



Foto: Carlo

## PRÄVENTIVMEDIZIN

# Wie wollen wir alt werden?

Gesundheitsförderung und Prävention müssen als Aufgabe, die alle angeht, betrachtet werden.

Verschiedene Faktoren haben zu einer kontinuierlich steigenden mittleren Lebenserwartung in Deutschland geführt. Auch präventiv- und arbeitsmedizinische Maßnahmen wie der Nichtraucherschutz, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen sowie die verbesserte Behandlung von Krebserkrankungen haben ihren Beitrag dazu geleistet. Andererseits erwarten nicht wenige angesichts der weltweiten Epidemie des Diabetes mellitus Typ 2 auf mittlere Sicht eine Kehrtwende dieses Trends (1, 2). Selbst wenn immer weniger Menschen in Deutschland rauchen, könnten die negativen Folgen von Adipositas und Typ-2-Diabetes die positiven Aspekte der Nikotinabstinenz zunichtemachen. Es wäre denkbar, dass heute geborene Kinder eine geringere Lebenserwartung haben als ihre Eltern (1).

## Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit erhalten

Wenig beachtet wird bei dieser Diskussion der möglichen Lebenserwartung die Frage, wie wir ein hohes Lebensalter erreichen. Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der älteren Generation, Veränderung der sozialen Netzwerke im

Alter, dadurch entstehende Belastungen für das Gesundheitswesen, die Rentenversicherung und soziale Dienste – alle diese Fragen werden bisher nicht als übergreifende, gesamtgesellschaftliche Problemstellung diskutiert.

Nicht nur die Lebenserwartung der Menschen steigt, sondern auch die Zeitspanne der zuvor durchlebten Krankheitsjahre wird größer, was zunehmende Belastungen für das Gesundheitswesen bedeutet. Adipositas und Typ-2-Diabetes manifestieren sich früher im Lebensverlauf (3, 4). Präventivmedizinische Maßnahmen auf Bevölkerungsebene könnten diesem Trend entgegenwirken.

Die alleinige Lebensverlängerung kann nicht das Ziel und der Maßstab von Präventivmedizin sein, auch weil aktuell noch unklar ist, ob man dadurch mehr Krankheitsjahre im Alter produziert oder mehr gesunde Jahre gewinnt. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und Lebensqualität im Alter sollten vorrangig vor einer reinen Lebensverlängerung verfolgt werden.

Gesundheitsförderung und Präventivmedizin sollten folgende Ziele haben:

- Hinführen von Kindern und Jugendlichen zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil

- Erhaltung der beruflichen Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Alter beziehungsweise die Verbesserung derselben und

- Zugewinn an gesunden Lebensjahren mit hoher Lebensqualität im Alter.

Präventivmediziner sollten keinen „Jugendwahn“ pflegen im Sinne einer falsch verstandenen „Anti-Aging“-Medizin. Die Lebenserwartung oder Lebensverlängerung wird im Vergleich zur Lebensqualität im Alter noch zu hoch bewertet. Es ist auch notwendig, das Bewusstsein zu schärfen für die „Endlichkeit des Lebens“, für Sinnfragen und für die Fallstricke des „medizinischen Machbarkeitswahns“.

Das Wissen um potenzielle Risiken kann nicht nur nutzen, sondern auch schaden: Die durch die Bestimmung sogenannter Tumormarker ausgelöste Überdiagnostik führt neben unnötigen, komplikationsbehafteten diagnostischen Eingriffen oder überflüssigen Operationen auch zu psychischen Belastungen. Die Prostatakrebsvorsorge mittels PSA-Bestimmung ist dafür ein aktuelles Beispiel (5, 6). Notwendig für alle Screeningverfahren und präventivmedizinischen Interventionen sollte der Nachweis der Wirksamkeit und eines für den Einzelnen günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses sein.

## Prävention ist besser als die Therapie der Folgeschäden

Prävention sollte nicht zum Selbstzweck oder gar zu einer „Pseudoreligion“ im Sinne ewigen Lebens auf Erden werden, wie manche Telomerforscher aktuell bereits versprechen (7). Auch darf keine Diskriminierung „nichtpräventionswilliger“ Individuen erfolgen. Die Motivation zum gesunden Lebensstil durch positive Anreize sollte an erster Stelle stehen, zum Beispiel mit Bonusregelungen für ein gesundheitsförderndes Verhalten.

Es ist offensichtlich, dass es ohne strukturelle Änderungen im deutschen Gesundheitswesen angesichts der begrenzten Budgets, des steigenden Anteils älterer Menschen und einer damit steigenden Krankheitslast auf Dauer nicht

Dieser Artikel entstand aus einem Workshop der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e.V. am 19./20. März 2010 in Grünberg. Weitere Informationen im Internet unter: [www.akaprev.de](http://www.akaprev.de).

möglich sein wird, allen Versicherten eine optimale Therapie auf dem jeweils neuesten Stand zukommen zu lassen, es sei denn, man vermeidet einen Teil der Krankheitslast durch präventive Maßnahmen.

Deshalb ist eine gesamtgesellschaftliche Debatte über die Priorisierung von Leistungen auch hinsichtlich eines Vergleichs zwischen Prävention und Therapie dringend erforderlich. Es wäre zum Beispiel denkbar (und ist sogar sehr wahrscheinlich), dass Maßnahmen zur Diabetesprävention unter dem Gesichtspunkt gewonnener QALYs (qualitätsadjustierter Lebensjahre) wesentlich kosteneffizienter sind als therapeutische Leistungen bei fortgeschrittenen diabetischen Folgeschäden.

### Diskussion um langfristige Perspektiven ist jetzt nötig

Erste Berechnungen dazu wurden gerade aus der ADDITION-Studie publiziert (8): Das Screening auf Diabetesvorstufen war 14-mal kosteneffizienter als die Therapie des Typ-2-Diabetes und seiner Folgeschäden. Bisher fehlen jedoch zu meist Vergleiche unterschiedlicher präventiver und kurativer Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die Senkung der Krankheitslast und Krankheitskosten sowie die gewonnenen qualitätsadjustierten Lebensjahre.

Die Investition in bevölkerungsweite Antitabakprogramme hat ebenfalls einen gesicherten Nutzen und eine hervorragende Kosten-Nutzen-Relation (9).

Die Deutsche Akademie für Präventiv-Medizin e.V. plädiert für eine Verschiebung der Gewichtung zwischen Prävention und Kuration im Gesundheitswesen innerhalb der begrenzten Budgets unter der Maßgabe einer strikten Wirtschaftlichkeitsberechnung. Sinnvoll erscheint weniger „Endstrecken-Medizin“ und mehr seriöse Präventivmedizin, vor allem im Sinne einer bevölkerungsweiten Verhältnisprävention und keineswegs nur als individualisierte und oft teure Verhaltensprävention.

Eine Enttabuisierung dieser Diskussion um Priorisierung und Ra-

tionierung ist erforderlich. Ein runder Tisch mit allen beteiligten Gruppen sollte ergebnisoffen über die langfristige Perspektive für das Gesundheitswesen diskutieren, wobei eine gleichberechtigte Repräsentanz der verschiedenen Generationen gewährleistet sein muss.

Voraussetzungen für einen solchen runden Tisch sind:

- konkrete Kosten-Nutzen-Analysen zur Effizienz präventiver und kurativer Maßnahmen mit dem Endpunkt gewonnener gesunder Lebensjahre
- Analyse der demografischen Auswirkungen von Prävention und Therapie auf die Systeme der Renten- und Krankenversicherungen sowie auf die gesellschaftlichen Strukturen – gerade im Hinblick auf den größer werdenden Anteil älterer Menschen und
- sozialwissenschaftlicher Input im Hinblick auf
  - die Analyse der Verteilung von Arbeit auf verschiedene Altersklassen
  - die Definition neuer sozialer Tätigkeiten
  - die Steuerung von Einwanderung (benötigt werden mehr qualifizierte, junge Fachkräfte)
  - die Veränderungen der Lebensarbeitszeit differenziert nach Berufen und Beanspruchungen sowie
  - die Umgestaltung der sozialen Netzwerke.

### Eigenverantwortung für eine gesunde Lebensweise

Seit langem haben die Strukturen des Gesundheitswesens den Patienten die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit weitestgehend abgenommen. Über eine adäquate Bildung und Fortbildung in allen Altersschichten muss dafür gesorgt werden, dass die Menschen sich wieder selbst verantwortlich fühlen und auf der Basis seriöser Informationen in die Lage versetzt werden, kompetente Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Einsparungen im Bildungswesen, wie aktuell diskutiert, sind deshalb gerade für das Gesundheitswesen kontraproduktiv.

Es müssen Bildungsziele festgelegt werden, die nachhaltig die Ei-

genmotivation der Menschen stärken, sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Notwendig ist an bestimmten Stellen auch eine staatliche Lenkung im Sinne der Verhältnisprävention.

Dazu zählen unter anderem:

- konsequenter Nichtraucher-schutz
- Ausbau des Radwegenetzes
- Vorgaben für die Qualität der Schulspeisung und für den Getränkeverkauf in Schulen
- bewusster Ausbau von Sportunterricht und die Förderung körperlicher Aktivität
- konsequente Kinderfreundlichkeit in der Stadtplanung
- verbraucherfreundliche, einfach verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln (zum Beispiel im Sinne einer Ampelkennzeichnung nach Energiedichte, Fettqualität, glykämischer Last und Salzgehalt) sowie
- Definition und Schaffung sozialer Mindeststandards als Bedingung für eine gesunde Lebensweise.

Es ist im Übrigen schwer nachvollziehbar, warum der Mehrwertsteuersatz auf Hotelübernachtungen gesenkt wurde, nicht aber die Besteuerung von nach evidenzbasierten Kriterien gesundheitsfördernden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse. Auch dies wäre Verhältnisprävention.

Gesundheit ist eines der zentralen Themen des 21. Jahrhunderts. Deutschland sollte sich auch angesichts der globalen Wirtschaftskrise als Innovations- und Wissensstandort im Sinne einer „Gesundheitsregion Deutschland“ neu positionieren. Dies hätte nachhaltige, positive Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum. Bundesländer und Bundesregierung sowie die darin vertretenen verschiedenen Ministerien sollten Gesundheitsförderung und Prävention sektor- und ressortübergreifend koordinieren und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen. ■

*Dr. med. Johannes Scholl*

*Dr. med. Christian Albrecht*

*Deutsche Akademie für Präventivmedizin*

 **Literatur im Internet unter**  
[www.aerzteblatt.de/lit3410](http://www.aerzteblatt.de/lit3410)

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 34–35/2010, ZU:

## PRÄVENTIVMEDIZIN

# Wie wollen wir alt werden?

Gesundheitsförderung und Prävention müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden.

## LITERATUR

1. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC et al.: A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. *N Engl J Med* 2005; 352(11): 1138–45.
2. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB: Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *N Engl J Med* 2009; 361(23): 2252–60.
3. Pavkov ME, Bennett PH, Knowler WC, Krakoff J, Sievers ML, Nelson RG: Effect of Youth-Onset Type 2 Diabetes Mellitus on Incidence of End-Stage Renal Disease and Mortality in Young and Middle-Aged Pima Indians. *JAMA* 2006; 296(4): 421–6.
4. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC: Childhood Obesity, Other Cardiovascular Risk Factors and Premature Death. *N Engl J Med* 2010; 362(6): 485–93.
5. Andriole GL, Grubb RL, III, Buys SS et al.: Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* 2009; *NEJMoa* 0810696.
6. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al.: Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009; *NEJMoa* 0810084.
7. Die Welt vom 6.5.2010: <http://www.welt.de/die-welt/vermischtes/article6663399/Ewiges-Leben-Nein-Aber-150-Jahre.html>.
8. <http://www.leicestershirediabetes.org.uk/display/templatedisplay1.asp?sectionid=250>.
9. Lightwood JM, Dinno A, Glantz SA: Effect of the California tobacco control program on personal health care expenditures. *PLoS Med* 2008; 5(8): e178.