

Prävention: Steuerungsperspektiven für Anbieter und Nutzer

Wilfried Kunstmann

Ausgangslage

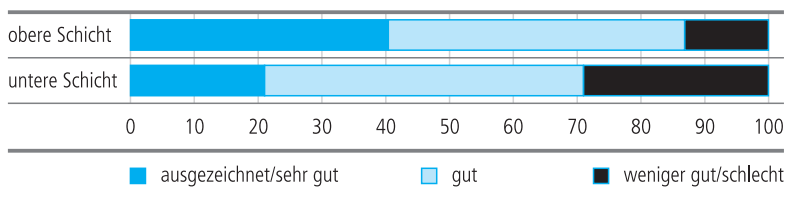
Eine Stärkung der Prävention wird von fast allen politischen Parteien befürwortet. Wenn auch diese Bekenntnisse zur Prävention gerne unisono abgegeben werden, differieren jedoch die Ansichten darüber, für welche Zielgruppen, durch welche Akteure und in welcher Form Programme der Prävention durchgeführt werden sollen. Auch hinsichtlich ihres Nutzens ist das Bild noch sehr unscharf: Erreichen die auf der Grundlage des § 20 SGB V von den Krankenkassen bislang angebotenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung überhaupt die Versicherten, die von ihnen am meisten profitieren könnten?

Wie können diejenigen, die sich bislang nur wenig für ihre Gesundheit interessieren, zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motiviert werden? Welche sozialen Gruppen sind mit welchen Maßnahmen für die Prävention zu erreichen?

Für Deutschland liegen verschiedene Untersuchungen vor, die einen direkten Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit belegen. Armut korreliert mit vermehrten Krankheitsrisiken, erhöhter Morbidität und schließlich frühzeitigem Tod (Mielck 2004; Siegrist 2004; Helmert 2003a; Rosenbrock und Geene 2000).

Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitserlebens fühlen sich Angehörige der oberen Schicht wesentlich gesünder als Angehörige unterer sozialer Schichten (Lampert und Ziese 2005). In dem Ende der 90er Jahre vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Bundesgesundheitsurvey lag die relative Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei den Männern der obersten Sozialschicht um das 2,1fache, bei den Frauen sogar um das 2,4fache über der untersten Sozialschicht (Knopf, Ellert und Melchert 1999).

Abbildung 1: Allgemeiner Gesundheitszustand der oberen und unteren Schicht in Selbsteinschätzung



Alle Angaben in Prozent

Auch die Ergebnisse des Sozioökonomischen Panels belegen den Unterschied zwischen diesen beiden Schichten im Hinblick auf die Lebenserwartung, die bei Angehörigen der unteren Schicht etwa um fünf bis zehn Jahre geringer ausfällt (Reil-Held 2000; Mielck 2004).

Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist damit ein zentrales Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention und wird entsprechend in § 20 SGB V, Abs. 1 berücksichtigt.

Die Befragungsergebnisse des Gesundheitsmonitors decken sich zu diesem Themenfeld weitgehend mit denen des Bundesgesundheitssurveys und des Sozioökonomischen Panels: Auch hier zeigt sich, dass mit abnehmendem sozialem Status die positive Bewertung der eigenen Gesundheit abnimmt. Während Angehörige der oberen Schicht ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufig als »ausgezeichnet« oder »sehr gut« bewerten (40 Prozent), trifft dies nur für 21 Prozent der unteren Schicht zu.

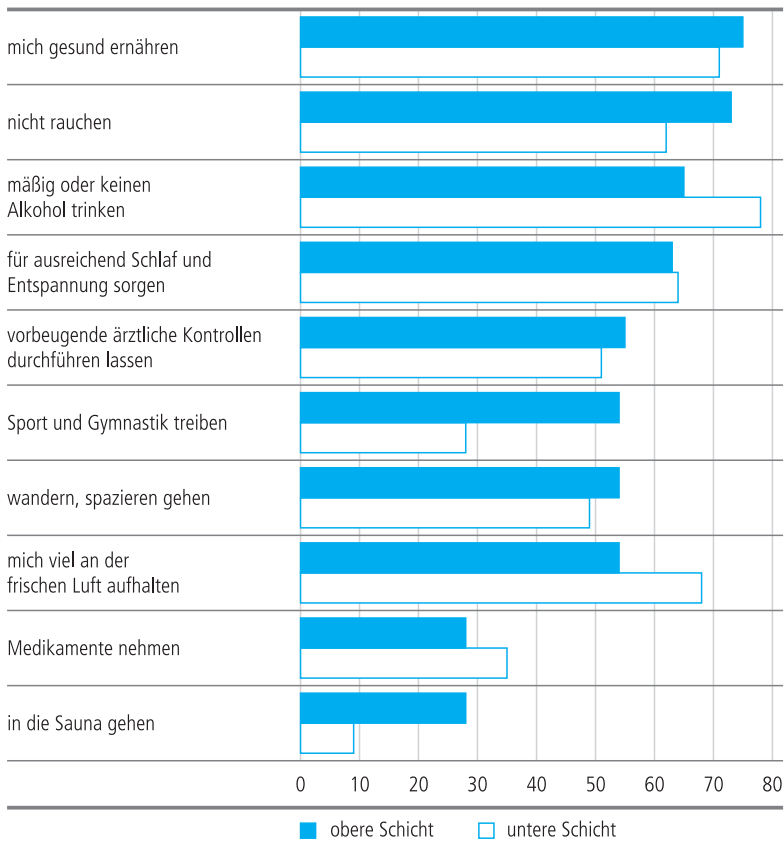
Im Folgenden soll vor allem der Frage nachgegangen werden, an welchen Inhalten sich Präventionsprogramme orientieren sollen, welche strukturellen Rahmenbedingungen für sie zu schaffen sind und in welcher Zuständigkeit sie durchgeführt werden sollten. Dies geschieht aus der Nutzerperspektive der Versicherten und der Anbieterperspektive der Ärzte.

Die Nutzerperspektive: Was stellen sich Versicherte unter Prävention vor, und was tun sie dafür?

Die Erkenntnis, zum Erhalt der eigenen Gesundheit und zur Verhinderung drohender Funktionseinbußen präventive Maßnahmen zu ergreifen, ist in der Bevölkerung weit verbreitet: Fast die Hälfte der im

Abbildung 2: Gesundheitserhaltende Maßnahmen nach Schichtzugehörigkeit

»Was tun Sie für die Erhaltung Ihrer Gesundheit?«



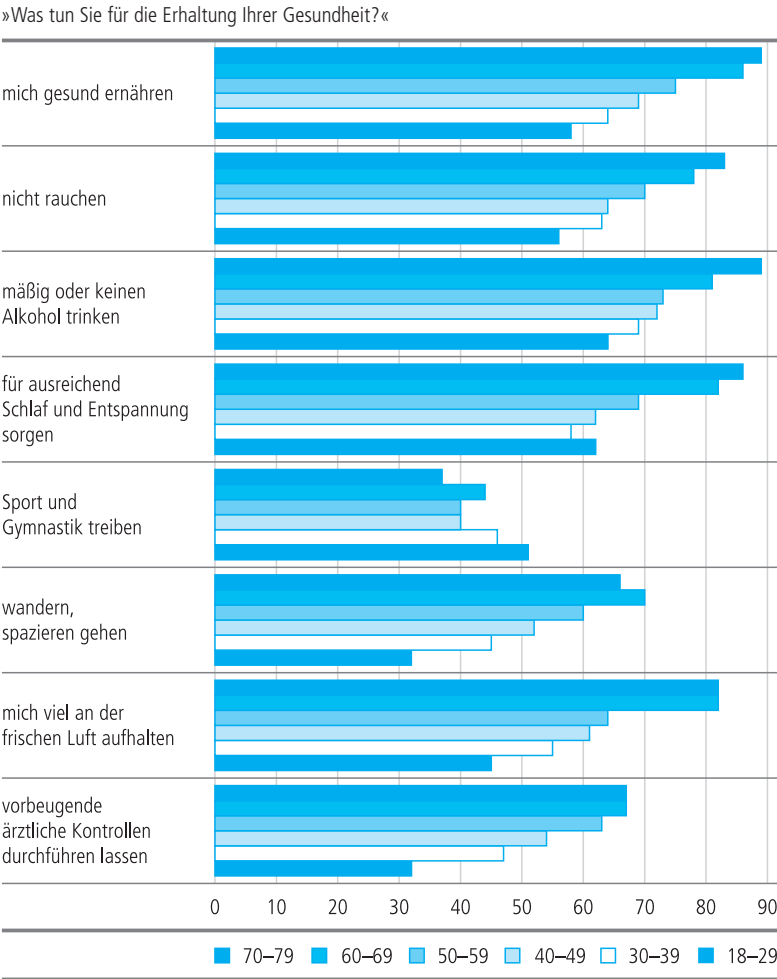
Alle Angaben in Prozent

Gesundheitsmonitor Befragten (4,9 Prozent) ist der Auffassung, sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit zu achten. Mehr als zwei Drittel der Befragten unternehmen bereits unterschiedlichste Anstrengungen, um ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Entweder versuchen sie, sich gesund zu ernähren (71 Prozent), verzichten weitgehend auf den Genuss von Alkohol (73 Prozent), rauchen nicht (68 Prozent), nehmen die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wahr (52 Prozent) oder sind körperlich aktiv (54 Prozent).

Dabei variieren Ausmaß und Inhalte der Aktivitäten jedoch sowohl nach Altersgruppen als auch nach Schichtenzugehörigkeit: Während

Angehörige der unteren Schicht angeben, nur mäßig Alkohol zu konsumieren (78 Prozent), wird seitens der Angehörigen der oberen Schicht vor allem der Verzicht auf den Konsum von Tabak (73 Prozent) angeführt. Deutliche Schichtunterschiede zeigen sich zudem beim Freizeitsport: Dieser wird von mehr als der Hälfte der Angehörigen der oberen Schicht betrieben (54 Prozent), während es bei der unteren Schicht gerade einmal 28 Prozent sind.

Abbildung 3: Gesundheitserhaltende Maßnahmen nach Altersgruppen



Alle Angaben in Prozent

Sowohl bei den Angehörigen der oberen als auch der unteren Schicht werden hingegen Schlaf und Entspannung (63 Prozent in der oberen beziehungsweise 64 Prozent in der unteren Schicht) sowie eine gesunde Ernährung (75 Prozent in der oberen beziehungsweise 71 Prozent in der unteren Schicht) für den Erhalt der eigenen Gesundheit als besonders wichtig bewertet. Allerdings zeigt die Auswertung des Gesundheitsmonitors zum Körpergewicht, dass der Anteil der stark Übergewichtigen (BMI über 30) – wie unter anderem der Bundesgesundheitsurvey bestätigt (Knopf, Ellert und Melchert 1999) – mit abnehmendem Sozialstatus linear zunimmt (Abb. 2).

Große Unterschiede zeigen sich auch im Gesundheitsverhalten der verschiedenen Altersgruppen, insbesondere hinsichtlich des Ernährungsverhaltens, des Konsums von Tabak und Alkohol, des Bewegungsverhaltens und der Arztnutzung. Bei fast allen Aktivitäten ist festzustellen, dass ihre Bedeutung mit dem Alter zunimmt (Abb. 3).

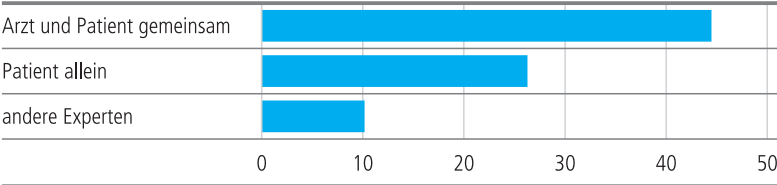
Bei den aufgeführten Aktivitäten ist allerdings zu berücksichtigen, dass anhand der vorliegenden Ergebnisse keine Aussagen über ihren quantitativen Umfang gemacht werden können. Dennoch verdeutlichen sie, dass Angebote zur Gesundheitsförderung sowohl schichten- als auch altersgruppenspezifisch auszurichten sind, wie auch der Beitrag von Kruse in diesem Band zeigt.

Die Anbieterperspektive: Wie bewerten Ärzte Maßnahmen der Prävention?

Ärzte weisen der Prävention eine hohe Bedeutung zu. So spricht sich beispielsweise die überwiegende Mehrheit der im Gesundheitsmonitor befragten Ärzte (77 Prozent) für eine Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen aus. Prävention ist für sie vor allem eine gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient (44 Prozent). Lediglich 26 Prozent sehen sie als eine alleinige Aufgabe des Patienten an, und nur zehn Prozent sind der Ansicht, dass Prävention durch andere Experten im Gesundheitswesen durchgeführt werden sollte (Abb. 4).

Interessanterweise schreiben Ärzte verhaltensbezogenen Maßnahmen bei der Verhütung von Krankheiten eine höhere Wirksamkeit zu als medikamentösen Therapien. Dies verdeutlichen die Ergebnisse auf die Frage, welche Maßnahmen sie zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen am geeignetsten erachten: Während die Verringe-

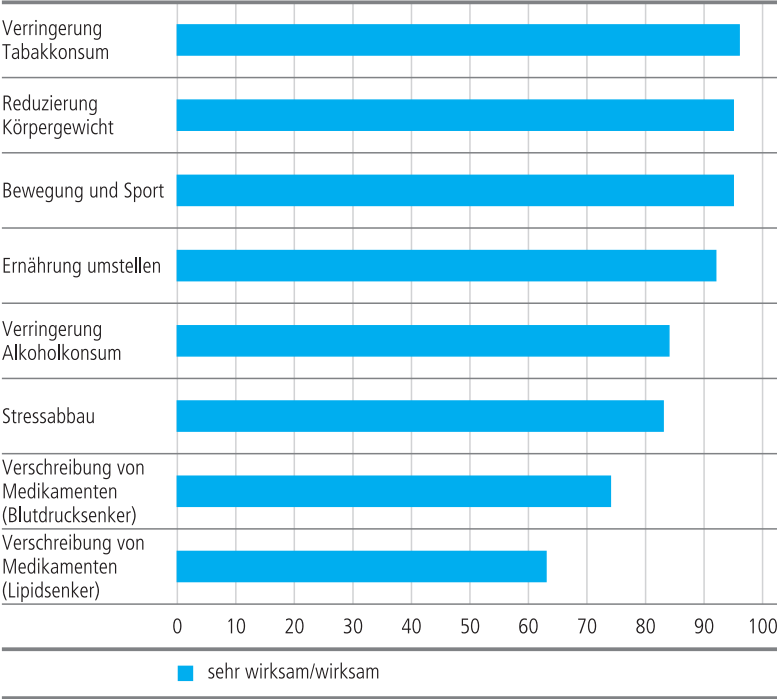
Abbildung 4: Verantwortlichkeiten in der Prävention aus Sicht der Ärzte



Alle Angaben in Prozent

rung des Tabakkonsums (96 Prozent), die Reduzierung des Körpergewichts (95 Prozent) sowie Bewegung und Sport (95 Prozent) als am wirksamsten erachtet werden, rangiert die Einnahme von Medikamenten wie Blutdruck- (74 Prozent) oder Lipidsenkern (63 Prozent) am unteren Ende der Skala (Abb. 5).

Abbildung 5: Maßnahmen zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus ärztlicher Sicht



Alle Angaben in Prozent

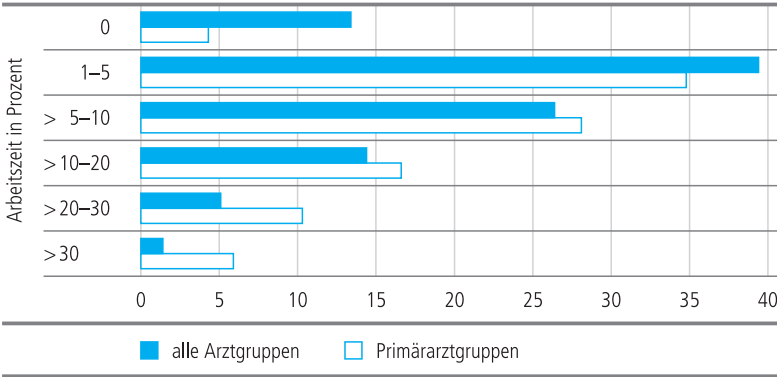
Welchen Stellenwert nehmen jedoch Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Praxis ein? Insgesamt geben mehr als zwei Drittel der befragten Ärzte an, dass sie nicht mehr als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit für die Prävention verwenden. Bei den Ärzten, die in der Regel von ihren Patienten direkt und ohne Überweisung aufgesucht werden (Praktische Ärzte, Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen und Augenärzte), liegt der Anteil für die Prävention aufgebrauchte Zeit etwas höher. Etwa ein Drittel von ihnen gibt an, mehr als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit für Prävention zu verwenden (Abb. 6).

Über 40 Prozent der befragten Ärzte geben an, selber Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der eigenen Praxis anzubieten. Besonders aktiv sind in dieser Beziehung die Allgemeinärzte (55 Prozent), die Internisten (51 Prozent) und die Orthopäden (46 Prozent).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Präventionsarbeit in der Patientenversorgung bislang noch keinen sehr hohen Stellenwert besitzt.

Auch die Ergebnisse der achten Befragungswelle des Gesundheitsmonitors vom Mai 2005 verdeutlichen, dass das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention« in den Arzt-Patienten-Gesprächen in der Praxis noch eine relativ untergeordnete Rolle spielt: Weniger als ein Viertel der Versicherten (23 Prozent) gibt an, von ihrem Hausarzt innerhalb der vergangenen zwölf Monate auf konkrete Angebote der Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Kurse zur Bewegung, Er-

Abbildung 6: Zeitaufwand von Ärzten für Prävention



Alle Angaben in Prozent

nährung, Stressbewältigung oder Raucherentwöhnung, angesprochen worden zu sein. Ähnliche Ergebnisse hatte auch der Bundesgesundheitsurvey zu Tage gebracht (Buhk, Zeikau und Koch 2003). Offensichtlich besteht noch eine starke Diskrepanz zwischen der kognitiven Bewertung der Bedeutung der Prävention und ihrer Umsetzung im beruflichen Alltag.

Motive und Anreize für Versicherte

Für Reformen im Gesundheitswesen ist die Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung eine notwendige Voraussetzung. Was aber veranlasst Menschen, sich gesundheitsbewusst zu verhalten? Welche Anreize können bei Versicherten eine Änderung ihres Verhaltens bewirken?

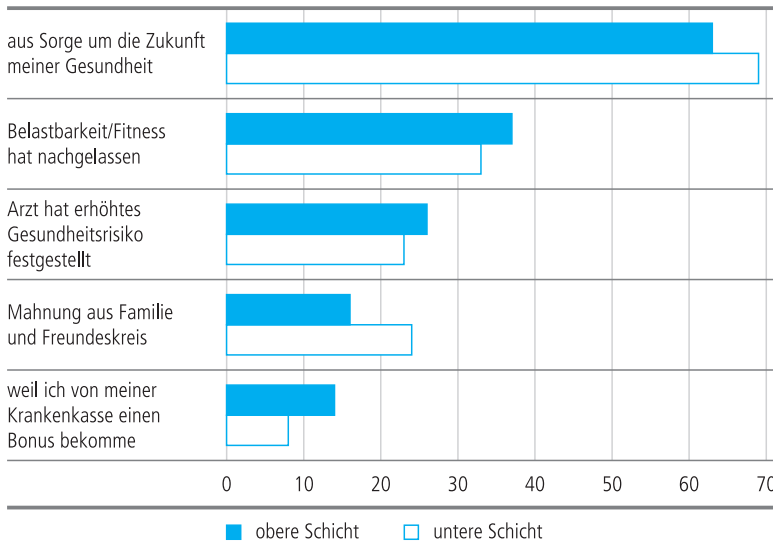
Immerhin etwa 20 Prozent der Befragten geben an, im vergangenen Jahr ihr Gesundheitsverhalten geändert zu haben – dies unabhängig von der Schichtzugehörigkeit. Kaum ausschlaggebend waren dabei finanzielle Anreize wie die von den Krankenkassen auf der Grundlage des § 65 (SGB V) neu geschaffenen Bonussysteme. Sowohl bei Angehörigen der oberen Schicht (14 Prozent) wie auch der unteren Schicht (acht Prozent) finden sie als Auslöser für Verhaltensänderungen kaum Erwähnung. Entscheidend waren vielmehr Einbußen der eigenen Gesundheit und die Sorge um ihre Entwicklung in der Zukunft.

Verhaltensänderung entsteht demnach vor allem aus intrinsischen Motiven, dagegen wirken extrinsische Anreize offenbar so schwach, dass sie – zumindest als Beweggrund für Verhaltensänderungen – verzichtbar erscheinen.

Betrachtet man darüber hinaus, dass Bonusprogramme bei Angehörigen der oberen Schicht einen deutlich stärkeren Motivator als bei Mitgliedern der unteren sozialen Schichten darstellen (Abbildung 7), wird sichtbar, dass sozial bedingte Unterschiede der Gesundheit durch Bonusprogramme kaum abgebaut werden können.

In welchem Maße setzen Versicherte Präventionsmaßnahmen tatsächlich um? Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen, dass bei 40 Prozent derjenigen, die von ihrem Hausarzt auf Maßnahmen zur Förderung der eigenen Gesundheit aufmerksam gemacht wurden, die ärztliche Beratung keine Änderung des Verhaltens bewirkt hat. Am häufigsten sprechen Ärzte die Empfehlung aus, sich an

Abbildung 7: Gründe für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen in oberer und unterer Schicht

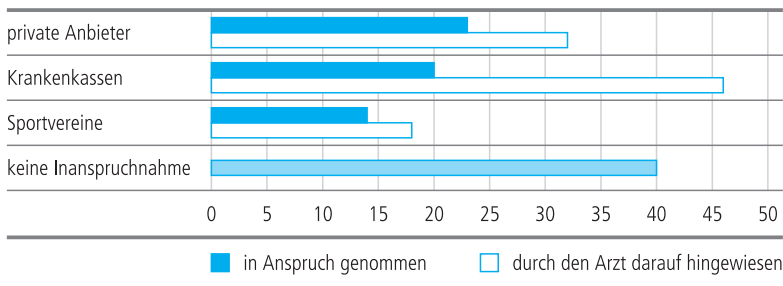


Alle Angaben in Prozent

einem gesundheitsfördernden Angebot der Krankenkassen zu beteiligen, nur 20 Prozent der Angesprochenen nutzen jedoch diese Angebote (Abb. 8). Beliebter sind bei ihnen offensichtlich die Angebote privater Anbieter (23 Prozent), während Sportvereine an dritter Stelle genannt werden (14 Prozent). Die Statistik der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen weist hingegen aus, dass nur etwa 0,5 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten Angebote nach § 20 SGB V wahrnehmen (AG SpiK 2004).

Die Ergebnisse zeigen, dass es mit der Information über bestehende Angebote und der Vermittlung von Kontakten allein nicht getan ist. Vielmehr sollte der Arzt zunächst im Gespräch zu erkunden versuchen, in welchem Maße der Patient sich bereits selber mit seinem Verhalten auseinander gesetzt hat, ob er zu einer Verhaltensänderung motiviert ist und sich diese auch zutraut. Prochaska und di Clemente (1982) identifizierten dabei fünf Motivationsebenen, auf denen sich Patienten befinden können: Auf der Stufe der Absichtslosigkeit (»precontemplation«) sieht der Patient keinen Anlass, sein bisheriges Verhalten zu verändern. Hingegen zeichnet sich die Ab-

Abbildung 8: Auf Empfehlung des Arztes in Anspruch genommene Präventionsangebote



Alle Angaben in Prozent

sichtsphase (»contemplation«) durch ambivalente Gefühle dem eigenen Verhalten gegenüber aus, während in der Vorbereitungsphase (»preparation«) gezielt nach Wegen der Veränderung gesucht wird. In der Handlungsphase (»action«) werden bereits konkrete Schritte unternommen, die im weiteren Verlauf zu stabilisieren sind (»maintenance«).

Die Aufgabe des Arztes besteht nun darin, die Motivationsstufe zu identifizieren, auf der sich der Patient gegenwärtig befindet, um ihn dann auf die nächste Stufe zu begleiten und dort zu stabilisieren. Auf diese Weise lässt sich die intrinsische Motivation des Versicherten stärken, anstatt über abstrakte externe Anreize zu motivieren, die an der tatsächlichen Motivationsstruktur des Versicherten vorbeigehen.

Geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen für Prävention

Was hindert Ärzte daran, der Prävention in ihrer täglichen Praxis mehr Raum zu geben? Drei mögliche Faktoren sind hier zu diskutieren:

- *bessere Vergütung der ärztlichen Gesundheitsberatung*: Nach Aussage der befragten Ärzte wäre dies ein wesentlicher Anreiz, einen größeren Anteil ihrer Arbeitszeit auf die Primärprävention zu verwenden (51 Prozent Zustimmung).
- *Zeit für die Prävention*: In der Tat wird Zeit von den Ärzten als knappe Ressource angesehen. Immerhin 46 Prozent würden stärker in der Primärprävention aktiv werden, wenn ihnen mehr Zeit zur Verfügung stünde.

- *intensivere Fort- und Weiterbildung zu Präventionsthemen:* Dieser Aspekt hat in den Augen der Ärzte nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung, um ihre Anstrengung in der Prävention zu verstärken. Nur etwa ein Drittel der Ärzte sieht diesen Aspekt als relevant an, während 40 Prozent ihr Verhalten auch bei einer größeren Zahl verfügbarer Fort- und Weiterbildungsangebote nicht ändern würden.

Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit struktureller Reformen hin, vor allem im Bereich der Honorierung ärztlicher Leistungen in der Primärprävention. Dagegen erscheint der Ausbau von Weiterbildungsmöglichkeiten keine allzu große Bedeutung zu haben.

Sind aber Ärzte überhaupt die geeigneten Ansprechpartner für Prävention? Obgleich sie selber ihre Bedeutung in diesem Bereich hoch einschätzen, ist zu fragen, ob diese Auffassung auch von den Versicherten geteilt wird. Oder orientieren diese sich an gänzlich anderen Anbietern von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wie beispielsweise denen der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V?

Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen allerdings, dass der Arzt auch für die Befragten ein zentraler Ansprechpartner in Fragen der Prävention ist: Sie sind vor allem dann zu einer Verhaltensänderung motiviert, wenn sie sich um ihre Gesundheit sorgen, sie gesundheitliche Einbußen an sich feststellen oder auf solche von ihrem Arzt aufmerksam gemacht werden. Mehr als 50 Prozent der Versicherten sehen in vorbeugenden Gesundheitskontrollen durch ihren Arzt ein wichtiges Instrument der Prävention. Diese Wahrnehmung scheint schichtenunabhängig zu sein (55 Prozent bei der oberen Schicht, 51 Prozent bei der unteren Schicht), gewinnt jedoch mit dem Alter deutlich an Bedeutung (Abbildung 3). Der Arzt ist demnach etwa für jeden zweiten Versicherten ein fest etablierter Ansprechpartner in Fragen der Prävention.

Schlussfolgerungen

Die Bevölkerung betrachtet Ärzte als ihre Hauptansprechpartner für Präventionsfragen. Es sollten daher Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Ärzten in ihrer Praxis erlauben, Patienten intensiver

zur Prävention zu beraten und ihre Teilnahme an präventiven Maßnahmen auch ärztlich zu begleiten. Da die von Ärzten für die Gesundheitsberatung und Primärprävention aufgebrauchte Zeit bislang noch sehr gering ist, sollte eine gesundheitspolitische Steuerung durch eine Aufwertung der entsprechenden ärztlichen Tätigkeiten über die Vergütungsstruktur erfolgen.

Darüber hinaus sollte die intrinsische Motivation der Versicherten zur Verhaltensänderung nicht unterschätzt werden. Die Sorge um die zukünftige Gesundheit ist eine Hauptantriebsfeder für eine Verhaltensänderung zu Gunsten der Prävention. Finanzielle Anreize wie beispielsweise die Einführung von Bonussystemen durch die Krankenkassen spielen hingegen gegenwärtig kaum eine Rolle. Sie führen vielmehr zu Mitnahmeeffekten auf Seiten der besser gestellten sozialen Schichten, die sich insgesamt gesehen einer deutlich besseren gesundheitlichen Verfassung erfreuen als Angehörige der unteren Schicht. Zur Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen vermögen sie somit keinen Beitrag zu leisten.

Während die Beweggründe der Versicherten für ein gesundheitsbewussteres Verhalten über alle Schichten hinweg weitgehend homogen sind, differieren sie jedoch in der Einschätzung, welche präventiven Maßnahmen ihnen am stärksten geeignet erscheinen. Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Angebote der Gesundheitsförderung sollten daher sowohl schichten- als auch altersgruppenspezifisch gestaltet und an die entsprechenden Lebenswelten angekoppelt werden.

Sowohl bei Versicherten als auch Ärzten wird die Wichtigkeit, Vorsorge für die Gesundheit zu betreiben, durchweg in hohem Maße anerkannt. Offenbar existiert ein allgemeines Bewusstsein für Prävention. In dieser Frage scheint auch die »Chemie« zwischen den Versicherten und den Ärzten zu stimmen. Die Versicherten sehen die Notwendigkeit, für die eigene Gesundheit aktiv werden zu müssen, und sie vertrauen in diesen Fragen ihrem Arzt, während umgekehrt auch die Ärzte Primärprävention als eine gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient betrachten.

Während das Bewusstsein also vorhanden ist, scheitert die Weiterentwicklung der Prävention als wesentliche Säule des Gesundheitssystems vor allem an den strukturellen Rahmenbedingungen, die die Vermeidung von Krankheiten weiterhin kaum honorieren. Darüber hinaus benötigen Ärzte in ihrer Praxis mehr Zeit, um Patienten zu

Verhaltensänderungen zu motivieren und den angestoßenen Prozess zu begleiten. Versicherte wiederum benötigen Rahmenbedingungen, die sie in ihrer Motivation stärken und bei der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Verhaltens unterstützen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten sich daher an den jeweiligen Lebenswelten und Bedürfnissen orientieren und in den Alltag der Versicherten integrierbar sein.