

**117. Deutscher Ärztetag 2014**

---

## **Stenografischer Wortbericht**

**Referate**

TOP II Prävention

Dr. med. Max Kaplan, München

Vorsitzender der Deutschen Akademie für  
Allgemeinmedizin

Dr. Kaplan, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Vorstandsmitglieder! Sehr geehrte Delegierte! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem Ihnen Rudolf Henke die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit der Prävention, aber auch deren Janusköpfigkeit erläutert hat, ist es jetzt meine Aufgabe, Ihnen die Umsetzung in der täglichen Praxis am Beispiel der hausärztlichen Praxis darzustellen.

Was ist der Benefit der Prävention in der ärztlichen Praxis? Der Arzt ist vom Patienten als Gesundheitsberater gefragt und erwünscht. Das ergab eine Studie von Roland Berger. Bei dieser Studie haben 81 Prozent der Befragten gesagt: Ich würde an einem Vorsorgeprogramm in meiner Arztpraxis teilnehmen. 44 Prozent haben erklärt: Mein Arzt ist mein lebenslanger Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen.

Die Praxis ist auch der ideale Ort zur Thematisierung von Gesundheitsfragen, weil sie einen geschützten Raum darstellt. Voraussetzung ist natürlich ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Es ist notwendig, alle sozialen Schichten zu erreichen. Auch das ist nur in der Arztpraxis gewährleistet.

In einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, durchgeführt vom Robert-Koch-Institut, wurde festgestellt, dass wir in der Arztpraxis die sozial Benachteiligten genauso erreichen wie die sogenannte Mittelschicht. Wir erreichen sie sogar besser als die Privilegierten.

Der Zugang zur Prävention muss niederschwellig sein. In der erwähnten Studie wurde festgestellt, dass 97 Prozent der Erwachsenen einmal jährlich einen Arzt aufsuchen und dass 80 Prozent einmal pro Jahr zu ihrem Allgemeinarzt gehen. Sie kennen die Studie, dass es in Deutschland pro Jahr durchschnittlich 18 Arzt-Patienten-Kontakte gibt.

Wir sehen also, dass die hausärztliche Praxis primär für die Prävention disponiert ist. Das ist so, weil der Hausarzt die Patienten über Jahre, ja Jahrzehnte, manchmal das ganze Leben hindurch begleitet. Dies geschieht im familiären und sozialen Kontext. Der Hausarzt kennt die Familie und das soziale Umfeld, sowohl das berufliche als auch das gesellschaftliche.

In der Hausarztpraxis haben wir die Möglichkeit der frühzeitigen Intervention. Es besteht die Möglichkeit der Nutzung von – jetzt gebrauche auch ich einen Anglizismus – „teachable moments“. Wir haben die Chance, den Patienten genau zu dem Zeitpunkt zu erwischen, wenn er für eine präventive Behandlung zugänglich ist.

Was hat der Gesetzgeber vorgesehen? In § 25 SGB V sind Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und ein Check-up ab 35 Jahren niedergelegt. Da geht es um eine Sekundärprävention im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen. Wir wünschen uns, dass das auf die Primärprävention erweitert wird.

In § 25 a sind organisierte Früherkennungsprogramme und Screeningprogramme zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Zervix, Mamma, Haut, Prostata, Darm) aufgeführt.

In § 26 geht es um die Kinderuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. Hier sind bisher nur die Kinder im Alter von eins bis sechs Jahren berücksichtigt. Das ist natürlich nicht ausreichend. Das muss erweitert werden bis auf zehn Jahre. Neben der J1 brauchen wir eine Ergänzung um eine J2 mit 16 bis 18 Jahren.

Ich komme zum Nutzen von Screeningprogrammen. Darüber wurde gerade am letzten Wochenende in den Medien heftigst diskutiert. Natürlich ergreifen wir in der Hausarztpraxis Screeningprogramme. Ich nenne beispielhaft das Prostata-Screening, das Hautkrebs-Screening, das PSA. PSA ist mittlerweile eigentlich obsolet. PSA wenden wir nicht mehr im Rahmen von Screeningmaßnahmen an. Das haben wir gelernt, da haben wir reagiert. Jetzt geht die Diskussion vor allem um das Mammografiescreening.

Was soll ein Screeningprogramm erreichen? Es soll dazu dienen, frühzeitig eine Krebserkrankung zu erkennen, damit die Therapie frühzeitig beginnen kann und die Therapie möglichst erfolgreich verlaufen kann.

Natürlich geht es auch um die Senkung der Mortalitätsrate. Es geht beim Mammakarzinom um die Senkung der Zahl von Intervallkarzinomen. Natürlich geht es auch hier darum, den Tumor möglichst früh zu erkennen.

Es gibt natürlich auch gewisse Probleme und Risiken. Auch darüber müssen wir die Patientinnen und Patienten aufklären und informieren, damit sie von einer richtigen Voraussetzung ausgehen. Der „Gesundheitsmonitor“ vom Bertelsmann-Verlag hat ergeben, dass 30 Prozent der Frauen, die sich einem Mammografiescreening unterziehen, davon ausgehen, dass dadurch eine Krebserkrankung verhindert werden kann. Diese hohe Erwartungshaltung müssen wir enttäuschen. Da müssen wir zu unseren Patienten ehrlich sein. Es ist gerade der Hausarzt, der oft um Rat gefragt wird: Soll ich mir das antun oder nicht? Hier muss man Risiko und Nutzen abwägen.

Eine Modellrechnung des Deutschen Krebszentrums hat ergeben, dass, wenn 1.000 Frauen 20 Jahre lang alle zwei Jahre zum Mammografiescreening gehen, fünf Frauen davon ausgehen können, dass sie an dem festgestellten Mammakarzinom nicht sterben werden. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass bei fünf Frauen der Verdacht auf Krebs geäußert wird, was sich hinterher nicht bestätigt.

Ich glaube, diese Problematik müssen wir noch etwas diskutieren. Wir müssen offen damit umgehen. Aber grundsätzlich sind Screeningmaßnahmen natürlich absolut sinnvoll, aber nie als Einzelmaßnahme, sondern immer im Gesamtkontext der ärztlichen Behandlung, sprich: Anamnese, Untersuchung und dann die ergänzenden technischen Maßnahmen. Ich denke, das ist eine wichtige Aufgabe, die wir in unserer täglichen Praxis schultern müssen.

Ich komme zurück zu unserer Forderung nach mehr Primärprävention im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Man muss sich zuerst die Frage stellen: Welche Probleme gibt es hier? Welche Hindernisse stellen sich uns in den Weg? Zum einen gibt es hier nur einen äußerst begrenzten gesetzlichen Auftrag, fast keinen zur Durchführung der Primärprävention, sondern diesen Auftrag haben primär die Krankenkassen. Die Krankenkassen benutzen die Primärprävention verstärkt für Marketingmaßnahmen. Wir sind bezüglich der Primärprävention eigentlich nur für die Durchführung von Schutzimpfungen und für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen.

Wichtig ist natürlich auch die Frage: Wie können wir die Primärprävention in die tägliche Praxis integrieren? Nachdem wir unter einer Arbeitsverdichtung leiden, ist es ganz wichtig, dass wir uns ein effektives Praxismanagement überlegen, um aus dem Praxisalltag heraus Präventivmaßnahmen ergreifen zu können.

Das können wir sicherlich nicht alleine schultern, sondern genau dafür müssen wir unsere Medizinischen Fachangestellten entsprechend qualifizieren und mit einbeziehen. Das gilt sicherlich auch für die anderen Gesundheitsberufe. Darauf werde ich noch zurückkommen.

Wo sehen wir die Chancen der Primärprävention, wo die Herausforderungen? Häufige Beratungsanlässe in der hausärztlichen Praxis sind vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen und auch Stoffwechselerkrankungen. Bei diesen Beratungsanlässen sollten wir die Chance nutzen, Risikofaktoren zu erforschen und zu erfassen.

Das kann man am besten durch Managementtools bezüglich Ernährungsstatus, Bewegungsstatus, Suchtmittelkonsum und psychischen und sozialen Belastungsfaktoren.

Der Brückenschlag zur primären Prävention erfolgt dadurch, dass wir aus diesem Profil heraus das ärztliche Gespräch führen. Entscheidend ist, dass man die richtige kommunikative Ebene und vor allem auch die Zeit für das Gespräch findet, bei dem die Risikofaktoren dargestellt werden und eine Motivierung zur Verhaltensänderung erfolgen kann. Eine Verhaltensänderung ist der Kernpunkt im Bereich der Primärprävention.

Rudolf Henke hat vorhin schon erwähnt, dass wir den Patienten entsprechend mit einbeziehen müssen. Wir müssen seine Eigenverantwortlichkeit fördern und ihn als Partner sehen und dürfen ihm nicht irgendein Präventionsprogramm überstülpen.

Hilfreich für diese Motivationsarbeit sind die bereits erwähnten Managementtools. Ich möchte Ihnen jetzt das arriba-Tool vorstellen, das mir dankenswerterweise Professor Donner-Banzhoff zur Verfügung gestellt hat. Es geht um Risikofaktoren im kardiovaskulären Bereich. Konkret handelt es sich hier um einen 56-jährigen Mann. Er ist Raucher, hat einen erhöhten Blutdruck von 155, ein Gesamtcholesterin von 250, HDL 30. Er ist Diabetiker mit einem HbA1c von 6,5. Das klingt eigentlich gar nicht so schlimm.

Der Patient mit diesem Risikoprofil hat eine Wahrscheinlichkeit von 35,6 Prozent, dass er in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommt. Das Durchschnittsrisiko bei einem 56-Jährigen liegt bei 8,9 Prozent.

Was sollen wir dem Patienten raten? Zunächst würde man den Patienten wohl medikamentös behandeln. Das heißt, man gibt ihm einen Blutdrucksenker und gegen den Diabetes ein Metformin. Dadurch würde man das Risiko von 35,6 Prozent auf 18,7 Prozent reduzieren. Gibt man wegen des erhöhten Cholesterinspiegels ein Statin hinzu, senken wir das Risiko auf 15 Prozent.

Die Verhaltensprävention ist das deutlich Aufwendigere. Das heißt, der Raucher stellt das Rauchen ein, er stellt die Ernährung um und er bewegt sich etwas mehr. Dann reduziert sich das Risiko von 35,6 Prozent auf 12,3 Prozent und weicht nur noch gering vom Durchschnittsrisiko eines 56-Jährigen ab.

Entscheidend bei der Beratung und der Motivationsarbeit ist, auf das Verhalten des Patienten im Sinne einer Verhaltensänderung einzuwirken. Man wird sicherlich beides tun: sowohl Verhaltensänderung als auch eine entsprechende Medikation.

Wenn wir das Gespräch geführt und das Risiko dargestellt haben, geht es darum, dass wir dem Patienten ein ärztliches Angebot unterbreiten, welche präventiven Maßnahmen wir als sinnvoll erachten. Es wäre natürlich hilfreich, wenn entsprechende standardisierte Präventionsprogramme zur Verfügung stünden, gerade bei besonders stark belasteten Patienten im Herz-Kreislauf-Sektor, aber auch bei psychischer Belastung, sozialer Belastung oder Suchtmittelkonsum. Wir haben bereits entsprechende Curricula für die Qualifizierung unserer Kolleginnen und Kollegen bezüglich der Raucherberatung, der Tabakentwöhnung, aber auch der Ernährungsberatung entwickelt. Rudolf Henke hat das Rezept für Bewegung genannt. Das ist ein Rezept für etwas, was man nicht rezeptieren müsste. Aber durch die Rezeptierung hat es eine andere Wertigkeit. Schließlich geht es auch darum, Lebenshygieneberatung durchzuführen.

Die ärztliche Präventionsempfehlung sollte auf jeden Fall eine partizipative Entscheidungsfindung sein. Das heißt, dass wir den Patienten als gleichwertigen Partner ansehen. Wir sollten dazu beitragen, dass er die Möglichkeit hat, seine Selbstkompetenz im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern. Schließlich ist es wichtig und notwendig, dass ganz klare Präventionsziele vereinbart werden. Wir müssen den Patienten begleiten, wir müssen ihn beraten, wir müssen ihn regelmäßig einbestellen, um die entsprechende Hilfestellung geben zu können.

Bei allen Empfehlungen ist natürlich der individuelle und soziale Kontext zu berücksichtigen. Eine Bevormundung oder gar Stigmatisierung des Patienten müssen wir vermeiden. Wir müssen bei aller Sinnhaftigkeit von Prävention mit den Ressourcen sparsam umgehen. Deshalb spricht die DEGAM bereits von der Notwendigkeit einer quartären Prävention. Das bedeutet die Vermeidung unnötiger potenziell schädigender Medizin und die Verhinderung von Überdiagnostik und Übertherapie. Es geht darum, das medizinisch Mögliche dem individuell Benötigten und Gewünschten anzupassen. Das bedeutet, dem Patienten zuzuhören und mit ihm die Präventionsmaßnahmen zusammen zu vereinbaren, damit der Patient auf das eingehen kann, was er erwartet und was er wünscht.

Natürlich müssen wir auch hier die evidenzbasierte Medizin berücksichtigen. Das heißt, wir müssen die prädiktiven Werte eines diagnostischen Tests richtig einschätzen können. Das ist eine Empfehlung von Professor Gigerenzer, der uns unterstellt, dass wir keine Statistiken lesen können und deswegen Patienten falsch beraten.

Ich fasse zusammen: Das Ziel der primären Prävention sind die gezielte Krankheitsvermeidung und allgemeine Gesundheitsverbesserung, die Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen und die Steigerung der Lebensqualität. Die Präventionsstrategie muss immer fragen: Welche Risiken können vermieden werden? Welche Ressourcen können gestärkt werden im Sinne einer Salutogenese?

Der Arzt nimmt eine Schlüsselstellung ein und sollte bzw. muss als Präventionslotse diese Aufgaben übernehmen. Er hat die zentrale Position in der Gesundheitsförderung und Prävention. Nur der Arzt kennt das individuelle Risiko des Patienten. Nur hier kann die Präventionsempfehlung im geschützten Raum erfolgen. Notwen-

dig sind strukturierte Präventionsprogramme. Erforderlich ist natürlich auch die Einbeziehung der anderen Gesundheitsberufe, die Delegation von präventiven Aufgaben an geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, an die Medizinischen Fachangestellten.

Aber wir müssen natürlich auch andere Hilfen anbieten: Ernährungsberatung, zertifizierte Bewegungsangebote, Suchtberatung und frühe Hilfen, Jugendhilfen, Familienhilfe. Hierzu brauchen wir weitere Institutionen des Gesundheitsbereichs, beginnend bei der BZgA über die Selbsthilfe bis zum Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Jugendamt, der DHS, den Sportvereinen und sicherlich auch den Apothekern. Die Apotheker sind Partner, aber keine Präventionslotsen.

Prävention ist kein Selbstzweck, sondern dient der Lebensqualität des Individuums. Die WHO hat in ihrer Charta von Ottawa von 1986 festgestellt:

*Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.