßig mit Themen der Prävention befasst.

### **Tabakfolgerkrankungen**

Das Rauchen in Deutschland geht erkennbar und nachhaltig zurück. Beispiele wie die Gesetzgebung zum Nichtraucherschutz und das Modell „Rauchfreie Schule“ haben trotz aller Unvollkommenheiten einen Paradigmenwechsel in der Gesellschaft bewirkt oder wenigstens verstärkt. Das Rauchen bei Jugendlichen ist zum Beispiel massiv zurückgegangen. Rauchen wird „uncool“.

Als sehr erfreulich ist in diesem Zusammenhang der Beschluss des Deutschen Ärztetages zu bewerten, endlich eine kostenrechtliche Gleichstellung der Tabakentwöhnung gegenüber der Alkohol- und Drogen-sucht zu gewährleisten („Nikotinabhängigkeit ist eine Sucht und entsprechend behandlungsbedürftig. Wir haben im GKV-System aber keine Möglichkeit, dafür Mittel zu verwenden“). Ziel ist es, wie in vielen anderen europäischen Ländern, Maßnahmen der Tabakentwöhnung mit der gleichen Wertigkeit zu finanzieren wie bei anderen Suchtformen. Weiterhin fordert der Deutsche Ärztetag erfreulicherweise auch, dass Deutschland – als Schlusslicht Europas – endlich auch die europäischen Standards zu Tabakwerbeverboten umsetzt.

### **Bewegungsmangel**

Der Deutsche Ärztetag hat aktuell besonders die Möglichkeit einer „ärztlichen Präventionsempfehlung“ im Kontext einer finanzierten Vorsorgeuntersuchung begrüßt. Ärztliche Präventionsleistungen und -empfehlungen können eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung bewirken.

Es könnte eine Regelung geben, die ärztliche Empfehlungen zur Prävention bundesweit erkennbar und einheitlich darstellt. Das wäre besser als das bisherige föderale und bürokratische Wirrwarr um das „Rezept für Bewegung“. Damit würde auch die (in diesem Bereich mancherorts angezweifelte) ärztliche Kompetenz in der „Präventionskette“ wieder eine angemessene Bedeutung erhalten.

### **Fazit**

Demografie und die Zunahme chronischer Krankheiten verlangen eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema Prävention. Ärztliche Kompetenz sollte einen zentralen Stellenwert bei der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen auf individueller wie auf nationaler Ebene erhalten. Trotz mancher Enttäuschungen ergeben sich aktuell interessante Perspektiven für ein größeres ärztliches Engagement im Bereich Prävention.

Dr. med. Christoph. Altmann  
Präventionsbeauftragter der  
Sächsischen Landesärztekammer