

Primärprävention, Gesundheitsförderung, Morbiditätskompression

Perspektiven für die Urologie

Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionen, die eine Morbiditätskompression erreichen. Dies ist sowohl gesundheitsökonomisch als auch von Seiten der Lebensqualität in einer überalternden Gesellschaft sinnvoll. Nur wenn präventive und gesundheitsfördernde Strategien zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Gesundheitssystems werden, können die Herausforderungen des veränderten Krankheitsspektrums bewältigt werden. Die Urologie steht aufgrund der Häufigkeit fachspezifischer altersassoziierter Erkrankungen mit empfindlichem Einfluss auf die Lebensqualität im Fokus. Prävention und Gesundheitsberatung werden sich zu Hauptaufgaben der urologischen Tätigkeit vor allem im niedergelassenen Bereich entwickeln.

Von Seiten der Systematik ist Primärprävention eher medizinisch und individuell, Gesundheitsförderung eher gesundheitswissenschaftlich und schicht- bzw. zielgruppenorientiert ausgerichtet. Aufgabe der Gesundheitspolitik und der medizinischen Berufsverbände muss es sein, Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu entwickeln bzw. zu evaluieren. Hier wird in der Urologie Neuland betreten. Dabei dürfen nicht nur berufsgruppenspezifische ökonomische Aspekte im Vordergrund stehen, auch wenn diese Interessen legitim sind. Wesentlich ist ein schicht- bzw. zielgruppenspezifischer Ansatz von primärpräventiven Anstrengungen, um auch Randgruppen und sozial schwächere Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Einleitung

Die Gesundheitssysteme der meisten westlichen Industriegesellschaften definieren sich über die Behandlung von Krankheit. Daraus ergibt sich eine schwerpunktmäßige Ausrichtung auf die kurative Versorgung. Kurativ-orientierte Gesundheitssysteme funktionieren solange gut, wie die zu behandelnden Krankheiten tatsächlich geheilt werden können. Aufgrund des Vorherrschens von chronischen Krankheiten kann davon heute nicht mehr ausgegangen werden. Nach Berechnungen der WHO werden im Jahr 2025 ca. 30 Prozent der Bevölkerung in den Industrienationen über 65 Jahre alt sein. Die Überalterung der Bevölkerung ist der beherrschende Trend, der eine Vielzahl von gesundheitspolitischen und sozialen Folgen nach sich zieht. Problem der Zukunft sind u.a. altersassozierte Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislaufsystems, Bewegungsapparates, Nervensystems, Urologie und der Onkologie.

Die Urologie als „Organfach“ muss sich mit altersassozierten Erkrankungen in besonderer Weise auseinandersetzen. Paradebeispiele stellen das Prostatakarzinom oder die Inkontinenz dar. So wundert es nicht, dass die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Versorgungssysteme für jeden spürbar werden, was sich nicht zuletzt in den Finanzierungsschwierigkeiten des Gesamtsystems niederschlägt. Vorbeugende Ansätze zur Minderung der Krankheitslast gewinnen aus diesen Gründen sowohl an ökonomischer als auch sozialer Bedeutung. Ein Stichwort für die Zukunft lautet in diesem Zusammenhang „Morbiditätskompression“, d.h. die „Ausnutzung“ der individuellen Lebenserwartung bei hoher Lebensqualität. Vor allem organbezogene medizinische Berufsgruppen haben starke Vorbehalte bezüglich der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit von Prävention wenn „außermedizinische“ Aspekte diskutiert werden. Während die Abgrenzung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention vor allem bei klinisch Tätigen weitgehend unstrittig sind, bestehen Verständnisprobleme bei den Begriffen Primärprävention und Gesundheitsförderung, so dass nachfolgend die Begrifflichkeiten geklärt werden sollen.

Definitionen

Die Begriffe „primäre Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ werden in der internationalen Fachliteratur nicht einheitlich verwendet.

Der historisch ältere Begriff „Krankheitsprävention“, meist verkürzt als „Prävention“ bezeichnet, entwickelte sich in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Das wesentliche Ziel der Krankheitsprävention ist die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung. Die zentrale Strategie dabei ist, die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten. Fachwissenschaftlich ist damit eine enge Nähe zu den Medizin- und Biowissenschaften gegeben.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist erheblich jünger. Er entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in die neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse eingingen. Der Begriff etablierte sich nach der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa im Jahre 1986 (WHO 1986). Im Unterschied zur Krankheitsprävention mit ihrer im Vordergrund stehenden Vermeidungsstrategie geht es bei der Gesundheitsförderung um eine Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen. Fachwissenschaftlich ist damit eine enge Nähe zu den Gesellschafts- und Kulturwissenschaften gegeben.

Es lässt sich trefflich streiten, ob mehr die medizinisch ausgerichtete Primärprävention oder die sozial-/gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete Gesundheitsförderung die gesundheitspezifischen Probleme der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen lösen kann. Hintergrund dieser Diskussion ist, ob die knappen Ressourcen für medizinische Screeningprogramme (z.B. Mammographie, PSA-Test, Koloskopie) oder gesundheitswissenschaftliche Gesundheitsförderungsprojekte (z.B. Impfaufklärungen, Trinkwasserfluoridierung, Schulsport etc.) effizienter eingesetzt werden können.

Wirkungsprinzip der Krankheitsprimärprävention

Krankheitsprimärprävention bedeutet sinngemäß, einer Krankheit zuvorkommen, um sie zu verhindern oder abzuwenden. Zugrunde liegt die Annahme, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens individuell und/oder kollektiv vorhergesagt werden kann. Wie jede andere Interventionsform auch, beruht Prävention also auf einer Zukunftsprognose, bei der die Eintrittswahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses „Krankheit“ angegeben werden kann. Der ideale Zeitpunkt für die präventive Intervention orientiert sich an den „Risikofaktoren“, die als Ursache für die sich anbahnende weitere Entwicklung des Krankheitsverlaufes angenommen werden.

Die Risikofaktoren können in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. Genetische, physiologische und psychische Dispositionen, zum Beispiel Arterienverengungen, Neubildungen und psychotische Schübe, die nach bisherigen Erkenntnissen im weiteren Zeitverlauf zu einer Krankheit führen können.
2. Behaviorale Dispositionen und Verhaltensweisen, zum Beispiel Zigarettenrauchen, fettreiche Ernährung, wenig Bewegung, die nach bisherigen Erkenntnissen im Zeitverlauf zu einer Krankheit führen können.
3. Umweltbezogene individuelle Dispositionen, zum Beispiel erhöhte Strahlenbelastung durch Uranerze, Ozonbelastung, erhöhte Sonneneinstrahlung, die nach heutigen Erkenntnissen im Zeitverlauf zu einer Erkrankung führen können. Alle dem Wirkungsprinzip der Prävention zugrunde liegenden Aussagen beruhen auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis. Deswegen kann dem Adressaten der Intervention keine Garantie gegeben werden, dass er selbst auch in den Genuss des Abbaus seiner Krankheitslast kommt. Klassisches Beispiel ist die zwar enge aber nicht kausale Korrelation von Nikotinabusus und Bronchialkarzinom. So gibt es Raucher, die sich als 70-Jährige bester pulmonaler Gesundheit erfreuen und 50-jährige Nichtraucher mit fortgeschrittener COPD.

Das Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung baut im Unterschied zur Krankheitsprävention auf einem Wirkungsprinzip auf, welches eine bestimmte dynamische Abfolge von Gesundheitsstadien unterstellt. Die wichtigsten theoretischen Annahmen folgen deshalb wie bei der Prävention der Wahrscheinlichkeitslogik. Der grundlegende Unterschied zwischen dem pathogenetisch und dem salutogenetisch basierten Wirkungsprinzip liegt darin, dass bei dem einen Risikofaktoren zurückgedrängt oder ausgeschaltet werden, die für die Verschlechterung einer Krankheitsdynamik verantwortlich gemacht werden können, bei dem anderen Ressourcen gestärkt und gefördert werden sollen, die als Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung identifiziert werden. Ziel von Interventionen ist es deshalb, so früh wie möglich den erwartbaren Verlauf der Entwicklung des gesunden Zustandes eines Menschen oder einer ganzen Gruppe von Menschen so zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird.

Die wichtigsten Zielgrößen liegen in den folgenden Bereichen:

1. Soziale und wirtschaftliche Faktoren, insbesondere Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz und der sozio-ökonomischen Lebenslage.
2. Umweltfaktoren, insbesondere Verbesserung der Luft- und Wasserqualität und der Wohnbedingungen.
3. Faktoren des Lebensstils, insbesondere Förderung von angemessener Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung und reduziertem Konsum von legalen und illegalen Drogen.
4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Institutionen, insbesondere zu Krankheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsberatung, aber auch Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Transport- und Freizeitorganisationen.

Im Unterschied zur Krankheitsprävention ist die zentrale Strategie der Gesundheitsförderung nicht der Abbau von Risikofaktoren für Krankheit, sondern der Aufbau von Schutzfaktoren für Gesundheit. Die Schutzfaktoren lassen sich dabei nach personalen und sozialen Ressourcen unterscheiden.

Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Gesundheitsversorgung

Durch die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die Versorgung ließe sich die Effizienz der Gesundheitsversorgung deutlich erhöhen. So kann z.B. das Risiko für typisch „männliche“ Erkrankungen wie Herzinfarkt und Lungenkrebs sowie Erkrankungen des Urogenitaltraktes und des Muskel-Skelett-Systems durch eine bessere Ernährung, mehr Bewegung, Tabakabstinenz und die Vermeidung von Übergewicht zweifellos reduziert werden. Bei einem Verzicht auf Prävention und dem alleinigen Setzen auf Heilung dieser Erkrankungen kann das Ziel eines verbesserten Gesundheitszustandes nur schwer erreicht werden, da die Krankheiten um den Patienten „konkurrieren“: So lebt ein vom Herzinfarkt geheilter Patient noch lange genug, um an einem Prostatakarzinom zu erkranken mit weitreichenden Konsequenzen für die Frage der Therapie, Kosteneffizienz und individuellen Lebensqualität (z.B. Inkontinenz, Osteoporose, reaktive Depression).

Ein weiteres Beispiel ist Adipositas (Body Mass Index (BMI) > 25). Gelingt es, Übergewicht durch eine gezielte Prävention zu vermeiden, sinkt nicht nur das Risiko für Diabetes mellitus, sondern für eine ganze Reihe von Herzkreislauf-Störungen, wie etwa arterielle Verschlusskrankheiten, erektile Dysfunktion und onkologische Erkrankungen. Es wird geschätzt, dass wegen dieser Überschneidung von Risikofaktoren durch eine gezielte Präventionspolitik erhebliche Anteile der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland vermieden werden könnten. Trotz des simplen Prinzips „Prävention vor Therapie“ und der damit einhergehenden Vorstellung eines Nutzens von Prävention im Sinne einer Kostenreduktion darf der gesundheitsökonomische Effekt nicht überschätzt werden. Aufgrund der endlichen Lebenserwartung „muss“ ein Mensch irgendwann sterben, d.h. am Ende eines möglichst langen Lebens werden in hohem Maß Kosten anfallen, die summiert mit den aufgelaufenen Kosten, z.B. aus Primär- und Sekundärprävention, dann möglicherweise eine ungünstige gesamtökonomische Wertung ergeben. Die Meinungsbildung bzw. wissenschaftliche Diskussion ist hier keineswegs abgeschlossen. Klar ist jedoch, dass Gesundheitsförderung und Prävention positiven Einfluss auf die Lebensqualität im Sinne einer Morbiditätskompression aufweisen.

Beispiele für Primärprävention, Sekundärprävention und Gesundheitsförderung in der Urologie

Für Urologen ist der Unterschied von Primärprävention und Sekundärprävention an einer einzelnen epidemiologisch relevanten Erkrankung, nämlich dem Prostatakarzinom einfach darstellbar. Ernährung, körperliche Aktivität und spezifische Chemoprävention sind primärpräventive Maßnahmen mit unterschiedlichem Ansatz und unterscheiden sich grundsätzlich von der vieldiskutierten Sekundärprävention durch Tumormarker (PSA).

Sekundärprävention bedeutet Vorsorge bzw. eine Erkrankung (hier: Prostatakarzinom) möglichst früh zu erkennen. Wir bewegen uns damit in dem klassisch medizinischen Paradigma der Krankheitsfrüherkennung bzw. Frühtherapie. So werden klinisch inapparente Tumoren durch die PSA-Diagnostik im Rahmen der Sekundärprävention oder erweiterter Vorsorgeuntersuchung früher erfasst, jedoch natürlich nicht verhindert (Unterschied zur Primärprävention). Die „wahre“ Inzidenz bleibt durch eine Sekundärprävention oder Vorsorgeuntersuchung unbeeinflusst. Im Gegenteil (!) hat die Verbreitung der PSA-Diagnostik zu einem so genannten „unechten“ Inzidenzanstieg von Prostatakarzinomen geführt, da eine höhere Anzahl von Tumoren früher entdeckt wird. Dies stellt auch den Grund dar, warum die PSA-Diagnostik nicht generell empfohlen wird, da ihr Nutzen für die Morbidität/Mortalität der männlichen Population noch nicht eindeutig belegt ist. Es mehren sich allerdings Studien (USA, einzelne Regionen in Österreich), die belegen, dass durch das PSA-Screening im Rahmen der Sekundärprävention die Mortalität des Prostatakarzinoms reduziert wird.

Gesundheitsförderung im klassischen Sinne lässt sich somit für die Prävention des Prostatakarzinoms zurzeit nicht darstellen, wenn man von Ernährungs- und Sportkampagnen absieht, deren Effizienz jedoch nicht belegt ist. Anders sieht es beim Blasenkarzinom aus, bei dem sich durch Aufklärung und betriebliche Gesundheitsförderung die Inzidenz z.B. bei Risikoberufen (Chemiefacharbeiter, Lackierer) reduziert hat. Für das Nierenzellkarzinom oder Hodenkarzinom existieren zurzeit, wenn man von Ausnahmen absieht, keine validen Daten, weder unter dem Blickwinkel der klassischen Primärprävention noch der gesundheitswissenschaftlichen Gesundheitsförderung. Wiederum anders sieht es für die BPH, Urolithiasis, erektile Dysfunktion, und altersassoziierten Hypogonadismus aus. Hier scheinen Primärprävention und Gesundheitsförderung in ihren vielen Facetten wirksam und sinnvoll zu sein. Der Urologe hat hier ein weites Betätigungsfeld. Erinnerung sei an den einigermaßen gut belegten Einfluss von Ernährung, Trinkmenge, Sport und beruflicher Aktivität, die alle mit dem Lifestyle-Begriff mehr oder weniger verknüpft sind.

Probleme bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Primärprävention

Die Ergebnisse des Bundesgesundheits-Surveys (Enquete Kommission demographischer Wandel 2002) zeigen, dass es für die Risikofaktoren Rauchen, starkes Übergewicht, unzureichende sportliche Aktivität und Hypertonie ein deutliches Schichtgefälle gibt. Sozioökonomisch Schwache sind danach häufiger Raucher, haben deutlich häufiger Übergewicht, haben häufiger Tumore und sind weniger sportlich aktiv. Männer sind hier besonders betroffen. Durch Prävention potenziell beeinflussbare Erkrankungen und deren Risikofaktoren kommen also

besonders häufig bei sozio-ökonomisch Schwachen vor. Das Problem von Präventionsprogrammen ist aber, dass sie vor allem von den Bevölkerungsgruppen genutzt werden, welche sozial besser gestellt sind. Menschen in schwierigen sozialen Lagen werden demgegenüber durch Präventionsprogramme schlecht erreicht.

Ein weiteres Problem in Hinblick auf geschlechtsspezifische Prävention ist die geringe Akzeptanz bei Männern. Eine Bevölkerungsbefragung vor einigen Jahren ergab, dass nur 12 Prozent der Männer aber 21 Prozent der Frauen jemals an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung teilgenommen haben. Bezüglich der klassischen Sekundärprävention (Vorsorgeuntersuchung) ist das Verhältnis ca. 1:3 (16 Prozent Männer, 40 Prozent Frauen) seit Jahren konstant. Bei Männern ist grundsätzlich eine beschwerdeorientierte Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu bemerken, die dann natürlich eher weniger „präventiv“ wirksam ist.

Eine klare Zielgruppen-Ausrichtung muss die Grundlage aller präventiven Interventionen sein, da sich allgemein ausgerichtete Programme als zu wenig wirksam erwiesen haben. Dies gilt auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten. Dieser Erkenntnis wurde auch mit der Fassung des § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ im Gesundheitsreformgesetz 2000 durch eine Ausrichtung an Bedarfs- und Zielgruppenorientierung und durch eine genaue Nennung von Zugangswegen Rechnung getragen. Beim „alten“ § 20 SGB V hatte in der Kritik gestanden, dass der Mangel an Zielen und definierten Zielgruppen zu einer „Mittelstandorientierung“ geführt hatte. Diese äußerte sich dadurch, dass die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention speziell durch gesundheitsbewusste Versicherte aus dem Mittelstand in Anspruch genommen wurden. Salopp formuliert heißt dies: „Prävention wird für Menschen bereitgestellt, die es eigentlich nicht brauchen aber bezahlen können.“

Die Ausrichtung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen muss sich aus diesem Grund an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, sozio-ökonomisch Schwache, Alte, chronisch Kranke, Gruppen in Problemsituationen) orientieren. Da die Zielgruppenproblematik u.a. in Zusammenhang mit einer geschlechtsspezifischen Ausrichtung steht, muss eine präventive Intervention sehr genau auf die einzelne Zielgruppe und das soziale Umfeld abgestimmt werden. Dies gilt insbesondere in der „männerspezifischen“ Prävention. So kann die Einrichtung eines Jugendheimes in einem Stadtteil mit sozialen Problemen für junge Männer sehr sinnvoll, im ländlichen Umfeld wenig effektiv sein.

Entwicklung von Präventionsprogrammen als Aufgabe der Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften

Präventionsprogramme sind die „Königsdisziplin“ von Gesundheitsförderung und Prävention, da sie theoretisch eine regionale und/oder bevölkerungsweite Beeinflussung des Gesundheitszustandes ermöglichen. So sollten nationale Präventionsprogramme auf formulierten Gesundheitszielen und evaluierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention basieren. Präventionsprogramme sind ein wichtiger Bestandteil einer strukturierten Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Der Aufbau qualitativ gesicherter, nationaler Präventionsprogramme für die wichtigsten Volkskrankheiten bietet die Chance für das deutsche Gesundheitswesen, das hohe Versorgungsniveau zu halten und langfristig die Finanzierbarkeit zu gewährleisten. Würden präventive Leistungen jedoch ausschließlich als Wahl und Zusatzleistungen angeboten, wie dies leider primär von einigen medizinischen Verbänden gefördert wird, würde dies die bestehenden gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Schichten weiter verstärken. Die Betonung verständlicher ökonomischer Interessen von Fachverbänden birgt das Risiko, dass politische Entscheidungsträger diese Fachverbände nur selektiv wahrnehmen. Die aktuelle Gesetzgebung mag ein Hinweis darauf sein.

Die Entwicklung schichtspezifischer Präventionsprogramme ist eine der wichtigsten Aufgaben einer nachhaltigen Gesundheitspolitik. Zwar ist hierfür die Bereitstellung von Finanzmitteln erforderlich, jedoch dürfte der mittel- und langfristige ökonomische Nutzen schnell erkennbar sein. Die Zuständigkeit für Krankheitsprävention in der Gesundheitsförderung liegt in Deutschland schwerpunktmäßig bei den Krankenkassen. Basis für das Handeln der Krankenkassen sind die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB). Nach §1 SGB V hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Historisch und strukturell sind Krankenkassen aber nicht für Aufgaben der Prävention vorbereitet. Das Krankenkassenversicherungsgesetz von 1883 sieht die zentrale Aufgabe der Krankenkassen in der zur Verfügungsstellung von Finanzmitteln für ärztliche Hilfe und Medikamente für kranke Versicherte. Die Krankenkassen sollen, wie ihr Name sagt, erst tätig werden, nachdem Einschränkungen und Probleme der Lebensbedingungen zu einer Krankheit geworden sind. Damit liegen Prävention und Gesundheitsförderung trotz aller Lippenbekenntnisse nicht im Fokus der Kostenträger bzw. Krankenkassen.

Wo geht die Reise hin? Der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ist unendlich - Individuelle Prävention als zukünftig wichtiges ärztliches Betätigungsfeld

Bisher gehen Kostenträger und politische Entscheidungsträger von der Existenz erheblicher Effizienz und Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen aus. Seit Jahren wird die These energisch vertreten, dass durch Organisationsoptimierung, Budgetplanung und Qualitätsmanagement die Finanzierungsprobleme in den Griff zu bekommen sind. Ein neuerer viel gebrauchter Begriff ist „evidenzbasierte Medizin“. Sie soll, wie das Penicillin für Infektionen, eine nachhaltige Heilung des Gesundheitswesens bewirken. Den Nutzen hatte bisher vor allem ein florierender Beratermarkt. Zweifellos bestehen noch Wirtschaftlichkeitsreserven und Möglichkeiten

zur Qualitätsverbesserung, jedoch ist die Effizienzsteigerung in der Medizin nicht linear und unendlich, d.h. die benötigten Ressourcen und Bürokratie steigen kontinuierlich und sind nicht mehr konsensfähig.

Das medizinische Dienstleistungsangebot wird sich aus folgenden Gründen in Richtung individueller Präventions- und Gesundheitsförderung verschieben. Aufgrund der demographischen Entwicklung und durch technische Neuerungen wird sich das Indikationsspektrum und Angebot für medizinische Dienstleistungen ausdehnen. In der aktuellen gesundheitspolitischen ökonomisch motivierten Diskussion wird in der Regel ein endlicher Bedarf an medizinischen Dienstleistungen angenommen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass durch eine Rationalisierung und Budgetierung ein Spareffekt wirksam würde, wenn der Rationalisierungsprozess nur weiter optimiert wird. Dieser Gedanke ist grundlegend falsch. Der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ist prinzipiell unendlich und unersättlich. Dies belegen nicht nur die ungebrochene Leistungsausweitung und Fallzahlerhöhungen, sondern auch das zunehmende Bedürfnis der Patienten an alternativen Methoden, Medizinratgebern, Diskussionen, Aufklärung etc. und ist in anderen Dienstleistungsbereichen schon lange dokumentiert (z.B. mobile Kommunikation, Touristik, Medien). So hat die Durchdringung des täglichen Lebens mit Computern und die Erstellung und Archivierung von Dokumenten mittels EDV keineswegs zum Untergang des Buches oder gar zu Einsparungen im Papierverbrauch geführt. Genau das Gegenteil war der Fall.

Das Prostatakarzinom mit seinen zunehmend differenzierten und individualisierten Diagnose- und Therapiefacetten (Radikal-OP, Radiatio, Brachytherapie, Kryotherapie, HiFu, active surveillance) ist ein Paradebeispiel für einen unersättlichen Bedarf an medizinischer Dienstleistung. Letztlich führt der unendliche Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen im ärztlichen Alltag eindeutig in Richtung individueller Prävention. Da zudem die technische Entwicklung und der medizinische Wissenszuwachs exponentiell zunehmen, sind alle staatlichen Steuerungsversuche, die versuchen, verfügbare Leistungen aus Kostengründen zu budgetieren, mittelfristig zum Scheitern verurteilt. In diesem Zusammenhang gilt für Prävention und Gesundheitsförderung zur Vereinfachung die Unterteilung in eine individuelle Prävention bzw. Beratung und regionale Präventionsprogramme. Die individuelle Prävention wird vom Patienten selbst nachgefragt und von Ärzten stark gefördert. Sie hat für die Berufsgruppe eindeutig ökonomische Aspekte. Die Kosten gehen tendenziell mehr zu Lasten des Patienten (Stichwort: Igel-Leistungen), wobei die Wirksamkeit der Maßnahmen kaum evaluiert wird, jedoch wahrscheinlich gegeben ist (z.B. Sportberatung, Risikoanalyse etc.). Präventionsprogramme sind steuer- oder solidarisch finanziert, haben das Ziel zielgruppenspezifisch zu wirken und benötigen eine exakte Evaluation.

Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionen mit unterschiedlichem Schwerpunkt, die eine „Morbiditätskompression“ erreichen wollen. Morbiditätskompression ist die optimale „Ausnutzung“ der individuellen Lebenserwartung bei hoher Lebensqualität. Vorbeugende Ansätze zur Minderung der Krankheitslast gewinnen aus diesen Gründen ebenso an Bedeutung wie Strategien zur Förderung der Gesundheitsqualität einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen. Nur wenn präventive und gesundheitsfördernde Strategien zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Gesundheitssystems werden, können die Herausforderungen des veränderten Krankheitsspektrums bewältigt werden.

Allerdings existiert für die meisten präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen kein brauchbares methodisches Instrumentarium zur Evaluation. Individuelle Prävention und Gesundheitsberatung werden sich zu einer der Hauptaufgaben der ärztlichen Tätigkeit entwickeln, was ökonomische Aspekte mit einschließt. Hier ist die Urologie ein Paradebeispiel und die deutliche Zunahme an so genannten Igel-Leistungen sind ein Ausdruck davon. Die Ärzteschaft muss medizinisch-ethische Normen für die individuelle Präventionsleistungen aber auch für nationale Präventionsprogramme gestalten, um die Wirksamkeit zu evaluieren. Prävention darf nicht allein als kostenpflichtige Wahl- und Zusatzleistung etabliert werden, da sich sonst das Schichtgefälle verschärft. Die medizinischen Berufsverbände sollten nicht nur „klientelbezogene“ ökonomische Aspekte und Abrechnungsoptimierungen diskutieren, sondern müssen sich auch aktiv in die gesundheitspolitische Diskussion unter dem Aspekt der klassischen Gesundheitsförderung einbringen.