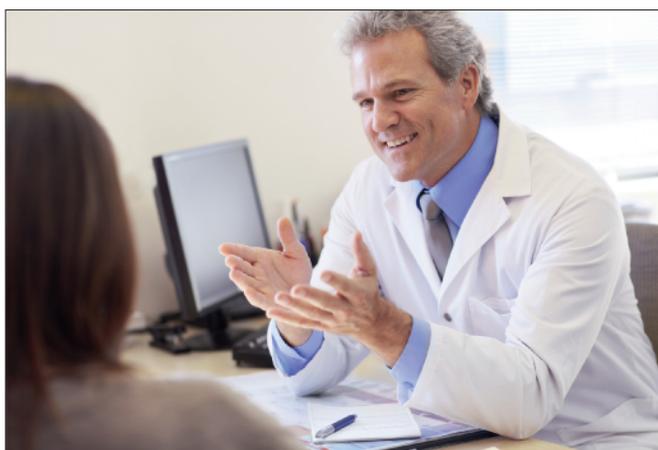


**Thema:** Auf der Agenda der Regierungskoalition in Berlin steht ein Präventionsgesetz, dessen Entwurf noch vor Jahresende im Bundeskabinett beraten werden soll. Das war Grund genug für den Deutschen Ärztetag, dem Thema in diesem Jahr einen eigenen Tagesordnungspunkt zu widmen und die ärztliche Perspektive zu definieren.

von Rudolf Henke

## Gesundheitsvorsorge als integraler Bestandteil ärztlicher Arbeit



**A**ls Ärzte sind wir immer wieder an den unterschiedlichsten Stellen des Kontinuums von Gesundheit, Krankheit und Tod präventiv tätig: Mal als Berater hinsichtlich der Gesunderhaltung und möglicher Gesundheitsrisiken, mal im Bereich der Krankheitsfrüherkennung oder auch in der Stabilisierung des Heilerfolges und der Rehabilitation. Entsprechend definiert unsere Berufsordnung als ärztliche Aufgabe, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“ Damit sind neben der Kuration, der Rehabilitation und Palliation auch der Schutz der Gesundheit und im umfassenderen Sinne sogar der Erhalt einer gesunden Umwelt als ärztlicher Handlungsauftrag formuliert. Prävention wird so nicht nur zum Auftrag am einzelnen Menschen, sondern auch zu einem gesellschaftlichen Auftrag.

Robert Koch entwickelte Ende des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage seiner Erkenntnisse über Krankheitserreger ein ätiologisches Modell für die Entstehung von Infektionskrankheiten, das auf dem Zusammenwirken der Trias Agens – Umwelt – Wirt basiert. Demnach bedingt die Beschaffenheit aller drei Faktoren die Entstehung einer Krankheit. So dramatisch die Auswirkungen der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert noch waren, so vergleichsweise einfach ist es, ihnen vorzubeugen, sind die Zusammenhänge zwischen dem auslösenden Faktor, den Umweltfaktoren und dem Wirt erst einmal erkannt.

Die im 19. Jahrhundert noch vorherrschenden Infektionskrankheiten haben wir inzwischen, auch dank guter Hygiene und wirksamer Impfungen, erfolgreich zurückdrängen können.

### Genuss ist jetzt – Krankheit ist später

Komplizierter wird Prävention bei den heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen, weil diese in der Regel multifaktoriell bedingt sind, sodass sich oftmals keine einfachen Ursache-Wirkung-Beziehungen ausmachen lassen. Vielmehr kommt es hierbei zu vielfältigen Interaktionen, die die Vorhersage einer Erkrankung und eine wirksame Prävention erschweren. Wahrheiten werden somit zu Möglichkeiten und Krankheitsfaktoren zu bloßen Risikofaktoren.

Damit wird es auch schwieriger, von uns erhobene Parameter hinsichtlich ihres prädiktiven Werts für eine Erkrankung zu interpretieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Man denke an die Diskussionen um pathologische Blutdruck- oder Cholesterinwerte oder die Interpretation des PSA-Wertes. Selbst zelluläre Strukturen sind nicht immer eindeutig in benigne oder maligne zu differenzieren. Gerade auch in der Prävention müssen wir daher darauf achten, nicht Gesunde zu Kranken zu erklären – mit all dem damit für den Patienten verbundenen negativen psychischen und therapeutischen Folgen.

Erschwerend kommt in der Prävention chronischer Erkrankungen hinzu, dass wir es bei ihnen in der Regel mit langen Latenzzeiten zu tun haben: Während der Zusammenhang zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr und einer HIV-Infektion noch gut vermittelbar ist und entsprechende präventive Botschaften leicht nachvollziehbar sind, ist dies für das Essen fettiger Speisen und einer Adipositas nicht mehr so leicht möglich. Genuss ist jetzt – Krankheit ist später.

Wir stoßen mit der Primärprävention zudem auch an ethische Grenzen. Denn viele der heute relevanten Risikofaktoren haben mit Verhaltensweisen zu tun, die tief in individuellen Alltagsgewohnheiten verwurzelt sind – denken wir zum Beispiel an das, was wir essen, wie wir uns bewegen, oder unseren Umgang mit den alltäglichen Suchtmitteln wie Tabak oder Alkohol. Solche „lieben“ Gewohnheiten sind vom Arzt nicht ohne Weiteres anzusprechen, da dies vom Patienten möglicherweise als Angriff auf die Persön-

lichkeit und Privatsphäre verstanden werden könnten, insbesondere wenn eine Beratung vom Patienten gar nicht angefragt wurden.

Zudem sind Verhaltensweisen auch auf der Seite des Patienten nur schwer zu verändern, da sie oftmals bereits frühzeitig erworben oder tagtäglich im sozialen Umfeld stabilisiert werden. Doch auch solche ärztlichen Ansprachen sind erlernbar. Der bloße Appell an ein gesundheitsgerechtes Verhalten unterschätzt hingegen die Macht der Verhältnisse der uns umgebenden Lebensbedingungen. Wir brauchen somit in unseren Lebenswelten Rahmenbedingungen, die es uns ermöglichen, unsere kognitiv gewonnenen Erkenntnisse auch in gesundheitsgerechtes Verhalten umzusetzen und dies im Alltag zu stabilisieren.

### Wirkungen und Chancen

Worin liegen also die Chancen der Prävention? Die einfachste Botschaft hierzu ist, dass gesund leben einfach gut tut und uns zudem ein längeres beschwerdefreies Leben ermöglicht. Evidenzen hierfür liegen reichlich vor. Nehmen wir zum Beispiel unser Bewegungsverhalten: 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 am Tag lässt sich das Sterberisiko um etwa 14 Prozent reduzieren, was einer um 3 Jahre verlängerten Lebenserwartung entspricht.

Auch wissen wir aus verschiedenen Meta-Studien, dass das Mortalitätsrisiko bei Übergewichtigen und Adipösen gegenüber Normalgewichtigen deutlich ansteigt. Auch für den Zigarettenkonsum ist belegt, wie das Mortalitätsrisiko mit der Menge der täglich gerauchten Zigaretten zunimmt. Die Daten für Alkoholkonsum hingegen zeigen für einen geringen täglichen Konsum noch einen leicht protektiven Effekt für das Mortalitätsrisiko, der bei Männern stärker als bei Frauen ausfällt, der dann aber ab 40 Gramm Alkohol pro Tag bei Männern und bei Frauen bereits ab 20 Gramm pro Tag in ein erhöhtes Mortalitätsrisiko umschlägt.

Da es immer auch die uns umgebenden Lebensbedingungen sind, die unser Verhalten beeinflussen, stabilisieren oder auch konterkarieren, bedarf es für Verhaltensänderungen unterstützender Rahmenbedingungen, um Verhalten stabil und dauerhaft zu verändern. Insgesamt gilt für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen, dass wir damit zwar nicht das Leben an sich verlängern können, dass wir aber sehr wohl die Lebenszeit, die wir zur Verfügung haben, krankheits- und beschwerdefreier gestalten können, wir also mit ihr unsere Lebensqualität länger erhalten und auch steigern können.

Umstritten ist, ob sich durch Prävention Kosten für eine spätere gesundheitliche Versorgung einsparen lassen. Doch unabhängig von möglichen Einsparpotenzialen stellt die Verbesserung der Lebensquali-

tät eine urärztliche Aufgabe dar. Würden wir Prävention, Kuration und Palliation stets an den entstehenden Kosten ausrichten, wäre Humanität in unserer Gesellschaft bald nicht mehr existent.

### Wirksamkeit ärztlicher Prävention

Viele objektive Faktoren sprechen dafür, dass dem Arzt eine zentrale Funktion in der Prävention zukommt und zukünftig auch tatsächlich zukommen sollte. Ärztinnen und Ärzte erreichen Patienten über die Arztpraxis und zusätzlich über viele andere Settings wie zum Beispiel die Krankenhäuser, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kindergärten oder Schulen – so zum Beispiel im Programm „Gesund macht Schule“ in über 300 rheinischen Grundschulen. In all diesen Bereichen sind Ärztinnen und Ärzte tätig, in vielen davon sogar mit einem explizit präventiven Handlungsauftrag.

Zur Frage des Nutzens ärztlicher Prävention liegen inzwischen Ergebnisse aus verschiedensten randomisierten kontrollierten Studien vor, die deren Wirksamkeit deutlich belegen. Diese zeigt sich zum Beispiel auch in vielen der bestehenden Screening-Untersuchungen – trotz aller nachvollziehbaren und auch wichtigen Diskussionen über deren Nutzen im Verhältnis zu möglichen Schäden. So hat das im Jahr 2008 eingeführte Neugeborenen-Hörscreening dazu geführt, dass durch die frühe Untersuchung bereits in der Geburtsklinik die Diagnosestellung im Durchschnitt in deutlich weniger als 6 Monaten abgeschlossen werden kann. Zuvor lag der Zeitpunkt, an dem die Diagnose einer Hörstörung gestellt wurde, erst nach dem 2. Lebensjahr. Dadurch können die betroffenen Kinder frühzeitig einer Therapie zugeführt werden und profitieren entsprechend deutlich hinsichtlich ihres Spracherwerbs und ihrer sozialen Entwicklung.

Auch das seit 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening hat einen deutlich erkennbaren Nutzen in der früheren Diagnose und damit weniger invasiven Behandlung – bei geringen Risiken. Als großer Erfolg muss auch die im Rahmen der Darmkrebs-Früh-



**Rudolf Henke,**  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein:  
Die Verbesserung der Lebensqualität stellt eine urärztliche Aufgabe dar.  
Foto: Jochen Rolfes

erkenntnis 2002 eingeführte Koloskopie gelten. Durch sie kann die Neuerkrankungsrate deutlich reduziert und die Mortalität um über 30 Prozent gesenkt werden. Die möglichen Risiken sind sehr selten und in der Regel gut beherrschbar. Leider ist hier die Teilnehmerate mit circa 18 Prozent noch zu gering.

Für alle Screening-Untersuchungen gilt, dass sie immer einer umfassenden Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken und entsprechend seines informierten Einverständnisses bedürfen. Wir müssen noch vermehrt über diese eindeutig positiven Screening-Untersuchungen informieren und für sie motivieren, damit durch sie nicht vor allem diejenigen die erreicht werden, die ohnehin gesundheitsbewusst leben und häufig nur ein geringes Krankheitsrisiko aufweisen.

### Primärprävention beim Arzt: Das geht

Auch der Nutzen der ärztlichen Primärprävention ist inzwischen gut erforscht – zum Beispiel hinsichtlich der Beratung von Rauchern. Eine aktuelle Cochrane-Meta-Analyse 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. Danach führt eine solche Intervention – im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Intervention – zu einem reduzierten Alkoholkonsum von im Durchschnitt 38 Gramm Alkohol/Woche auch noch nach einem Jahr, was etwa vier Glas 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 feststellen, dass nur in der Interventionsgruppe der BMI gesunken war, und in dieser auch die wöchentlich verzehrten Obst- und Gemüseportionen zu- 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 12 Monate von ihrem Arzt zur Aufnahme oder Fortführung sportlicher Aktivitäten beraten worden waren. Das mag zunächst erst einmal nicht viel erscheinen, doch immerhin berichtete mehr als die Hälfte derjenigen, die beraten wurden, von Veränderungen des eigenen Bewegungsverhaltens.

Es gibt also eine Vielzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Nutzen der Prävention und zur Wirksamkeit der ärztlichen Prävention. Deshalb brauchen wir den politischen Willen, Ärztinnen und Ärzte in der Prävention zu stärken. Wenn man Prävention politisch aufwerten will, so muss man dies in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen tun – und damit eben auch in der ärztlichen Versorgung. Dazu könnte das geplante Präventionsgesetz eine gute Grundlage bieten. Investition in Prävention und Gesundheit lohnt sich, für den Einzelnen wie für die Gesellschaft als Ganzes. Wir leisten dazu als Ärzteschaft gerne unseren Beitrag.

Dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des Grundsatzreferats, das der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, **Rudolf Henke**, als Vorsitzender der Präventionsgremien der Bundesärztekammer beim 117. Deutschen Ärztetag im Mai in Düsseldorf gehalten hat. Das Referat findet sich im Wortlaut auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein ([www.aekno.de/page.asp?pageID=11254](http://www.aekno.de/page.asp?pageID=11254)).

Weitere Informationen einschließlich der Ärztetagsbeschlüsse zum Thema Prävention stehen auf der Homepage der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de)) in der Rubrik Ärztetag.

### Stärkung der ärztlichen Prävention durch ein Präventionsgesetz

Ärzte sind für ihre Patienten wichtige Ansprechpartner nicht nur in Krankheits- sondern auch in Gesundheitsfragen, sie können alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gut erreichen und ihre Beratung ist nachhaltig wirksam. Deshalb soll das geplante Präventionsgesetz laut einer Entschließung des 117. Deutschen Ärztetags folgende Elemente enthalten:

- Neben der geplanten Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten muss es eine Stärkung der Verhaltensprävention durch den Arzt sowie eine bessere Verzahnung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen im Sinne eines Policy-Mixes vorsehen.
- Die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollen erweitert und die Erkennung und Bewertung von Risiko- und Belastungsfaktoren sowie eine darauf ausgerichtete ärztliche Beratung zu ihren festen Be-

standteilen werden. Dazu gehört auch eine Information über frühe Hilfen und eine Vermittlung in entsprechende Unterstützungsangebote. Hierfür müssen die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden.

- Die bestehenden Untersuchungslücken im Kindes- und Jugendalter – insbesondere zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr sowie nach dem 15. bis zum 18. Lebensjahr – sind zu schließen und die Ergebnisse der Untersuchungen begleitend zu evaluieren, um sie besser bevölkerungsmedizinisch nutzen und die Untersuchungsinhalte weiterentwickeln zu können.
- Die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V soll als primärpräventive Untersuchung und zeitlich flexibler ausgestaltet werden.
- Das bereits im letzten Entwurf für ein Präventionsgesetz enthaltene Konzept für eine ärztliche Präventionsempfehlung soll im geplanten Gesetz grundsätzlich wieder aufgenommen und im Sinne einer freiwilligen Präventionsvereinbarung weiterentwickelt werden.

Diese kann auf die ärztliche Beratung zu gesundheitlichen Risiken und Ressourcen und der Erfassung der Motivationslage des Patienten aufsetzen und an andere, qualitätsgesicherte Präventionsangebote weitervermitteln. Für den Bereich Bewegungsförderung liegen mit dem Rezept für Bewegung bereits entsprechende Erfahrungen vor.

- Der mit einer stärker primärpräventiven Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchungen verbundene Mehraufwand muss auch in einer entsprechenden Vergütung der zusätzlichen Leistungen abgebildet werden.
- Die Rolle des Betriebsarztes im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Primärprävention und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist zu stärken.
- Die Potenziale des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Prävention sind zu nutzen und weiter auszubauen. Hierfür sind die erforderlichen Mittel bereitzustellen.