

Ausgabe 05/2015 - Schwerpunkt Ziele

Rolf Rosenbrock im Interview

„Die Bedeutung der Medizin wird krass überschätzt“

Ein möglichst langes und unbeschwertes Leben für möglichst viele Bürger – was kann die Politik dafür tun? Ein Gespräch mit dem Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock über soziale Ungleichheit, Ernährungskurse und Eigenverantwortung.

brand eins: Herr Rosenbrock, die Gesundheitswirtschaft ist heute einer der größten Wirtschaftszweige Deutschlands. Seit 1992 haben sich die Ausgaben für Prävention, Diagnostik, Operationen, Arzneimittel, Rehabilitation, Pflege und Einrichtungen des Gesundheitswesens fast verdoppelt. Ist das Geld gut angelegt?

Rolf Rosenbrock: Ohne Frage ist es extrem wichtig, dass hierzulande jeder Mensch unabhängig von seiner wirtschaftlichen Situation und seiner sozialen Lage vollen Zugang zu einer hochwertigen Krankenversorgung hat. Allerdings wird die Bedeutung der Medizin regelmäßig krass überschätzt, sowohl von der Bevölkerung als auch von der Politik. Das ist einer der Gründe, warum es zu einer erheblichen Fehlleitung von Ressourcen kommt: Zum einen ließe sich dieselbe Qualität der Krankenversorgung auch mit weniger Geld erreichen. Zum anderen müsste die Gesundheitspolitik viel mehr für die eigentliche Verhütung von Krankheiten tun. Immerhin ist es ein wichtiger symbolischer Akt, dass das kürzlich von der Bundesregierung vorgelegte Präventionsgesetz, das aller Voraussicht nach noch in diesem Jahr verabschiedet und 2016 in Kraft treten wird, einen Schwerpunkt auf die sogenannte lebensweltbezogene Prävention legt.

Anfang des 20. Jahrhunderts lag die Lebenserwartung für neugeborene Mädchen bei 48 Jahren, heute bei über 82 Jahren. Ein

gewaltiger Fortschritt.

Das stimmt. Und die durchschnittliche Lebenserwartung steigt nach wie vor, im Schnitt um knapp zwei Jahre pro Jahrzehnt. Das ist natürlich erfreulich. Die Frage ist aber, woran das liegt. Wir haben das im Sachverständigenrat ausgerechnet und festgestellt, dass es nur zu einem Drittel auf Fortschritte in der Medizin und der Krankenversorgung zurückgeht. Für die weiteren zwei Drittel ist eine Mischung von ganz anderen Faktoren verantwortlich.

Welche?

Zum einen verbesserte Lebensumstände, angefangen bei den Arbeits- und Wohnverhältnissen über die Möglichkeiten zur Erholung bis hin zur Infrastruktur und zu Verkehrsverhältnissen. Dazu kommen bessere Bildung und in der Folge auch gesundheitsgerechteres Verhalten. Die Felder, auf denen wir die Gesundheit verbessern können, liegen nicht in erster Linie in der Medizin, sondern in der Gestaltung von Lebensbedingungen und in der Veränderung von Verhalten. Schaut man sich die Zusammenhänge genauer an, erkennt man den Skandal der Gesundheitspolitik: Die Chancen für ein gesundes und langes Leben in Deutschland sind extrem ungleich verteilt.

Worin äußert sich das?

Die Lebenserwartung hängt massiv von der sozialen Schicht ab, der man angehört. Heute ist es so, dass Männer an oder unter der Armutsgrenze, also jene die Arbeitslosengeld II oder weniger beziehen, im Schnitt fast elf Jahre kürzer leben als wohlhabende. Zusätzlich erkranken arme Männer hierzulande deutlich früher an chronischen Krankheiten, durchschnittlich macht das 3,5 Jahre aus, sodass arme Männer eine um mehr als 14 Jahre kürzere gesunde Lebenszeit haben. Bei den Frauen sind die Zahlen ähnlich. Sie haben, wenn sie zur niedrigsten Einkommensgruppe gehören, eine um mehr als acht Jahre verkürzte Lebenserwartung. Bei ihnen treten chronisch-degenerative Erkrankungen im Schnitt zwei Jahre früher auf als bei wohlhabenden Frauen.

Sind sozial Schwächere in besonderem Maße auf eine gute medizinische Versorgung angewiesen?

Ungefähr drei Viertel der Versorgungskosten in reichen Ländern wie Deutschland resultieren aus den sechs großen, regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten, also aus Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, Krebs, Muskel-Skelett-Problemen, dem Lungenleiden COPD und – mit der steilsten Steigerung – psychischen Erkrankungen. Meist kann die Medizin hier nicht wirklich heilen, es muss lebenslang therapiert und unterstützt werden. Das ist der wichtigste Grund dafür, dass für rund ein Fünftel der Versicherten etwa vier Fünftel der Versorgungskosten aufgewendet werden müssen. Dabei fällt auf: Menschen aus den unteren Schichten sind unter den chronisch Kranken stark überrepräsentiert. Und alle diese

Erkrankungen sind zu einem sehr erheblichen Teil und in zunehmendem Umfang der Primärprävention zugänglich. Mit den richtigen Maßnahmen ließe sich in vielen Fällen verhindern, dass diese Erkrankungen überhaupt entstehen. Zumindest könnte man erreichen, dass sie erst später auftreten.

Wie kriegt man Menschen dazu, sich gesünder zu verhalten?

In der Vergangenheit sind immer wieder Versuche zum Beispiel in Form von Ernährungskursen für Schüler oder Diätprogramme für Erwachsene unternommen worden. Aber es hat sich gezeigt, dass man Verhalten auf diese Weise nicht nachhaltig verändern kann. Sozial benachteiligte Menschen haben in der Regel sehr viel näher liegende Probleme als ihre Gesundheit oder ihre Lebenserwartung. Sie beschäftigt, wie sie ihren Kindern zum Beispiel ein Minimum an Ferien finanzieren können, und nicht, ob sie mit Jogging die Wahrscheinlichkeit erhöhen, nicht nur 72, sondern 74 Jahre alt zu werden. Das Verhalten von Menschen steht in einem engen Wechselverhältnis mit ihren Lebensumständen. Vor diesem Hintergrund ist es bedenklich, wenn die Schere zwischen Arm und Reich hierzulande weiter auseinandergeht. Diese Spreizung wirkt sich massiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus. Je größer sie wird, desto größer werden die Abstände sowohl in Bezug auf die Morbidität, also die Erkrankungsrate, als auch auf die Mortalität, die Sterblichkeit.

Was folgt daraus für die Gesundheitspolitik?

Wenn man die Gesundheit der Bevölkerung im Blick hat und dem simplen Satz folgen will, große Risiken zuerst zu bearbeiten, muss man als Gesellschaft immer überproportional in die Gesundheit der unteren Schichten investieren. Hier liegen die größten Potenziale. Die große Versorgungslücke liegt in der nicht-medizinischen Prävention. Es geht zuallererst darum, die Lebensumstände der Menschen zu verbessern. Dann nämlich interessieren sie sich irgendwann dafür, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können. Und dann fangen die Betroffenen an, sich gesünder zu verhalten.

An was denken Sie konkret?

Bei allen Projekten, die Nachhaltigkeit anstreben, geht es zunächst einmal um die praktische Einübung von Teilhabe. Das wird allzu leicht übersehen. Also: Nicht einfach nur belehren, indem man sagt: „Äpfel sind gesund!“ oder: „Du musst dich mehr bewegen!“, sondern ganz früh klarmachen, wie diese Welt, in der du lebst, von dir mitgestaltet werden kann. Nur wenn ich erlebe, dass ich etwas beeinflussen kann, bin ich bereit, Verantwortung zu tragen. Deswegen finde ich zum Beispiel Kita-Projekte so gut, die genau hier ansetzen.

Was sind das für Projekte?

Das Einüben von Teilhabe geschieht zum Beispiel anhand des

Speiseplans, der Raumgestaltung oder des Tagesplans. Da geht es um ganz einfache Fragen wie: Was wollen wir nächste Woche essen? Wo kommen die Nahrungsmittel her? Dann kommt man irgendwann auf Öko und Landwirtschaft und Überlegungen wie: Wem schmeckt was, warum schmeckt etwas nicht, und warum darf das muslimische Kind aus unserer Gruppe kein Schweinefleisch essen? Genau das ist es übrigens, was der Begriff Lebenswelt-Prävention meint. Wenn man damit früh anfängt, kann man sehr viel für die Gesundheit erreichen.

Wie lässt sich der Effekt messen?

Das ist nicht ganz einfach. Denn zwischen der Intervention, also dem Einüben von Teilhabe und Verantwortung in der Kindheit und dem daraus resultierenden Effekt, also dem möglichen Schutz vor einem frühzeitigen Auftreten chronisch-degenerativer Erkrankungen, liegen in der Regel Jahrzehnte. Dieser zeitliche Abstand macht herkömmliche Wirksamkeitsstudien nahezu unmöglich. Eine seltene Ausnahme ist das sogenannte Scope Perry Preschool Project, ein Experiment, bei dem seit 1962 die Wirkungen intensiver, auf die Lebensweise bezogener Interventionen bei Vorschulkindern aus sozial benachteiligten Familien in Michigan / USA über Jahrzehnte verfolgt wurden.

Was kam dabei heraus?

Die Forscher hatten die teilnehmenden Familien in zwei Gruppen eingeteilt. In der einen wurden die Eltern und ihre Kinder über sechs Monate hinweg intensiv betreut, in der anderen nicht. Von den Kindern, die die Unterstützung bekommen hatten, hatten im späteren Leben nur halb so viele Drogenprobleme, deutlich weniger landeten im Gefängnis, und sie bezogen insgesamt ein um 50 Prozent höheres Einkommen.

Was kann Prävention bei Erwachsenen bewirken?

In Deutschland gibt es beispielsweise Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei denen die Beschäftigten unter professioneller Moderation überlegen: Was stört uns an der Arbeit? Was gefällt uns daran? Und wie können wir dafür sorgen, dass das Positive zunimmt? Da kommen richtig gute Vorschläge heraus, und es zeigt sich immer wieder: Die Leute in diesen Gesundheitszirkeln sind sehr realistisch. Die wollen nicht einfach nur mehr Geld und weniger Arbeit. Sie wollen zum Beispiel, dass die Vorgesetzten geschult werden. Fast immer schließen die Vorschläge auch den Wunsch nach mehr Handlungsspielraum ein. Die Erfolge sind beachtlich. Wenn man das richtig macht, sinkt die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit um circa 30 Prozent und bleibt etliche Jahre konstant auf dem niedrigen Niveau. Gleichzeitig steigen Lebens- und Arbeitszufriedenheit sowie Innovationsoffenheit, also die Bereitschaft, Neues nicht als Bedrohung anzusehen. Dass dieser Ansatz, der auf Selbstständigkeit statt auf Anweisung und Belehrung setzt, erfolgreich ist, hat sich auch in der HIV/Aids-

Prävention gezeigt.

Inwiefern?

Die liegt in Deutschland wesentlich in den Händen der am stärksten betroffenen Gruppen und wird von ihnen in jeweils lokalen Szenen organisiert. Dieses Modell wurde relativ früh und relativ vollständig umgesetzt. Heute haben wir hierzulande zusammen mit Finnland die niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten in Europa.

Warum wird die nicht medizinische Prävention vernachlässigt? Hat die Gesundheitspolitik ihr eigentliches Ziel aus den Augen verloren?

Zum einen ist die Vorstellung von Gesundheit als Folge von Medizin eine exzellente Wachstumsvoraussetzung für alle mit der Medizin verbundenen Branchen bis hin zum Gesundheitsjournalismus. Zum anderen sind Menschen empfänglich für Vereinfachungen, zumal wenn sie von Experten gestützt werden. Wenn zum Beispiel Mediziner verkünden, dass Reihenuntersuchungen per Mammografie die Früherkennung von Brustkrebs verbessern und damit die Sterblichkeit durch diese Art von Tumoren bei Frauen erheblich senken, dann neigen wir dazu, das zu glauben und die Einführung solcher Untersuchungen zu fordern – auch wenn die wissenschaftlichen Fakten etwas anderes besagen.

Laien können sich bei solchen Themen kein Urteil bilden. Aber Fachpolitiker sollten doch über fundiertere Informationen verfügen.

Das tun sie häufig auch. Aber das ändert nichts. Nicht jene Konzepte und Methoden, mit denen die größte gesundheitliche Wirkung zu erzielen ist, setzen sich durch, sondern jene, die am ehesten den wirtschaftlichen, politischen und sozialen Bedürfnissen derer entsprechen, die darüber zu entscheiden haben. Wer anfängt, die Bedeutung der Medizin in der Öffentlichkeit realistisch darzustellen und womöglich ankündigt, auch bei der Finanzierung mehr auf Prävention als auf Krankenversorgung zu setzen, steht sofort im Feuer – und hat bei den nächsten Wahlen keine Chance.

Rolf Rosenbrock, 70,

ist Professor für Gesundheitswissenschaften und lehrt unter anderem an der Berlin School of Public Health der Berliner Charité. Er war von 1999 bis 2009 Mitglied im Sachverständigenrat der Bundesregierung für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Seit April 2012 ist er Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und seit Januar 2015 Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Das geplante Präventionsgesetz

Am 20. März 2015 hat der Bundestag in erster Lesung über einen Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Hermann

Größe beraten. Er sieht vor, gesundheitliche Prävention in Kitas, Schulen, Firmen und Pflegeheimen zu integrieren.

Läuft alles nach Plan, tritt das Gesetz 2016 in Kraft. Von da an werden sich die jährlichen Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung mehr als verdoppeln, von derzeit 3,09 Euro auf 7 Euro pro Versicherten, sodass die Kassen künftig fast 500 Millionen Euro pro Jahr in die Krankheitsvermeidung investieren. Erstmals sieht das Gesetz auch eine verpflichtende finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung vor. Diese soll pro Versicherten jährlich 30 Cent für Präventionsmaßnahmen einsetzen. Nach Berechnungen der Regierung stehen von dieser Seite dann jährlich rund 21 Milli-onen Euro bereit.

Die Federführung für Präventionsprojekte liegt laut Gesetzentwurf bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie soll die Programme in Schulen und Kitas koordinieren und die Krankenkassen beraten, wie spezielle Zielgruppen mit Vorsorge-Angeboten erreicht werden können.

Gesundheit in Zahlen

Zahl der Ärzte in Deutschland pro 100 000 Einwohner im Jahr 1960: 166

Zahl der Ärzte in Deutschland pro 100 000 Einwohner im Jahr 2013: 443

Zahl der Apotheken in Deutschland pro 100 000 Einwohner im Jahr 1960: 16

Zahl der Apotheken in Deutschland pro 100 000 Einwohner im Jahr 2013: 26

Zahl der Wirbelsäulenoperationen in Deutschland im Jahr 2005: 326962

Zahl der Wirbelsäulenoperationen in Deutschland im Jahr 2011: 734644

Zahl der Klinikbetten in Deutschland pro 1000 Einwohner im Jahr 2012: 8

Zahl der Klinikbetten in Großbritannien pro 1000 Einwohner im Jahr 2012: 3

Zahl der in Deutschland von Ärzten verordneten Tagesrationen unterschiedlichster Medikamente im Jahr 2004, in Milliarden: 26

Zahl der in Deutschland von Ärzten verordneten Tagesrationen

*unterschiedlichster Medikamente im Jahr 2012, in
Milliarden: 38*

Zahl der in Deutschland zugelassenen Arzneimittel: 100566

*Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2004, in
Milliarden Euro: 235,5*

*Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2013, in
Milliarden Euro: 314,9*

*Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2011 in Deutschland
(kaufkraftbereinigt in internationalem Dollar *): 4371*

*Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2011 in Singapur
(kaufkraftbereinigt in internationalem Dollar): 2787*

*Durchschnittliche Lebenserwartung eines 2012 Neugeborenen in
Deutschland, in Jahren: 81*

*Durchschnittliche Lebenserwartung eines 2012 Neugeborenen in
Singapur, in Jahren: 83*

** eine von der Weltbank berechnete Währung, die
Vergleichbarkeit ermöglichen soll*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Frauen mit
niedrigem sozioökonomischem Status, in Prozent: 36,2*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Frauen mit
mittlerem sozioökonomischem Status, in Prozent: 23,7*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Frauen mit
hohem sozioökonomischem Status, in Prozent: 10,5*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Männern mit
niedrigem sozioökonomischem Status, in Prozent: 28,8*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Männern mit
mittlerem sozioökonomischem Status, in Prozent: 24,2*

*Anteil der Übergewichtigen in Deutschland unter Männern mit
hohem sozioökonomischem Status, in Prozent: 15,5*

Diabetes:

*Anteil der Erkrankungen an Diabetes in Deutschland unter
Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status, in
Prozent: 11,8*

*Anteil der Erkrankungen an Diabetes in Deutschland unter
Frauen mit mittlerem sozioökonomischem Status, in
Prozent: 7,3*

Anteil der Erkrankungen an Diabetes in Deutschland unter Frauen mit hohem sozioökonomischem Status, in Prozent: 3,2

Depressionen:

Anteil der Erkrankungen mit depressiver Symptomatik in Deutschland unter Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status, in Prozent: 16,0

Anteil der Erkrankungen mit depressiver Symptomatik in Deutschland unter Frauen mit mittlerem sozioökonomischem Status, in Prozent: 9,9

Anteil der Erkrankungen mit depressiver Symptomatik in Deutschland unter Frauen mit hohem sozioökonomischem Status, in Prozent: 5,6