

# Ohne Stärkung der Prävention ist jede Gesundheitsreform unvollständig

## Präventionspolitik

Prävention funktioniert nicht automatisch und allein aus sich heraus, nur weil sie sinnvoll und vernünftig ist. Es müssen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Prävention zu einem starken Instrument zur Senkung der Krankheitslast zu etablieren. Damit lassen sich langfristig auch die Krankheitskosten besser beherrschen.

Das Präventionsgesetz liegt auf Eis. Dies ist symptomatisch für den Stellenwert der Prävention in unserem Land. Der Entwurf war allerdings bisher auch kein großer Wurf: Er sah zwar eine Stärkung der betrieblichen Prävention vor, medizinische und ärztliche Prävention haben darin jedoch nicht den Stellenwert, der ihnen zusteht. Ein überarbeitetes Gesetz ist dringend notwendig, und es wäre ein sehr wichtiges Signal. Ohne eine kräftige Stärkung der Prävention werden alle gesundheitspolitischen Bemühungen auf Dauer nicht erfolgreich sein.

Voraussetzung für eine Gesundheitsreform, die den Namen auch tatsächlich verdient, ist zunächst eine Auseinandersetzung und Verständigung über die medizinischen Inhalte, Ziele und Prioritäten. Dabei spielt die Prävention in ihren verschiedenen Ebenen (Tab. 1) für eine in die Zukunft gerichtete Medizin eine überragende Rolle.

Bisher fehlt das medizinische Verständnis, und leider fehlt auch die entsprechende Expertise: Man schaue sich nur die Zusammensetzung der Expertenrunden an, die über unser Gesundheitssystem zu Rate sitzen. Die Finanzierung ist das bestimmende Thema. Die medizinischen Perspektiven und daraus folgende Konsequenzen für eine moderne Umgestaltung bzw. Anpassung unseres Gesundheitssystems stehen nicht auf der Tagesordnung. Jetzt wäre der richtige Zeitpunkt. Die Finanzierung ist nämlich ganz wesentlich abhängig von der Medizin, die wir in Zukunft haben wollen. Die Ressourcen müssen nach vernünftigen medizinischen Maßstäben verteilt werden.

Es muss eine gesellschaftliche Diskussion über die Prioritäten geführt werden. Dafür muss der Stellenwert der Prävention zunächst von der Politik tatsächlich ernst genommen werden. Die öffentliche Diskussion muss auch um die Mitverantwortung des Einzelnen für seine Gesunderhaltung und die ernsthafte Mitarbeit des Kranken an seinem Gesundungsprozess geführt

**Tab. 1** Die verschiedenen Ebenen der Prävention/Definitionen.

### Primordiale Prävention

Die Verhütung von Risikofaktoren bei Gesunden: z. B. die Verhütung der Manifestation von Hypertonie, Diabetes, metabolisches Syndrom usw. bei übergewichtigen und bewegungsarmen Kindern  
Ziel: Verhütung der Entwicklung von Risikofaktoren

### Primärprävention

Behandlung der manifesten Risikofaktoren um den Gesundheitszustand zu verbessern und die Entstehung von Krankheiten (oder Unfällen) zu vermeiden, z. B. durch antihypertensive Behandlung, Nikotinentzug, Cholesterinsenkung, Gewichtsabnahme usw.  
Ziel: Verringerung der Zahl von Neuerkrankungen (Inzidenzen)

### Sekundärprävention

Behandlung einer Erkrankung möglichst in einem frühen Stadium, z. B. bei bekannter Arteriosklerose, KHK um ein Fortschreiten zu verhindern, bzw. eine Regression herbeizuführen  
Ziel: Chronifizierung, Unheilbarkeit oder Behinderung verhindern, Senkung der Prävalenz durch Früherkennung

### Tertiärprävention

Verhinderung einer Verschlechterung oder eines erneuten Ereignisses z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall bzw. Folgeschäden  
Ziel: Verringerung oder Beseitigung von Folgeschäden

werden [4]. Präventive Maßnahmen sind geeignet, die hohe Krankheitslast zu reduzieren [18, 19, 20].

## Die führenden Risikofaktoren

Die führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität sind inzwischen weltweit sehr ähnlich verteilt (Abb. 1) und betreffen ganz überwiegend die wohlbekanntesten Risikofaktoren, die auch bei uns die „Hitliste“ anführen: Hypertonie, Rauchen, Hypercholesterinämie, zu geringe Aufnahme von Obst und Gemüse, Übergewicht und Adipositas, Bewegungsmangel und Alkohol [13]. All diese Faktoren sind keine schwer behandelbaren Erkrankungen, sondern Faktoren, die mit medikamentöser und nicht-medikamentöser Prävention sehr gut behandelbar sind [7]. Der intelligenteste Ansatz ist allerdings die Verhütung der Manifestation von Hypertonie, Adipositas und Co.: Wenn sich abzeichnet, dass eine große Zahl der jetzigen Kinder und der zukünftigen Generation erstmalig in der Geschichte bereits vor ihren Eltern sterben werden, so sind die Ursachen inzwischen klar erkannt und fordern um-



Prof. Dr. M. Middeke

## Prävention, Gesundheitspolitik

### Schlüsselwörter

- Prävention
- Gesundheitspolitik

### Key words

- prevention
- health policy

### Institut

DMW Chefredaktion

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-955042  
Dtsch Med Wochenschr 2006;  
131: 2515–2518 · © Georg  
Thieme Verlag KG Stuttgart ·  
New York · ISSN 0012-0472

### Korrespondenz

Prof. Dr. Martin Middeke  
DMW Chefredaktion  
Georg Thieme Verlag  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart

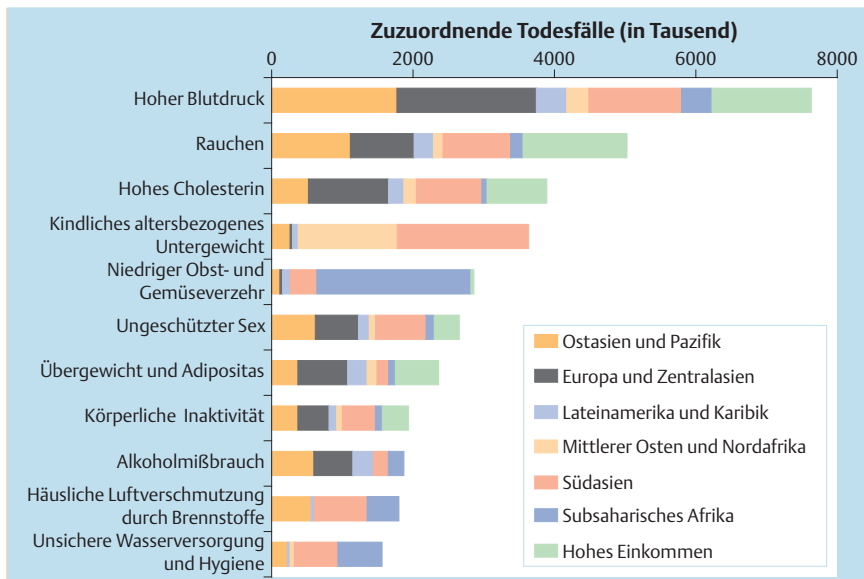


Abb. 1 Die weltweit führenden Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität (modifiziert nach [13]).

gehendes Handeln. Der drastischen Zunahme der Inzidenz von Typ 2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter nicht nur in den USA und in Japan, sondern inzwischen auch bei uns, geht der massive Anstieg von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter voraus. Die Prävalenz adipöser Kinder hat sich z.B. in Leipzig in den letzten 10 Jahren verdoppelt [9]. Die Ursachen müssen benannt und die Verursacher mit in die Verantwortung genommen werden.

Die bekannten Risikofaktoren bestimmen die Mortalitätsentwicklung in Folge von Herz- und Gefäßerkrankungen, Schlaganfall, COPD usw. in den nächsten Jahren [15]. (Tab. 2).

Tab. 2 Die weltweite Mortalitätsentwicklung der 10 häufigsten Todesursachen (nach [15]).

Erkrankungen 1990	Erkrankungen 2020
1. Koronarerkrankungen	1. Koronarerkrankungen
2. Schlaganfall	2. Schlaganfall
3. Lungenentzündung	3. COPD
4. Durchfallerkrankungen	4. Lungenentzündung
5. Säuglingssterblichkeit	5. Lungenkrebs
6. COPD	6. Verkehrsunfälle
7. Tuberkulose	7. Tuberkulose
8. Masern	8. Magenkrebs
9. Verkehrsunfälle	9. HIV/AIDS
10. Lungenkrebs	10. Selbstmord

### Das Beispiel Rauchen

Raucher sterben 10–15 Jahre früher als Nichtraucher – unabhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit [7]. Der Um-

gang mit dem Nikotinkonsum ist ein sehr gutes Beispiel für die politische Einstellung bei uns [8]. Wir bilden inzwischen in Europa das Schlusslicht bei der Umsetzung von EU-Richtlinien zum Nichtraucherschutz und der Einschränkung von Zigarettenwerbung.

Die Nikotinsteuern sind bei uns eine willkommene Einnahmequelle für die Staatsfinanzen. Das ist pervers; es wäre überhaupt nur zu akzeptieren, wenn diese Mittel zu 100% in die Suchtprävention investiert würden. Es muss endlich das Verursacherprinzip auch in der Medizin greifen. Wenn bei uns nachweislich 60% der Herzinfarkte bei Männern und 75% bei Frauen durch Nichtrauchen verhindert werden können [8], ist doch wohl klar, wo die Mittel eingesetzt werden müssen; nicht erst am Ende für die high-tech-Koronarmedizin, sondern bereits weit vorher in der Prävention.

### Das Beispiel Schlaganfall

Wir haben in Deutschland erfreulicherweise eine große Zahl gut funktionierender Stroke-units, die unter Einsatz modernster diagnostischer Verfahren den therapeutischen Nihilismus, wie er noch vor 20 Jahren angesichts eines Schlaganfalls herrschte, überwunden haben. An der Prävalenz und Inzidenz des Schlaganfalls ändert das natürlich nichts. Warum ist die Prävalenz tödlicher Schlaganfälle mit 42 pro 100000 bei uns fast doppelt so hoch wie in den USA mit 27 pro 100000 [21]? Das ist primär auf die höhere Prävalenz und die schlechtere Be-

handlungsqualität des wichtigsten Risikofaktors Hypertonie bei uns zurückzuführen. Eine Verbesserung gelingt daher nur mittels Prävention: Verhinderung der Hypertoniemanifestation bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen im Sinne der primordialen Prävention [6] bzw. konsequente Behandlung der manifesten Hypertonie im Rahmen der Primärprävention. Wenn wir es in Deutschland schaffen würden, die Zahl der „kontrollierten“ Hypertoniker um 10% zu erhöhen, d.h. ca. 30% normoton (<140/90 mmHg) unter Behandlung statt derzeit maximal 20%, würden wir sehr viele leidvolle und teure Schlaganfälle verhindern.

### Lösungsansätze

#### Das Beispiel England

Richtige Antworten kommen aus England: Der schlanke und körperlich agile Noch-Premierminister hat die Gesundheitsrisiken erkannt und sich von den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung überzeugen lassen, und er hat gehandelt: Caroline Flint wurde zur „Fitness-Ministerin“ berufen. Sie ist seit Mai 2006 als Ministerin für Public Health verantwortlich für: „drug and alcohol misuse; tobacco; physical activity; diet and nutrition; communicable diseases and sexual health“.

Und der junge publikumswirksame Star Koch Jamie Oliver kümmert sich um gesundes und vernünftiges Essen in der Schule. Gesunde Schulspeisung heißt in England jetzt: es gibt u.a. zweimal am Tag Obst und Gemüse, statt fish and chips, french fries mit Mayonnaise, süßer Schokoriegel und fetter chicken wings; und es gibt Milch statt Limonade. Das ist ein sehr gutes Beispiel für Verhältnisprävention.

#### Das Beispiel Finnland

In Finnland wurden Präventionsmaßnahmen mit Unterstützung der Gesundheitspolitik landesweit erfolgreich umgesetzt, und damit konnte tatsächlich die Krankheitslast deutlich gesenkt werden: In der Provinz Nordkarelien wurde in den 1980er Jahren zunächst ein allgemeines Gesundheitsprogramm mit öffentlichen Kampagnen über Fernsehen, Rundfunk und Zeitungen, aber auch Schulen und Supermärkten entwickelt. 10 Jahre später konnte ein positiver Trend in Nordkarelien festgestellt werden. Die Kampagne

wurde in der Folge auf ganz Finnland ausgeweitet. Nicht nur die Inzidenz der Herzinfarkte sank um 45%, sondern auch die Zahl der Krebserkrankungen, z.B. Bronchialkrebs um 63% [3,20].

Eine gesundheitsfördernde Politik muss auch bei uns dafür sorgen, gesundheitsförderliche Bedingungen und Lebenswelten zu schaffen. Bis jetzt ist von solchen Ansätzen bei uns jedoch noch nichts zu sehen.

Die Modifikation des Lebensstils steht in der Primärprävention an erster Stelle. Das gilt nicht nur für kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen [7], sondern auch für Krebserkrankungen [19]. Dabei gibt es auch keine Altersbegrenzung. Präventive Maßnahmen sind unabhängig von Alter und Geschlecht wirksam: von Kindesbeinen bis ins hohe Alter bei Männern und Frauen [1, 2, 5, 9, 10, 12, 14, 17].

Dabei geht es selbstverständlich in Zukunft auch um die Verteilung der Ressourcen: größerer Ressourceneinsatz bereits am Anfang im Rahmen der Prävention oder erst am Ende auf der Intensivstation?

### High-tech bereits in der Prävention

High-tech-Diagnostik wird bei uns meist erst eingesetzt, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen“, d.h. wenn der Schlaganfall oder Herzinfarkt bereits eingetreten ist. Eine frühe und moderne Diagnostik ist aber notwendig für eine optimale Früherkennung und damit für eine entsprechende Risikostratifizierung, Beratung und für konkrete präventivmedizinische Maßnahmen [3]. Diese Maßnahmen bleiben dann nicht bei allgemeinen Empfehlungen stehen, sondern können sehr individuell eingesetzt werden. Und der Erfolg kann objektiv überprüft werden.

Gleichzeitig kann dem Patienten der bereits vorhandene Schaden demonstriert werden. Es bleibt nicht bei theoretischen Überlegungen und Empfehlungen. Die Botschaft an den Patienten kann heute positiv ausfallen: eine Regression des frühen Schadens ist dank konsequenter Therapie prinzipiell möglich [3]! Für den Einsatz moderner Diagnostik im präventiven Bereich nicht nur bei Privatversicherten fehlt allerdings noch die Erkenntnis und das Verständnis bei den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen.

Prävention ist zunächst nicht „billig“. Wer das meint, verkennt die Zusammenhänge. Wer allerdings heute in die Prävention investiert, wird morgen eine geringere Morbidität ernten. Das ist das Ziel: die Verhinderung eines Schlaganfalls mit anschließender Pflegebedürftigkeit, oder eines Herzinfarktes mit folgender chronischer Herzinsuffizienz. Die Senkung der Mortalität bzw. der Gesamtsterblichkeit ist zumindest bei der medikamentösen Prävention nicht das vorrangige Ziel. Das hat auch große Bedeutung für den Einsatz innovativer Substanzen im präventiven Bereich: Der Nachweis der Reduktion der Mortalität in randomisierten kontrollierten Studien muss im Bereich der Prävention nicht das Hauptkriterium sein. Dies sollte auch für die Bewertungen durch das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) gelten.

### Primordiale Prävention

Primordiale Prävention ist in Deutschland bisher überhaupt kein Thema. Der Begriff alleine ist selbst in der akademischen Medizin nicht bekannt. Die primordiale Prävention ist jedoch das Gebot der Stunde. Angesichts der dramatischen Entwicklung im Bereich Ernährung, Gewicht und Bewegung im Kindes- und Jugendalter sind entsprechende Programme dringend notwendig. Voraussetzung ist allerdings die Einsicht in die Zusammenhänge, auch in der Politik.

Menschen, die nachweislich etwas für die Erhaltung ihrer Gesundheit tun, z.B. im Sportverein aktiv tätig sind, regelmäßig Sport betreiben, regelmäßig eine Gymnastikstudio besuchen, Normalgewicht halten bzw. Übergewicht reduzieren usw. sollten einen Bonus bei ihrer Versicherung erhalten. Der Bonus muss sich in einer Senkung des Kassenbeitrags niederschlagen. Damit wird gleichzeitig ein Malus für diejenigen, die nichts tun in Kauf genommen.

### Dickmacher-Steuer?

Das Verursacherprinzip (Tab. 3) beinhaltet konsequenterweise auch, die Verantwortlichen in die Verantwortung zu nehmen. Hier sollten eigentlich gesundheitliche und gesamtgesellschaftliche Interessen über Einzelinteressen stehen. Eine hohe Besteuerung von bekannten Dickmachern wird bereits diskutiert. Hierzu zählen neben Limonaden auch die gerade

Tab. 3 Die drei V in der Prävention.

#### Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention zielt ab auf die Veränderung der Verhältnisse, z. B. in Kindergärten und Schulen (Beispiel England), am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen. Die Verhältnisse sollen durch Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass eine gesunde Lebensweise ermöglicht wird (z. B. Ernährung, Bewegung usw.) und Schädigungen vermieden werden (z. B. Niktion, schlechtes Essen, Bewegungsmangel). Konflikt zwischen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen.

#### Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention oder personale Prävention zielt ab auf einen gesunden Lebensstil des Einzelnen, Meidung gesundheitsschädlichen Verhaltens, Förderung gesunder Verhaltensweisen durch Information und Motivation. Gesundheitsbildung

#### Verursacherprinzip

Erkennen und Benennen der wichtigsten verantwortlichen Verursacher. Zuschreibung der Verantwortung und konsequente Besteuerung Krankheitsfördernder und -verursachender Produkte. Bei der Nikotinsteuer besteht seit langem großer Konsens. Ob das V-Prinzip auch für andere Verursacher von Krankheitsrisiken gelten soll, muss zunächst gesellschaftlich diskutiert werden. Dem Verursacherprinzip stehen massive Lobbyinteressen, aber auch Verbraucherinteressen entgegen.

eingeführten 1000-Kalorien-Burger [11] u.a.m. Pudel sagt, dass manches Essen wie Körperverletzung ist [16]. Diese Dickmacher-Steuern müssten dann selbstverständlich in Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche fließen. Ob das V-Prinzip aber tatsächlich auch für Dickmacher gelten sollte, muss zunächst gesellschaftlich diskutiert werden. Dem stehen natürlich massive Lobbyinteressen, aber auch Verbraucherinteressen entgegen.

Neben der erhöhten Zufuhr von Kalorien, ist Bewegungsmangel ein Hauptrisikofaktor für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Sollten also auch Computerspiele und Spielkonsolen besteuert werden, damit diese Steuern in Bewegungsprogramme, Sportlehrer und Sportvereine investiert werden können? Die Zusammenhänge sind in der medizinischen Wissenschaft unumstritten. Das Beispiel zeigt aber auch das große Konfliktpotential auf.

In der Politik gibt es natürlich widerstrebende Interessen, z.B. zwischen Wirtschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Dem Verursacherprinzip stehen damit massive Lobbys entgegen. Bevor solch drastische Maßnahmen eingeführt werden, sollten Aufklärung und Information über die Zusammenhänge verstärkt werden, die Möglichkeiten der Verhältnisprävention genutzt werden, und an die Verhaltensprävention gestärkt werden. Das ist schwer genug: Einige englische Mütter versorgen ihre Kinder jetzt vor der Schule mit „fast food“!

Ärzte werden zurzeit nur dafür bezahlt, Krankheiten zu behandeln, aber nicht für präventive Maßnahmen. Die Prävention fällt bisher auch nicht in den Verantwortungsbereich der Kassen. Es muss daher eine gesellschaftliche und politische Diskussion darüber stattfinden, ob dies geändert werden soll oder ob z. B. die Gesunderhaltung im weitesten Sinne von Prävention eine staatliche Aufgabe ist, die aus Steuermitteln finanziert werden sollte.

### Fazit

Ohne die drei V (Verursacherprinzip, Verhältnis- und Verhaltensprävention) kann Prävention nicht wirklich funktionieren, und ohne Prävention kann ein modernes Gesundheitssystem nicht funktionieren.

### Literatur

- 1 Andersen LB, Harro M, Sardinha LB et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet* 2006; 368: 299–304
- 2 Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult Weight Change and Risk of Postmenopausal Breast Cancer. *JAMA* 2006; 296: 193–201
- 3 Erbel R, Siffert W, Möhlenkamp S, Schmermund A. Prävention der KHK durch Risikostratifizierung. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 330–336
- 4 Erdmann E. Gesundes Leben und Kostenexplosion im Gesundheitswesen. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 331
- 5 Estruch R et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors. *Ann Intern Med* 2006; 145: 1–11
- 6 Geleijnse IM, Grobbee DE, Hofman A. Sodium and potassium intake and blood pressure change in childhood. *BMJ* 1990; 300: 8990–9002
- 7 Gohlke H. Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 38–43
- 8 Gohlke H. Raucherfolgen weiterhin unterschätzt – Wo bleibt der Nichtraucher-schutz? *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 1685–1686
- 9 Kapellen TM, Galler A, Böttner A, Kiess W. Epidemiologie, Behandlungsstrategie und Prävention von Typ 2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 1519–1523
- 10 Kurth T, Moore SC, Gaziano JM et al. Healthy Lifestyle and the Risk of Stroke in Women. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1403–1409
- 11 Liebrich S. Fast food: Die Rückkehr der Kalorienbombe. *SZ*,
- 12 Löw M, Stegmaier C, Ziegler H, Rothebacher D, Brenner H. Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER-Studie). *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 2643–2647
- 13 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367: 1747–1757
- 14 Manini TM, Everheart JE, Patel KV et al. Daily Activity Energy Expenditure and Mortality Among Older Adults. *JAMA* 2006; 296: 171–179
- 15 Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504
- 16 Pudel V. Manches Essen ist wie Körperverletzung. *SZ* 07.06.2006,
- 17 Sandholzer H, Hellenbrand W, Renteln-Kruse W, van Weel C, Walker P. STEP Europäische Leitlinien für das standardisierte evidenzbasierte präventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129 (Suppl 4): S177–S228
- 18 Schöffski O. Zitiert nach Bayerischem Ärzteblatt 2006; 9: 425
- 19 Strumberg D, Boeing H, Scheulen ME, Förster H, Seeber S. Ernährung, Lifestyle und Krebs: Wege zur Primärprävention. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 1877–1882
- 20 Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J et al. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischemic heart disease in Finland. *Br Med J* 1994; 309: 23–27
- 21 Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas JR et al. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363–2369