

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP II Prävention

Rudolf Henke, Düsseldorf

Vorsitzender der Präventionsgremien
der Bundesärztekammer

Henke, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen im Vorstand! Liebe Delegierte! Meine Damen und Herren! Ich glaube, unabhängig von der Uhrzeit ist der Zeitpunkt, dass wir uns mit Prävention beschäftigen, klug gewählt. Aus dem Koalitionsvertrag wissen wir, dass noch in diesem Jahr ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden soll. Das wussten wir schon dreimal. In den vergangenen drei Anläufen hat das nicht so funktioniert, aber nun soll es tatsächlich Wirklichkeit werden.

Deswegen ist es gut, dass wir uns mit den beiden Fragen befassen, warum eine Stärkung der Prävention wichtig ist und warum Ärzte in der Prävention unentbehrlich sind. Das sind jedenfalls die beiden Anliegen meines Vortrags.

Im Anschluss wird unser Kollege Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Allgemeinarzt im schönen Allgäu, uns eine Darstellung der Prävention in der hausärztlichen Praxis geben.

„Prävention“ kommt von „praevenire“, zuvorkommen. Genau betrachtet schließt jede ärztliche Tätigkeit immer auch ein „praevenire“, ein Zuvorkommen ein, sei es nun, um – wenn vollständige Heilung nicht möglich erscheint – eine Verschlimmerung des bestehenden Zustands zu vermeiden oder eine Verschlechterung abzuwenden. Das würden wir als Therapie bezeichnen.

Auch in der Palliativmedizin versuchen wir, dem Leiden zuvorzukommen, zumindest den Zustand erträglicher zu machen und möglichst viel Lebensqualität zu ermöglichen.

Als Ärzte sind wir immer wieder an den unterschiedlichsten Stellen dieses Kontinuums von Gesundheit, Krankheit und Tod präventiv tätig. Es ist ja eine gewissermaßen sozialversicherungsrechtliche Illusion, trennscharf zwischen krank und gesund unterscheiden zu können. Das meine ich, wenn ich dieses Kontinuum nenne.

Als Ärzte sind wir mal als Berater hinsichtlich der Gesunderhaltung und möglicher Gesundheitsrisiken präventiv tätig, wir sind mal im Bereich der Krankheitsfrüherkennung tätig oder auch in der Stabilisierung des Heilerfolgs und der Rehabilitation. Das heißt, wir stellen uns der primären, der sekundären und der tertiären Prävention und der Gesundheitsförderung.

Das passt alles gut zu unserer Berufsordnung. In der Berufsordnung sind neben der Kuration, der Rehabilitation und der Palliation auch der Schutz der Gesundheit und im umfassenderen Sinne sogar der Erhalt einer gesunden Umwelt Handlungsaufträge. Prävention wird damit nicht nur zum Auftrag am einzelnen Menschen, sondern auch zu einem ärztlichen gesellschaftlich wirksamen Auftrag.

Ganz in diesem Verständnis hat Rudolf Virchow, der Gründer der Deutschen Fortschrittspartei, Gegner der Politik von Bismarck, erster Politiker in Deutschland, der die Vereinigten Staaten von Europa gefordert hat, einmal formuliert:

Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen.

Wenn das stimmt – und ich glaube, dass das stimmt –, könnte man eigentlich sogar die nach der Katastrophe von Fukushima zumindest in Deutschland in Gang gekommene Energiewende und die Loslösung vom Atomstrom als eines der größten

Präventionsprojekte unseres Jahrhunderts interpretieren, zumindest was die Bereitschaft der Gesellschaft angeht, für die Vermeidung von gesundheitlichen Schäden in der Energiepolitik eine neue Richtung einzuschlagen und dafür große und größte Geldmittel bereitzustellen. Welchem anderen Ziel sollte das dienen als der Vermeidung gesundheitlicher Schäden?

Robert Koch entwickelte Ende des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage seiner Erkenntnisse über Krankheitserreger das Modell der Trias Agens – Umwelt – Wirt, wonach die Beschaffenheit aller drei Faktoren die Entstehung einer Krankheit bedingt.

So dramatisch die Auswirkungen der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert noch waren, so vergleichsweise simpel ist es, ihnen vorzubeugen, wenn man die Zusammenhänge zwischen dem auslösenden Faktor, den Umweltfaktoren und dem Wirt erst einmal erkannt hat.

Die im 19. Jahrhundert noch vorherrschenden Infektionskrankheiten haben wir inzwischen – vor allem dank guter Hygiene und wirksamer Impfungen – ziemlich zurückdrängen können. Ich teile den Eindruck, dass Deutschland etwa bei der Masernprävention noch viel tun kann.

Hier sehen Sie beispielhaft den durch das Impfen bewirkten Rückgang der Maserninfektionen. Hier handelt es sich mit Sicherheit um eine hochwirksame ärztliche Präventionsmaßnahme. Das gilt für viele weitere Impfungen genauso.

Dort, wo wir bei den Infektionskrankheiten noch nicht so erfolgreich sind, helfen weiterhin relativ einfache Präventionsbotschaften, wenn es darum geht, eine präzise Kausalkette zu unterbinden.

Komplizierter wird Prävention allerdings bei den heute in der Regel vorherrschenden chronischen Krankheiten, weil diese multifaktoriell bedingt sind, sodass sich oftmals keine einfachen Ursache-Wirkung-Beziehungen ausmachen lassen. Vielmehr kommt es hierbei vielfältig zu Interaktionen, die sowohl die Vorhersage einer Erkrankung als auch eine wirksame Prävention erschweren.

Wahrheiten werden somit zu bloßen Möglichkeiten und Krankheitsfaktoren werden zu bloßen Risikofaktoren. Das macht die Prävention und ihre Akzeptanz bei Patienten nicht gerade leichter, die sich eher zunächst einmal meistens noch durchaus gesund fühlen.

Wenn es dann noch möglich ist, die Wirksamkeit eines Risikofaktors dadurch zu relativieren, dass man darauf hinweist, dass sich der über 90-jährige Altkanzler trotz starken täglichen Zigarettenkonsums weiterhin ersichtlich ganz passabler Gesundheit erfreue, kann man sich vorstellen, wie schwierig es teilweise ist, wenn man dagegen argumentieren muss.

Jedenfalls sorgt der unsichere prädiktive Wert von Risikofaktoren dafür, dass es schwieriger wird, wenn wir von uns erhobene Parameter auf einen bestimmten prädiktiven Wert für eine Erkrankung interpretieren wollen und daraus bestimmte Maßnahmen ableiten. Wir kennen alle aus der Praxis die Diskussion um die Höhe der Blutdruckwerte. Wo fangen die pathologischen Werte an? Wir kennen die Diskussion über die Notwendigkeit zur medikamentösen Intervention bei einer Hypercholesterinämie. Wir kennen die Diskussion über die Interpretation von PSA-Werten. Sogar zel-

luläre Strukturen sind nicht immer eindeutig in benigne oder maligne zu differenzieren.

Gerade auch in der Prävention ist es unsere Aufgabe, darauf zu achten, dass wir nicht Gesunde zu Kranken erklären, dass wir nicht Gesunde als Kranke abstempeln – mit all den für den Patienten damit verbundenen negativen psychischen und therapeutischen Folgen.

Erhöhte Werte und damit mögliche Risikofaktoren müssen gewissenhaft im Kontext möglicher Interaktionen und im Licht der Anamnese interpretiert und mit dem Patienten diskutiert werden.

Erschwerend kommt in der Prävention die lange Latenzzeit hinzu. Während der Zusammenhang zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr und einer HIV-Infektion noch relativ gut vermittelbar ist und entsprechende Präventionsbotschaften leicht nachvollziehbar erscheinen, ist dies für das Essen fettiger Speisen und einer Adipositas nicht mehr so leicht möglich. Genuss ist jetzt – Krankheit ist später.

Außerdem stoßen wir mit der Primärprävention an ethische Grenzen. Viele der heutigen Risikofaktoren haben mit Verhaltensweisen zu tun, die tief in individuellen Alltagsgewohnheiten verwurzelt sind. Um nicht andere anzuklagen, berichte ich Ihnen, dass ich selbst im vergangenen Jahr, motiviert durch die bevorstehende Bundestagswahl, mir ein Sportprogramm und ein Ernährungskaloriennotizprogramm verordnet hatte, das dazu führte, dass ich im letzten Jahr bis zum September 13 Kilogramm Gewicht verloren hatte.

(Beifall)

– Gemach! Nachdem ich den schönen Erfolg erlebt habe und die Freude über die in Aachen gewonnene Wahl überhand nahm, war die Disziplin weg. Ich bin zu exakt demselben Ausgangsgewicht wie damals zurückgekehrt, habe also wieder 13 Kilogramm zugelegt. Davon sind jetzt 2 Kilogramm wieder weg. Vielen anderen geht es ähnlich.

Wenn man das nicht selbst zum Besten gibt, sondern wenn einen andere darauf ansprechen, ist man manchmal irritiert. Dann fühlt man sich irgendwie an der Ehre gepackt. Dann hat man das Gefühl, dass jemand einen korrigieren will. Dann fragt man sich auch, ob das nicht übergriffig ist und was es den anderen eigentlich angeht, wenn ich ein wenig beliebt bin, zumal der andere gar nicht wissen kann, aus welchen Gründen es dazu gekommen ist.

Insofern glaube ich: Wir haben dort auch ein ethisches Problem, insbesondere dann, wenn wir zu einem Zeitpunkt intervenieren, da uns der Betreffende gar nicht nach einer Intervention fragt.

Der bloße Appell an ein gesundheitsgerechtes Verhalten unterschätzt die Macht der Verhältnisse, unterschätzt die uns umgebenden Lebensbedingungen.

Wir brauchen also in unseren Lebenswelten Rahmenbedingungen, die es uns ermöglichen, das, was wir kognitiv an Erkenntnissen sammeln, auch in gesundheitsgerechtes Verhalten umzusetzen und im Alltag zu stabilisieren.

Prävention birgt allerdings auch die Gefahr, dass mit ihr Gesundheit zu einer gesellschaftlichen Norm, gewissermaßen zu einer alleinigen gesellschaftlichen Idealbil-

dung führt. Anti-Aging ist ein modisches Beispiel dafür. Da gibt es einen lukrativen Markt von Hormonpräparaten, Nahrungsergänzungsmitteln oder auch Schönheitsoperationen. Prävention wird dabei zur Projektionsfläche für ewige Jugend und langes Leben.

Die Schattenseite ist vielleicht auch das falsche Versprechen, dem letztlich jeder Einzelne mit Skepsis begegnen muss.

Kritischer finde ich Folgendes. Geht damit nicht einher eine implizite Diskriminierung von Alter, Behinderung und Tod? Wird nicht dadurch eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesen Ausprägungen unserer Endlichkeit und unserer Sterblichkeit erschwert? Wird nicht eine Illusion darüber verbreitet, wie wir Menschen eigentlich seien, obwohl wir uns alle gemeinsam darüber definieren, dass wir zum Kreis der Sterblichen gehören?

Ja, wir sollten die Prävention stärken. Wir müssen uns aber zugleich auch um die Inklusion Behinderter, die palliative Versorgung und die Begleitung Sterbender kümmern. Die bisherigen Ärztetage haben gezeigt, dass sich die Ärzteschaft all diesen angesprochenen Fragen stellt, verantwortungsbewusst, engagiert und nach zeitgerechten und humanen Lösungen im Sinne der Patientinnen und Patienten sucht. Wir haben das vorhin unter Tagesordnungspunkt I bei unserer Diskussion über die Palliativmedizin und die Suizidprävention getan.

Ein weiteres Risiko der gesundheitspolitischen Fokussierung auf Prävention kann den unerwünschten Nebeneffekt betreffen, dass man versucht, Prävention und Kuration gegeneinander auszuspielen. Es gab ja Meldungen, wonach soundso viele Einsparungen im Gesundheitswesen möglich wären, wenn man nur der Prävention die richtige Aufmerksamkeit widmete. Umschichtung also von Geldmitteln von der Kuration zur Prävention und damit Mittelentzug für diejenigen, die bei unterbliebener Prävention darauf angewiesen sind, die Mittel der Kuration zu nutzen.

Ich glaube, man muss diese Gefahr benennen, aber man muss sie auch nicht übertreiben, denn in den letzten Jahren haben die GKV-Ausgaben für Prävention stabil nicht mehr als 5 Milliarden Euro ausgemacht. Sie liegen damit unter 3 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die kontinuierlich ansteigen. Damit ist der Präventionsanteil bislang sogar eher rückläufig als expansiv.

Auf der Individualebene hätte eine zu starke Fokussierung auf Prävention auch zur Konsequenz, dass zukünftig vermehrt eine erfolgte präventive Aufklärung über gesundheitliche Risiken an die Eigenverantwortlichkeit gekoppelt würde – mit der Konsequenz, dass die Folgen trotz Beratung nicht gesundheitsförderlichen Verhaltens als schuldhaft bewertet und damit daraufhin erforderliche medizinische Leistungen von der Solidargemeinschaft eingeschränkt oder gar nicht mehr übernommen werden.

Somit hat Prävention immer auch eine Janusköpfigkeit, die wir bei allem Einsatz für sie berücksichtigen müssen.

Trotzdem: Wenn wir der großen gesellschaftlichen Herausforderung, die die heute vorherrschenden chronischen Krankheiten darstellen und die sich im demografischen Wandel akzentuieren, gerecht werden wollen, haben wir gar keine Alternative, als uns für mehr Prävention starkzumachen.

Ich will nun auf die Frage eingehen, nachdem wir die Risiken beleuchtet haben, welche Chancen der Prävention es gibt. Die einfachste Botschaft dazu ist, dass gesund zu leben einfach guttut und zudem ein längeres beschwerdefreies Leben ermöglicht. Dafür gibt es etliche Evidenzen. Nehmen wir beispielsweise die Förderung unseres Bewegungsverhaltens. Metaanalysen zeigen, dass sich bereits bei moderater regelmäßiger Bewegung eine Senkung der Mortalität um 20 bis 34 Prozent erreichen lässt. Bereits bei leichter täglicher Aktivität von 15 Minuten lässt sich das Sterberisiko um etwa 14 Prozent reduzieren – natürlich immer bezogen auf die Zeit; ich glaube, wir springen dem Tod nicht dauerhaft von der Schippe –, was einer um drei Jahre verlängerten Lebenserwartung entspricht. Es gibt die Aussage, dass jede weitere Viertelstunde zusätzliche Bewegung am Tag das Mortalitätsrisiko um weitere 4 Prozent senkt. Also: Mit 15 Minuten an zusätzlicher Bewegung am Tag verschaffen wir uns ein Jahr zusätzliche Lebenserwartung.

Auch wissen wir aus verschiedenen Metastudien, dass das Mortalitätsrisiko bei Übergewichtigen und Adipösen gegenüber Normalgewichtigen deutlich ansteigt.

Wir haben klare Erkenntnisse, dass der Zigarettenkonsum das Mortalitätsrisiko steigert. 80 Prozent der Nichtraucher erreichen das Alter von 70 Jahren. Wer mehr als 25 Zigaretten am Tag raucht, erreicht – statistisch betrachtet – nur mit 50 Prozent Wahrscheinlichkeit das Alter von 70 Jahren. Bei den 85-Jährigen und Älteren sind es dann nur noch 8 Prozent derjenigen, die mehr als 25 Zigaretten am Tag rauchen, die hier noch überleben.

In diesem statistischen Segment befindet sich auch der Altkanzler. Insofern muss man die Schwierigkeit bei der Erläuterung bewältigen zu sagen: Natürlich gibt es solche Kohorten, aber sie sind eben nicht typisch, sie stellen nicht die Wahrscheinlichkeitsrepräsentanz dar.

Bei den Daten für Alkoholkonsum ist es noch ein bisschen komplizierter, weil sich für einen geringen täglichen Konsum in den Statistiken ein leicht protektiver Effekt für das Mortalitätsrisiko gezeigt hat, und zwar bei Männern stärker als bei Frauen. Aber ab 40 Gramm Alkohol am Tag bei Männern und bereits ab 20 Gramm Alkohol pro Tag bei Frauen schlägt das in ein erhöhtes Mortalitätsrisiko um.

Was verstärkt nun die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen? Das sind erstens: je früher, desto besser. Zweitens: Verhalten braucht Verhältnisse. Warum nun „je früher, desto besser“? Wir haben inzwischen vielfältige Ergebnisse der epigenetischen Forschung, die zeigen, dass genetische Anlagen durch Umweltfaktoren verstärkt oder auch modifiziert werden können. Wir können inzwischen verschiedenste Faktoren identifizieren, die eine frühkindliche oder sogar eine intrauterine „Programmierung“ hinsichtlich zukünftiger metabolischer Erkrankungen bewirken können. So stellt beispielsweise das mütterliche Stillen einen nachweislich protektiven Faktor gegenüber einer Adipositas dar. Auf der Folie sehen Sie die unterschiedliche Gewichtsentwicklung von gestillten Kindern im Vergleich zu aus Flaschen ernährten Kindern innerhalb der ersten sechs Lebensjahre.

Das heißt, es wird immer schwieriger, Verhalten zu ändern, wenn es schon sehr früh erworben, ja quasi mit der Muttermilch aufgesogen wurde. Dann braucht Verhalten stützende Verhältnisse.

Es sind immer auch die uns umgebenden Lebensbedingungen, die unser Verhalten beeinflussen, stabilisieren oder auch konterkarieren. Deshalb reicht häufig der bloße Appell an Verhaltensänderungen nicht aus, sondern es bedarf immer auch unterstützender Rahmenbedingungen, damit wir Verhalten stabil und dauerhaft verändern.

Insgesamt wird an den dargestellten Beispielen deutlich, dass wir damit zwar nicht das Leben an sich unendlich werden lassen können – die Fans des Highlanders werden auch die Nachteile eines solchen Anspruchs ewigen Lebens kennen, jedenfalls wenn man nicht umgeben ist von lauter anderen Unsterblichen –, dass wir aber sehr wohl die Lebenszeit, die wir zur Verfügung haben, krankheits- und beschwerdefreier gestalten können. Wir können also mit ihnen unsere Lebensqualität länger erhalten und steigern.

Dieser Zusammenhang hat in der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Debatte unter dem Begriff „compression of morbidity“ Eingang gefunden. Die Hypothese ist, dass die auf unseren Lebenslauf verteilte Krankheitslast sich durch entsprechende Maßnahmen auf die letzten Lebensjahre komprimieren lässt und wir damit unsere krankheitsfreie Zeit auf unsere gesamte Lebensspanne bezogen vergrößern könnten.

Um wie viel wir in den letzten 100 Jahren bereits unsere Morbidität haben komprimieren können, zeigen die beiden linken Flächen, während die rechte Kurve das uns noch verbleibende Potenzial anzeigt.

In diesem Sinne ist das Ziel der Prävention – frei nach Abraham Lincoln – statt: add years to life – add life to years, also: mehr Lebensqualität statt Quantität.

Der französische Philosoph Voltaire hat vielleicht etwas defätistisch formuliert: In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben, in der zweiten Hälfte opfern wir unser Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen.

Lassen sich aber durch Prävention spätere Kosten für die gesundheitliche Versorgung einsparen? Diese Debatte wird ja schon lange und auch konträr geführt. Anfang der Nullerjahre, nach 2000, gab es ein Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit der Hochrechnung, dass durch langfristige Prävention bei den vorherrschenden chronischen Krankheitsbildern insgesamt 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben eingespart werden könnten.

Was viele übersehen haben, auch viele Kommentatoren in der Politik, ist, dass der Sachverständigenrat selbst damals schon anmerkte, dass diese Einsparungen noch saldiert und diskontiert werden müssten, dass also mit jeder Einsparung in einem Krankheitsbereich möglicherweise Mehrausgaben in einem anderen entstehen bzw. dass früher im Leben eingesparten Behandlungskosten möglicherweise höhere Ausgaben in einer späteren Lebensphase bzw. durch ein insgesamt längeres Leben gegenüberstehen könnten.

Tatsächlich zeigt die folgende Aufstellung, dass die jährlich in Deutschland anfallenden Krankheitskosten bis zum 65. Lebensjahr unter dem Durchschnittswert von 3.100 Euro liegen, danach aber schnell auf das Doppelte – bei den 65- bis 84-Jährigen auf 6.520 Euro – und schließlich bei den über 85-Jährigen sogar auf das

Fünffache der durchschnittlichen Kosten ansteigen. Das sind in diesem Beispiel 14.840 Euro.

Eine nähere Analyse dieser Kostenverteilung zeigt aber, dass es sich hierbei nicht um einen ab einem bestimmten Alter einsetzenden linearen Anstieg handelt, sondern die inzwischen in der Gesundheitsökonomie diskutierte Sterbekostenhypothese geht davon aus, dass der Großteil der Krankheitskosten in den letzten Lebensjahren entsteht, dies aber relativ unabhängig vom erreichten Lebensalter.

Der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitskosten würde dann nicht von dem erreichten Alter abhängen, sondern von der Tatsache, dass mit dem nahenden Tod der Aufwand, ihn hinauszuzögern, immer mehr zunimmt und dass, völlig unabhängig davon, welche Krankheit zum Tod führt, wenn eine Behandlungschance besteht, diese einen großen Behandlungsaufwand verursacht.

Unabhängig von möglichen Einsparpotenzialen stellt die Verbesserung der Lebensqualität eine urärztliche Aufgabe dar. Würden wir Prävention, Kuration und Palliation immer gegen die entstehenden Kosten gegenrechnen, wäre Humanität in unserer Gesellschaft bald nicht mehr existent. Dann würden wir zu Trägern kalkulierter Krankheitskosten und -lasten im Sozialversicherungssystem. Dann wäre die Humanität, die Zuwendung zum Nächsten weg.

Auch wenn es oftmals zunächst nicht so den Anschein zu haben scheint, kann man sehr wohl sagen, dass Prävention dem Einzelnen letztlich immer auch ein größeres Maß an Freiheit verschafft: mehr statt weniger Entscheidungsfreiheiten, mit weniger Jahren gesundheitlicher Einschränkungen gibt sie uns länger mehr Bewegungsfreiheit.

Um den Satz von Voltaire noch einmal aufzugreifen: Vielleicht ist es so, dass wir das in unserer ersten Lebenshälfte erworbene Geld in der zweiten Lebenshälfte dafür verwenden können, unsere Gesundheit auch zu genießen und diese Welt zu gestalten.

Max Kaplan wird gleich darauf eingehen, wie Ärzte Patienten vor allem über die Arztpraxis erreichen. Aber es ist auch in vielen anderen Lebensbereichen so, dass wir die Chance haben, präventive Anstrengungen zum Erfolg zu führen: in den Krankenhäusern, in den Kommunen – wir haben vorhin über den Öffentlichen Gesundheitsdienst diskutiert –, in Kindergärten oder Schulen – hier nenne ich das Projekt „Gesund macht Schule“ – oder in Betrieben. In allen diesen Bereichen sind Ärzte tätig, in vielen davon sogar mit einem explizit präventiven Handlungsauftrag. Hierbei denke ich beispielsweise an die Betriebsärzte.

Aber mit der Behauptung, ärztliche Prävention ist sinnvoll, weil sie alle Menschen gut erreichen kann, haben wir noch nicht den Nachweis erbracht, dass sie auch wirksam ist. Das ist ja auch ein Teil der Kulisse dieses Ärztetages: Wie wirksam sind denn eigentlich Maßnahmen der ärztlichen Prävention? Leistungen zulasten der Solidargemeinschaft unterliegen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses besagt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, dass sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Dies gilt gleichermaßen auch für präventive Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Was wissen wir über den Nutzen und die Wirksamkeit ärztlicher Prävention? Ich will Ihnen einige Beispiele für randomisierte kontrollierte Studien zeigen, die diese Wirksamkeit deutlich belegen.

Nehmen wir als Beispiel das Neugeborenenhörscreening. Lag zuvor der Zeitpunkt, an dem die Diagnose einer Hörstörung gestellt wurde, im Durchschnitt erst nach dem zweiten Lebensjahr, so kann nun durch das frühe Screening bereits in der Geburtsklinik die Diagnosestellung in deutlich weniger als sechs Monaten abgeschlossen werden. Die Folge ist: Die betroffenen Kinder kommen frühzeitig in eine Therapie. Sie profitieren, auch wenn natürlich das Gehör nur durch kompensierende Hörgeräte verbessert wird, davon, dass ihr Spracherwerb besser wird, dass ihre soziale Entwicklung besser wird und dass sie sich im Alltag wesentlich besser orientieren können.

Nehmen wir das 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening. Hier gibt es einen deutlich erkennbaren Nutzen in der früheren Diagnose und damit weniger invasiven Behandlung. Insbesondere für Schleswig-Holstein, das gewissermaßen das Pilotland für die Einführung des Hautkrebs-Screenings war, ist anhand inzwischen aufgearbeiteter Nachfolgeuntersuchungen gezeigt, dass die Dicke der Eindringtiefe des Melanoms bei seiner Entdeckung zwischen 20 und 30 Prozent zurückgegangen ist. Wer sich onkologisch auskennt, weiß, dass die Eindringtiefe einen direkten Einfluss auf die Prognose beim malignen Melanom hat.

Deswegen lautet meine Überzeugung: Dieses Hautkrebs-Screening ist wirksam, weil es die Eindringtiefe der Melanome zum Zeitpunkt der therapeutischen Intervention reduziert.

Ich sehe auch, dass das Darmkrebs-Screening gezeigt hat, dass die Neuerkrankungsrate beim Kolonkarzinom um 30 Prozent reduziert und die Mortalität um über 30 Prozent bei natürlich vorhandenen Risiken – Perforationen –, die in der Regel gut beherrschbar sind, gesenkt werden kann. Die Teilnahmerate beträgt zurzeit etwa 18 Prozent. Natürlich bedarf es immer der Aufklärung des Patienten. Es bedarf immer des informierten Einverständnisses. Ich glaube, dass dies auch ein Beispiel dafür ist, wie ärztliche Früherkennung in eine unmittelbare Primärprävention umschlägt, weil wir eben die Adenome entfernen können und die Adenom-Karzinom-Sequenz damit zum Stoppen bringen können.

Ich komme zum Rauchstopp. Auch der Nutzen dieser ärztlichen Primärprävention ist gut erforscht. Eine aktuelle Cochrane-Metaanalyse zeigt, dass bereits eine kurze Intervention von wenigen Minuten die Abstinenzrate von Rauchern um fast 70 Prozent steigern kann.

Eine vergleichbare wissenschaftliche Analyse liegt von der Cochrane Collaboration zur Wirksamkeit einer hausärztlichen Kurzintervention zum Alkoholkonsum vor. Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass eine ärztliche Kurzintervention auch noch nach einem Jahr einen reduzierten Alkoholkonsum von im Durchschnitt 38 Gramm Alkohol pro Woche bewirkt, was etwa vier Standardgetränken – beispielsweise Wein oder Bier – entspricht.

In einer italienischen Studie haben Allgemeinärzte bei gesunden erwachsenen Patienten eine 15-minütige Ernährungsberatung durchgeführt und diese durch Mitgabe einer Broschüre unterstützt. Nach einem Jahr ließ sich zeigen, dass nur in der Inter-

ventionsgruppe der Body Mass Index gesunken war und in dieser Gruppe auch die wöchentlich verzehrten Obst- und Gemüseportionen zugenommen und die Fleischportionen abgenommen hatten.

Eine Auswertung der Daten des Ende der 90er-Jahre in Deutschland durchgeführten Bundesgesundheits surveys ergab, dass etwa 7 Prozent der Teilnehmer nach eigener Auskunft in den letzten zwölf Monaten von ihrem Arzt zur Aufnahme oder zur Fortführung sportlicher Aktivitäten beraten worden waren.

Jetzt können Sie sagen: Das ist nicht viel. Interessant ist die Tatsache, dass über die Hälfte derjenigen, die angegeben haben, beraten worden zu sein, aussagten, dass dies auch Veränderungen ihres Bewegungsverhaltens bewirkt hat.

Um noch validere Daten zum Nutzen ärztlicher Bewegungsberatung zu erhalten, führen wir hier in Nordrhein derzeit zusammen mit der Sporthochschule Köln eine Studie in Kölner und Düsseldorfer Praxen durch. Dabei werden im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung Patienten ab 35 Jahren, die bewegungsarm sind, sowie solche mit einem Body Mass Index über 25 angesprochen und mithilfe eines motivierenden Interviews zu mehr Bewegung veranlasst. Gemessen wird die Veränderung anhand eines Schrittzählers, mit dem die Probanden anschließend ausgestattet werden. Wenn einen dieser Schrittzähler täglich begleitet, kann man beispielsweise feststellen, dass man von heute Morgen bis jetzt 3.288 Schritte zurückgelegt hat. Damit habe ich also noch ein tüchtiges Pensum für heute vor mir, um die 10.000 Schritte zu erreichen.

(Beifall)

– Applaus vielleicht erst um Mitternacht.

Wir wollen damit auch sehen, ob die ärztliche Beratung einen Beitrag zur Umsetzung der WHO-Bewegungsempfehlungen leisten kann, für deren Vorgaben von 30 Minuten Bewegung pro Tag die 10.000 Schritte pro Tag ein Äquivalent darstellen.

Meine Zusammenfassung lautet: Es gibt eine Vielzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Nutzen der Prävention und zur Wirksamkeit der ärztlichen Prävention, von der wir einen Großteil auch auf unserem wissenschaftlichen Präventionssymposium der Bundesärztekammer im vergangenen Oktober diskutiert haben und dessen Beiträge Sie in dem Ihnen vorliegenden Symposiumsband finden.

Leider gibt es in der alltäglichen Praxis noch viele Hindernisse. Eins ist aber klar: Wir brauchen nicht nur unseren ärztlichen Willen, wir brauchen auch den politischen Willen, Ärzte in der Prävention zu stärken. Dazu muss man in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen, aber nicht nur in gesellschaftlichen Teilbereichen, nicht nur in pädagogischen Anstrengungen, nicht nur in massenmedialen Anstrengungen, sondern auch durch Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte die Prävention stärken, eben auch in der ärztlichen Tätigkeit.

Ich würde ein Präventionsgesetz neben anderem auch daran messen, ob es eine gute Grundlage dafür bietet, diese ärztliche Anstrengung zu stärken. Die Vorläuferversionen aus den Jahren 2005 und 2008 hatten die ärztliche Prävention weitgehend vernachlässigt und vorwiegend Maßnahmen der Krankenkassen sowie in Lebenswelten wie beispielsweise Kindergärten und Schulen gestärkt. Das ist ein ver-

dienstvolles Tun, das nicht abzuwerten, nicht abzulehnen ist, aber eben die Chance der ärztlichen Prävention nicht nutzt.

Was uns für das neue Gesetz besonders wichtig erscheint, haben wir im Vorstandsantrag II-02 dargelegt, nämlich dass neben der Prävention in Lebenswelten auch die Verhaltensprävention durch den Arzt gestärkt werden muss. Es muss ein Bewusstsein für gesundheitsförderliches Verhalten entstehen, sodass dann eine Verstärkung durch die Gestaltung der Umwelt erfolgen kann. Es wird kein gesundes Schulesen geben, solange Lehrer, Eltern und Schüler dessen Sinn nicht verstanden haben.

Die bestehenden Präventionsangebote müssen besser mit den ärztlichen Bemühungen und Anstrengungen verzahnt werden, wie wir es jetzt beispielsweise schon mit dem Rezept für Bewegung in vielen Landesärztekammern tun und wie es im letzten Gesetzentwurf der schwarz-gelben Koalition mit der ärztlichen Präventionsempfehlung auch intendiert war.

Entsprechend sind wir auch sehr dafür, dass in den bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene das Assessment gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine entsprechende ärztliche Beratung mit einbezogen werden.

Wir stellen uns so etwas vor wie die Entwicklung einer gemeinsamen Präventionsvereinbarung zwischen Arzt und Patient.

Des Weiteren sollten mit dem Präventionsgesetz die bestehenden zeitlichen Lücken im Kinder- und Jugendalter geschlossen werden.

Wir wollen auch sichergestellt wissen, dass das, was wir untersuchen und herausfinden, vernünftig wissenschaftlich begleitet wird und dass sichergestellt ist, dass daraus auch ein Nutzen für die Bevölkerungsmedizin gezogen werden kann, dass wir ein Feedback für unser Tun erhalten und eine sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Programme möglich wird.

Der letzte Gesetzentwurf von 2013 sah neben einer inhaltlichen Überarbeitung auch eine zeitlich flexiblere Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V vor. Es ist schwer einzusehen, warum Prävention bei Erwachsenen schematisch erst mit dem 35. Lebensjahr beginnen soll, wenn gerade Risikofaktoren mit langer Latenz in Rede stehen.

Selbstverständlich ist, dass alle genannten zusätzlichen und neuen primärpräventiven Aufgaben auch in der ärztlichen Honorierung abgebildet werden müssen. Aber das wird dann nicht geschehen, wenn wir sagen: Diese Maßnahmen sind gar nicht notwendig. Es wird nur dann geschehen, wenn wir sagen: Mit diesen Maßnahmen können wir etwas bewirken. Damit wir das sagen können, ist es richtig, dass wir Präventionsmaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen danach trennen, wie gut oder wie schlecht sie evaluiert sind.

Das, was wir anstreben müssen, ist in einem Zeitalter, in dem es den Versuch der frühen Nutzenbewertung von neu eingeführten Arzneimitteln durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz gibt, dass wir auch bei den Präventionsmaßnahmen eine Wirksamkeitsanalyse, eine Evidenzbasierung brauchen. Dafür müssen wir uns einsetzen, wenn wir wirklich wollen, dass dann auch eine adäquate Vergütung fließt.

Mit dem neuen Gesetz sollte zudem die Rolle der Betriebsärzte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Rolle der Primärprävention und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gestärkt werden. Die Betriebsärzte sind wahrscheinlich die einzigen, die aufgrund ihrer Qualifikation medizinische Befunde im Betrieb erheben und sie auch vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen des jeweiligen Betriebs interpretieren können. Deshalb ein Ja dazu, ein stärkeres Augenmerk auf die betriebliche Gesundheitsförderung zu richten und die zunehmenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sowie die demografischen Veränderungen in den Belegschaften in den Blick zu nehmen.

Über die vielfältigen Aufgaben und die noch weiterzuentwickelnden Potenziale des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben wir vorhin gesprochen. Ich will jetzt nichts wiederholen.

Es gibt vielfältige Ansatzpunkte, die Prävention mit dem Einsatz von uns Ärztinnen und Ärzten zu stärken und zu gestalten. Ich habe zu zeigen versucht, dass damit ein gesellschaftlicher Mehrwert, wie man es modern nennt, verbunden ist. Vor allen Dingen ist ein größeres Wohlbefinden der Betroffenen damit verbunden. Die Investition in Prävention und Gesundheit lohnt sich – für den Einzelnen wie für die Gesellschaft als Ganzes. Wirksamkeit und Evidenzkontrolle vorausgesetzt, leisten wir als Ärzteschaft dazu gerne unseren Beitrag.

Herzlichen Dank, dass Sie mir mit Geduld zugehört haben.