ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Walter, Johann

Article — Published Version

Verhaltensprävention: ein Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Walter, Johann (2004) : Verhaltensprävention: ein Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 84, Iss. 11, pp. 711-716

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/42387

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Johann Walter

Verhaltensprävention: ein Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?

Noch in diesem Jahr beabsichtigt das Gesundheitsministerium ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Sind durch Prävention Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu erwarten? Wann ist Verhaltensprävention rational? Wo sollte die Prävention ansetzen?

Im internationalen Vergleich sind die deutschen Gesundheitsausgaben absolut und relativ (bezogen auf das BIP) hoch. Dieses Problem wird mit fortschreitender Alterung der Bevölkerung zunehmen. In diesem Zusammenhang wird oft die Bedeutung der Prävention diskutiert[1], d.h. von Maßnahmen zur vorsorglichen Vermeidung eines schlechteren Gesundheitszustands. Der einzelne kann z.B. an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, aber auch eine gesunde Lebensweise wählen, etwa bei Ernährung und Bewegung oder durch Reduktion von Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum. Durch solche Verhaltensprävention[2] wird der einzelne zum Co-Produzenten von Gesundheit. Die Bundesregierung will dies durch ein Präventionsgesetz fördern, das noch in diesem Jahr vorgelegt werden soll.

Wichtige Eckpunkte des geplanten Gesetzes betreffen

- die Verteilung der Finanzverantwortung für die Prävention auf Bund, Länder und Sozialversicherungsträger (hier sollen neben der Krankenversicherung künftig auch die Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung eingebunden werden);
- die zu fördernden Aktivitäten bzw. Leistungen; das Gesetz wird neben individuellen Leistungen zur Verhaltensänderung (z.B. Kurse zur Rauchentwöhnung und zum Bewegungsverhalten) auch Settingleistungen vorsehen, d.h. Projekte, die in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Senioreneinrichtungen und bestimmten Stadtteilen stattfinden;
- die Errichtung einer Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Sozialversicherungsträger; die Stiftung soll Modellprojekte, ergänzende Settingleistungen und Kampagnen durchführen, sie soll auch an der Erarbeitung von Präventionszielen und in bezug auf Maßnahmen an der Qualitätssicherung, Evaluation und Berichterstattung mitwirken.

Prof. Dr. Johann Walter, 45, vertritt am Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Gelsenkirchen das Fach Volkswirtschaftslehre.

In der Tat: Individuelle Verhaltensprävention sollte im deutschen Gesundheitssystem aus grundsätzlichen Erwägungen eine bedeutendere Rolle spielen. Die im Gesundheitssystem verfügbaren knappen Ressourcen sollten prinzipiell vorrangig in solchen (Krankheits-)Fällen zum Einsatz kommen, die nicht durch eigenes Verhalten positiv beeinflußt werden können. Ob Verhaltensprävention tatsächlich aber zur Kostensenkung im Gesundheitswesen führt, wird kontrovers diskutiert. Zwar werden gesund Lebende im Durchschnitt seltener krank und verursachen insofern (zunächst) geringere Kosten. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht hier ein theoretisches Einsparpotential von rund 25–30%[3]. Dem entgegen steht die Auffassung, daß gesund Lebende älter werden und eventuell teuer zu behandelnde Alterskrankheiten bekommen[4]. In bezug auf das Rauchen wurde dieser Alterseffekt in empirischen Untersuchungen mit uneindeutigem Ergebnis untersucht[5].

Nachfolgend wird diskutiert, inwiefern die Wirkung von Prävention auf die Kosten im Gesundheitswesen davon abhängt, in welchem Lebensalter der einzelne mit einem gesunden Lebensstil beginnt. Die Ergebnisse dieser Diskussion geben Anlaß zu gesundheitspolitischen Folgerungen. Zunächst wird aber die Frage untersucht, ob bzw. wann ein gesunder Lebensstil überhaupt individuell rational ist.

---

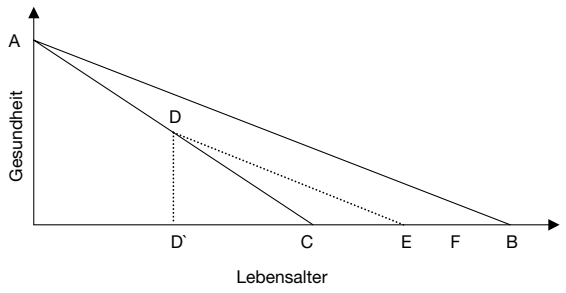
[1] Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Band 1, Bundestagsdrucksache 14/5660, Bonn 2001, Ziffer 18 und 32, sowie J. Walter: Qualität und Prävention im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 82. Jg. (2002), H. 3, S. 160-166.

[2] Die Verhältnisprävention, z.B. die Reduktion gesundheitsschädlicher Umweltbelastungen, wird hier nicht näher betrachtet. Vgl. dazu Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Kurzfassung, Ziffer 81.

[3] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, a.a.O., Ziffer 18.

[4] Die dadurch entstehende Belastung der Alterssicherungssysteme wird im folgenden nicht beachtet. Vgl. dazu S. Warschburger: Rauchen und Alterssicherung, Frankfurt 2002.

Entwicklung der Gesundheit mit zunehmendem Lebensalter



Gesundheitsentwicklung, Prävention und Kuration

Mit zunehmendem Alter nimmt die Gesundheit ab. Degeneration sorgt dafür, daß Körperfunktionen (z.B. Funktionen des Stoffwechsels oder des Herz-Kreislaufsystems) nachlassen. Dieser Zusammenhang wird in der Abbildung vereinfacht durch einen linearen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensalter dargestellt. Die Gesundheit hat demnach zu Beginn des Lebens einen Maximalwert, danach nimmt sie kontinuierlich ab – bis zum Wert 0. Die Steigung der „Gesundheitsentwicklungslinie" (in der Abbildung z.B. die Linie AB) gibt die Geschwindigkeit des Gesundheitsabbaus an.

Die Lage der Gesundheitsentwicklungslinie hängt zum Teil von Umständen ab, die der einzelne nicht beeinflussen kann, etwa von der ererbten Disposition (z.B. in bezug auf Blutdruck, Cholesterinspiegel oder Diabetes). Der einzelne kann die Gesundheitsentwicklung aber positiv beeinflussen. Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten:

- Eine gesunde Lebensweise z.B. bezüglich Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung (Verhaltensprävention) verlangsamt den Gesundheitsabbau und verlängert das Leben. In der Abbildung zeige die Linie AB die Gesundheitsentwicklung bei dauerhaft optimaler Lebensführung. Entlang dieser Linie ist die Gesundheit dann altersbezogen stets maximal und insofern ist das Lebensalter B nicht zu übertreffen. Linie AC veranschaulicht dagegen eine dauerhaft ungünstige Lebensführung mit als Folge kurzer Lebensspanne C. Ist der Lebensstil zunächst ungesund, ab Punkt D bzw. Zeitpunkt D' aber optimal, so verläuft – unterstellt, ein einmal entstandenes Gesundheitsdefizit kann später durch gesunde Lebensweise nicht mehr verringert werden – die Entwicklung ab D parallel zur „Maximallinie" AB. Als Lebensspanne ergibt sich E. Der einzelne kann durch Prävention die Gesundheitsentwicklung zu jedem Zeitpunkt in Grenzen beeinflussen; die Entwicklung ist somit insgesamt zwischen Maximallinie AB und Minimallinie AC wählbar.
- Gesundheitliche Defizite lassen sich nachträglich auch durch Kuration, also durch Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, d.h. von Heilbehandlung bzw. Rehabilitation lindern. Hier wird unterstellt, daß Kuration zu jedem Zeitpunkt entstandene Gesundheitslücken verkleinern, allerdings nie ganz schließen kann[6]. Ausgehend z.B. von Punkt D in der Abbildung ließe sich bei gesunder Lebensweise durch Kuration eine zwischen den Linien AB und DE verlaufende Entwicklung erreichen, die z.B. bis zum Lebensalter F führt. Bei (weiterhin) ungesunder Lebensführung verläuft zwar die Entwicklung eventuell unterhalb von DE, wegen der Kuration aber immerhin oberhalb von DC.

Im Regelfall lassen sich wahlweise Kuration und/oder Prävention zur Verbesserung der Gesundheit einsetzen. Einige – im folgenden nicht näher betrachteten – Gesundheitsdefizite bzw. Erkrankungen (z.B. Knochenbruch, bestimmte Infektionen) sind aber im Kern unabhängig vom Lebensstil und können nur kuriert werden.

Individuelles Kurations- und Gesundheitsverhalten

Die individuelle Nachfrage nach Kuration hängt von deren Preis und von der empfundenen bzw. vermuteten Dringlichkeit der Kuration ab. Tragen allerdings Krankenversicherungen die gesamten Kosten, ist Kuration also zum Nulltarif verfügbar, so zählt nur die Gesundheit. Bei guter Gesundheit wird dann wenig, bei geringer Gesundheit viel Kuration nachgefragt. Bei einer Beteiligung an den Kurationskosten sinkt zwar die Kurationsneigung, d.h. die Bereitschaft, bei einer

[5] Folgende Autoren kamen zu dem Ergebnis, daß Raucher letztlich geringere Kosten verursachen als Nichtraucher: T. A. Hodgson: Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. in: Milbank Q, 1992, 70(1), S. 81-125; R. E. Leu, T. Schaub: Does smoking increase medical care expenditure?, in: Social Science and Medicine, 1983, 17(23), S. 1907-1914; W.G. Manning, E. B. Keeler, J. P. Newhouse, E. M. Sloss, J. Wassermann: The taxes of sin. Do smokers and drinkers pay their way?, in: JAMA, 1989, 261(11), S. 1604-1609; und D. P. Rice, T. A. Hodgson, P. Sinsheimer, W. Browner, A. N. Kopstein: The economic costs of the health effects of smoking, 1984, in: Milbank Q, 1986; 64(4), S. 489-547. Daß Nichtraucher geringere Kosten verursachen, ermittelten demgegenüber J.J. Barendregt, L. Bonneux, P. J. van der Maas: The health care cost of smoking, in: New England Journal of Medicine, 1997; 337(15),S. 1052-1057; B. C. Lippiatt: Measuring medical cost and life expectancy impacts of changes in cigarette sales, in: Prev. Med 1990, 19 (5), S. 515-532; und S. R. Rasmussen, J. Sogaard, E. Prescott, T. I. A. Sorensen: The lifetime health care costs of smoking. Working Paper (Danish Institute for Health Services Research), 2001. Die unterschiedlichen Ergebnisse sind weitgehend auf methodische Unterschiede zurückzuführen.

[6] Breyer, Zweifel und Kifmann ziehen aus empirischen Ergebnissen aus den US-Bundesstaaten Utah und Nevada sogar den Schluß, „daß die Lebensgewohnheiten einen vielfach größeren Einfluß auf die Sterblichkeit haben als die medizinische Versorgung". Vgl. F. Breyer, P. Zweifel, M. Kifmann: Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., S.139.

Gesundheitsstörung zum Arzt zu gehen. Die Kurationsentscheidung ist aber auch in diesem Fall jeweils vom Gesundheitszustand abgeleitet. Im Zeitverlauf ist somit zwar jedem „Gesundheitspfad" ein „Kurationsreaktionspfad" und damit ein bestimmtes Niveau der Kurationskosten zugeordnet. Letztlich hängt aber die Entwicklung der Gesundheit (abgesehen von den exogenen Erkrankungen) primär vom Pfad der Präventionsentscheidungen bzw. von der Wahl des Lebensstils ab. Diese wird nun betrachtet.

Individuen wählen zu jedem Zeitpunkt ihren Lebensstil. Sie berücksichtigen dabei einerseits aktuelle Konsumbedürfnisse, andererseits die vom Lebensstil beeinflußte künftige Gesundheit. Die Entscheidung spiegelt die Präferenzstruktur des Individuums. Je geringer das Gewicht der künftigen Gesundheit in der individuellen Nutzenfunktion, desto ungesünder wird der gegenwärtige Lebensstil sein[7]. Extrem gegenwartsorientierte Individuen präferieren den maximalen Konsum, und damit zugleich die minimale Prävention.

Gilt jedoch für die Gesundheit ein positiver, aber abnehmender Grenznutzen, so verschiebt sich im Zeitablauf die Entscheidung. Bei zunächst reichlich vorhandener Gesundheit ist deren Grenznutzen niedrig, ein gesundheitsmotivierter Konsumverzicht daher eher unattraktiv. Gesundheitsdefizite erhöhen aber die Wahrnehmung und Gewichtung der verbliebenen Gesundheit; ihre Erhaltung erscheint zunehmend wertvoll. Dann verlagert sich das Nutzenmaximum, es wird ein gesünderer Lebensstil gewählt.

Die individuelle Lebensstilwahl hängt dabei auch mit der Möglichkeit zusammen, Kuration in Anspruch zu nehmen. Erfolgreiche Kuration mindert nämlich die Knappheit der Gesundheit und damit den erläuterten Präventionsanreiz. Kann der einzelne durch Kuration eine höhere Gesundheit erreichen, dann sinkt das optimale Präventionsniveau; der Konsum steigt. Dieser Effekt kann sogar mehrfach auftreten. Zunächst erhöhter Konsum bewirkt nämlich in der Folge eine wieder stärkere Abnahme der Gesundheit und daraufhin erneut zusätzliche Kurationsnachfrage. Abermals ermöglicht dann die kurationsinduzierte Gesundheitszunahme wieder mehr Konsum. Kuration ist auf diese Weise „selbstvermehrend" und erhöht die Kosten des Gesundheitssystems nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig[8]. In diesem Zusammenhang ist im übrigen auch der medizinisch-technische Fortschritt von Bedeutung. Sofern dieser die Wirkung der Kuration erhöht, verringert sich damit (abermals) der Anreiz für Prävention. Dann verschiebt sich der individuelle Lebensstil hin zu (noch) mehr Konsum – und damit künftig zu (noch) mehr Kuration.

Stilisierte Verhaltensmuster bzw. Verhaltenstypen

In einer Lebenszeitbetrachtung kann man in diesem Zusammenhang – grob typisierend – folgende Verhaltensmuster bzw. Verhaltenstypen unterscheiden:

1. *Präventive Typen* gewichten die Gesundheit hoch, betreiben von Anfang an viel Prävention und bleiben lange relativ gesund. Sie nehmen (daraufhin) Kuration erst spät in Anspruch, leisten dafür allerdings „in jungen Jahren" einen gewissen Konsumverzicht. In der Abbildung verläuft die Gesundheitsentwicklung dieses Typs in der Nähe der Linie AB.
2. *Gegenwartsorientierte bzw. konsumtive Typen* gewichten die künftige Gesundheit gering bzw. vertrauen eventuell darauf, daß sich Gesundheitsdefizite durch nachträgliche Kuration beseitigen lassen. Sie betreiben wenig Prävention, werden vergleichsweise früh krank und fragen daher früh und viel Kuration nach. Bis zum (relativ frühen) Tod entsteht eine längere kurationsintensive Phase schlechter Gesundheit. Dies entspräche in der Abbildung einer von der Linie AC ausgehenden, dann „nach oben gebogenen" Entwicklung, die irgendwo zwischen B und C endet.
3. *Wechseltypen* sind zunächst gegenwartsorientiert, bei abnehmender Gesundheit aber präventionsorientiert. Bei abnehmendem positivem Grenznutzen der Gesundheit ist genau dieses Verhalten rational. Wechseltypen intensivieren mit steigendem Lebensalter Kuration und Prävention und verlängern so die kurationsintensive Phase schlechter Gesundheit. Bezüglich des erreichten Lebensalters liegen sie zwischen den anderen beiden Typen. In der Abbildung würde sich das „Wechselverhalten" in einer unterhalb der Linie AB, aber auf jeden Fall oberhalb des Linienzuges ADE verlaufenden Entwicklung zeigen.

Die Eingangsfrage nach der individuellen Rationalität von Verhaltensprävention läßt sich nun wie folgt beantworten: In jungen Jahren ist eine ungesunde Lebensweise rational, wenn

- das Individuum nicht nur an der Gesundheit, sondern auch an der Befriedigung aktueller Bedürfnisse (z.B. gutes Essen und Bequemlichkeit) interessiert ist,

[7] Im Regelfall „konkurrieren" Konsum und Prävention: Prävention geht häufig mit Konsumverzicht einher, z.B. bei Tabak, Alkohol und Essen, bzw. ist oft anstrengend, z.B. in bezug auf Bewegung.

[8] K.-D. Kossow schreibt hierzu: „Wir sind in der bizarren Situation, daß wir gerade als erfolgreiche Ärzte Krankheitsmenge produzieren und auf diese Weise die Gesellschaft in eine gesundheitsökonomische Zwickmühle hineinführen. Ein modernes, gut geführtes Gesundheitssystem erkennt man daran, daß es kaum noch finanzierbar ist. Vgl. K.-D. Kossow: Die hausärztliche Vergütung – bisherige Erfahrungen und Reformperspektiven, in: M. Albring, E. Wille (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung. Frankfurt 2001, S. 129-141.

• der Grenznutzen der Gesundheit bei noch guter Gesundheit gering ist,

• die Gesundheit nicht nur durch Prävention, sondern ohne große finanzielle Belastung auch durch Kuration positiv beeinflußbar ist,

• Kuration durch den medizinisch-technischen Fortschritt wirksamer wird.

Rationale Individuen interessieren sich daraufhin erst spät für Prävention. Sie werden erst bei nachlassender Gesundheit anfangen gesund zu leben, verhalten sich somit als Wechseltyp.

Gesundheitsverhalten und Kosten des Gesundheitssystems

Um vor diesem Hintergrund die gesellschaftliche Rationalität der Prävention, d.h. die Nettowirkung der Lebensstilwahl auf die Kosten des Gesundheitssystems beurteilen zu können, wurden in einem Modell, welches die anhand der Abbildung dargestellten Zusammenhänge näher beschreibt, mehrere einfache Simulationsrechnungen durchgeführt. Dabei wurden der präventive, der konsumtive und der Wechseltyp in verschiedenen Szenarien zur Wirksamkeit der Kuration und zur Selbstbeteiligung an den Kurationskosten betrachtet[9]. Die Rechnungen basieren zwar auf einem recht einfachen Modell und auf fiktiven Zahlen, zeigen aber gut, wie bzw. wovon die Rationalität von Prävention beeinflußt wird. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

• Im Laufe des Lebens ist der einer individuellen Rationalität folgende Wechseltyp für das Gesundheitssystem am teuersten und mit Blick auf die gesundheitspolitische Effizienz, d.h. auf das Verhältnis zwischen erreichtem Lebensalter und der in Anspruch genommenen Kuration eher ungünstig. Individuelle Rationalität und Kostensenkung im Gesundheitswesen sind demnach nicht vereinbar. Ein Vergleich zwischen präventivem und konsumtivem Typ liefert mit Blick auf die Kostenrangfolge unklare Ergebnisse: In einfacher Betrachtung verursacht der länger lebende präventive Typ häufig niedrigere, in einigen Szenarien aber höhere Gesundheitskosten. Wird eine Diskontrate von 3% unterstellt, so verursacht der präventive Typ – bei dem die Kosten durchschnittlich später anfallen – in allen untersuchten Fällen Gesundheitskosten mit geringerem Gegenwartswert[10].

• Eine Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten führt in den Simulationen zu stark rückläufiger Kurationsneigung. Wer sich an den Behandlungskosten beteiligen muß, geht ceteris paribus weniger oft zum Arzt und kuriert Krankheiten im Zweifel selbst. Bei allen Typen sinken dann die Gesundheitskosten in erheblichem Maße. Zwar sinkt zugleich die Lebenserwartung etwas (relativ am stärksten beim konsumtiven Typ). Insgesamt steigt aber die Effizienz des betrachteten Gesundheitssystems. Weiterhin bleibt der Wechseltyp deutlich teurer als der präventive Typ.

• Eine Zunahme der Heilungsrate bei Kuration aufgrund von medizinisch-technischem Fortschritt erhöht per saldo die Gesundheitskosten. Die Wirkung ist aber komplex. Im einzelnen sind folgende Effekte wirksam:

1. Die für gegebene Gesundheitsziele erforderliche Kurationsmenge sinkt.

2. Bei jedem Typ erhöht sich die Lebensspanne und damit die insgesamt in Anspruch genommene Kurationsmenge bzw. die entsprechend entstandenen Kurationskosten.

3. Die Attraktivität des Konsums steigt, weil dessen Opportunitätskosten, gemessen in verlorener Gesundheit bzw. in verlorenen Lebensjahren, sinken. Der Anreiz für präventionsbedingte Askese sinkt, wenn bezogen auf Lebensalter und Gesundheit „Genuß fast ohne Reue“ möglich wird. Medizinisch-technischer Fortschritt verschiebt somit insgesamt das Verhalten in Richtung Konsum. Der Bevölkerungsanteil des präventiven Typs sinkt, der Anteil des Wechseltyps steigt. Dieser Verhaltensänderungseffekt führt ceteris paribus zu höheren Gesundheitskosten, eventuell sogar – wegen nun verbreitet ungesunder Lebensweise – zu einer Senkung der auf die gesamte Bevölkerung bezogenen mittleren Lebenserwartung[11]. Die gesundheitspolitische Effizienz dürfte insgesamt sinken.

[9] Einzelheiten zum Modell und Ergebnisse sind auf meiner Homepage (http://www.wirtschaft.fh-gelsenkirchen.de/Dozentenportal/johann-walter/) unter dem Titel „Präventionsrationalität“ abrufbar. Bei den Rechnungen wird unter anderem angenommen, daß der präventive Typ ohne Kuration jährlich 1% seiner ursprünglichen Gesundheit verliert, der konsumtive Typ dagegen 2%. Der Wechseltyp agiert die ersten 30 Lebensjahre konsumtiv, danach präventiv. Kuration schließt annahmegemäß vorhandene Gesundheitslücken zu einem bestimmten (vom medizinisch-technischen Fortschritt abhängigen) Teil. Bei der Bewertung der in Anspruch genommenen Kuration werden zwei Varianten betrachtet: neben der einfachen Kostenbewertung werden (für eine Diskontrate von 3%) Gegenwartswerte verglichen und damit berücksichtigt, daß die Kurationskosten unterschiedlich spät anfallen (beim präventiven Typ z.B. im Durchschnitt später als beim konsumtiven Typ).

[10] Dieses Ergebnis kann auch erklären, warum verschiedene Studien zu unterschiedlichen Nettokosteneffekten des Rauchens kommen.

[11] Offenbar ist der medizinisch-technische Fortschritt nicht immer nur „krankheitsverhindernd, lebenserhaltend, den Heilungsprozeß beschleunigend oder die Lebensqualität erhöhend“, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung im Jahresgutachten 2000/01 hofft. Vgl. Bundestags-Drucksache 14/4792, Ziffer 471.

4. Medizinisch-technischer Fortschritt kann das Vertrauen in den Kurationserfolg und daraufhin ceteris paribus die Neigung erhöhen, Kuration nachzufragen. Auch dieser Vertrauenseffekt führt zu einer (eventuell erheblichen) Kostenzunahme im Gesundheitswesen.

Die Wirkung der Prävention auf die Gesundheitskosten hängt zwar im einzelnen stark von der betrachteten Parameterkonstellation ab. In einem Punkt sind aber die Modellrechnungen in allen Szenarien eindeutig: es gibt ein Spannungsverhältnis zwischen individueller und gesellschaftlicher Rationalität von Prävention. Individuell rational ist es, „in der Jugend" ungesund, bei schwindender Gesundheit dagegen gesund zu leben und insgesamt viel Kuration in Anspruch zu nehmen. Dieses individuell rationale Wechselverhalten (Übergang zu gesundem Lebensstil erst, wenn die Gesundheit schon gering ist) verursacht aber hohe Kosten. Mit Blick auf die gesellschaftliche Kostenwirkung im Gesundheitssystem ist den Ergebnissen zufolge nur die früh begonnene Verhaltensprävention günstig.

Gesundheitspolitischer Steuerungsbedarf

Die angesprochene Abweichung zwischen individueller Rationalität (später Beginn von Verhaltensprävention) und gesellschaftlicher Rationalität (früher Beginn von Verhaltensprävention) rechtfertigt – gerade in einer alternden Gesellschaft mit steigenden Gesundheitskosten – eine gesundheitspolitische Steuerung. Demnach sollte weniger die Prävention generell, sondern vielmehr speziell und vor allem die frühzeitige Prävention gefördert werden. Vor diesem Hintergrund sind gegebenenfalls die gesundheitspolitischen Prioritäten zu verschieben.

Dies sei für chronische Erkrankungen verdeutlicht, welche Schätzungen zufolge rund 80% aller Gesundheitsausgaben verursachen. Natürlich sind Chronikerprogramme vernünftig, die – etwa für die Behandlung von Diabetes – Ärzten und Kliniken Behandlungsstandards vorschreiben. Sie setzen jedoch bei der bereits entstandenen Krankheit an mit dem Ziel, die Behandlung chronisch Erkrankter und die nachträglich einsetzende Prävention (Sekundärprävention) zu verbessern. Chronischen Erkrankungen kann aber oft durch eigenes Verhalten frühzeitig vorgebeugt werden. Ein Beispiel: Typ-2-Diabetes („Altersdiabetes") tritt zunehmend auch bei Kindern und Jugendlichen auf, hervorgerufen durch Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel[12], ließe sich also durch einen gesünderen Lebenswandel der betroffenen jungen Menschen oft vermeiden. Die Folgen dieser Erkrankung sind erheblich, stark lebensverkürzend und zugleich in der Behandlung sehr teuer (z.B. Nierenschäden, die lebenslange Dialysebehandlung erforderlich machen). Am besten wäre es, diese Krankheitsfälle – sofern möglich – durch frühzeitige Verhaltensprävention gar nicht entstehen zu lassen. Dabei sind auch Anreize für Eltern zu stärken, ihre Kinder in umfassendem Sinne gesund aufwachsen zu lassen.

Maßnahmen zur Förderung frühzeitiger Prävention

Mit Blick auf die Kosten und die Effizienz des Gesundheitssystems sollten Maßnahmen im Bereich der Präventionsförderung zielgenau sein, d.h. das Präventionsverhalten weniger im Erwachsenenalter als vielmehr besonders bei Kindern und Jugendlichen fördern. Im folgenden werden vor diesem Hintergrund einige Maßnahmen zur Präventionsförderung kritisch daraufhin untersucht, inwiefern sie „frühzeitig" wirken, und es werden entsprechende Verbesserungsvorschläge gemacht.

- Gesundheitliche Aufklärung kann generell zu mehr Prävention führen. Schlecht informierte Individuen überschätzen nämlich oft ihre Gesundheit[13] und unterschätzen die Folgen eines ungesunden Lebenswandels. Insofern kann gesundheitliche Aufklärung bei vorhandenen Gesundheitsdefiziten die Sekundärprävention fördern. Aufklärung über Gesundheitsdefizite richtet sich aber primär an Erwachsene und führt auch nicht zwingend zu gesünderem Lebenswandel. Vermutlich steigt primär die Nachfrage nach Kuration. Gesundheitliche Aufklärung sollte vor diesem Hintergrund – stärker als bisher – gezielt an junge Menschen und an Eltern gerichtet sein und die frühzeitige Prävention betreffen.
- Ähnliches gilt für Vorsorgeuntersuchungen. Ein im Erwachsenenalter ansetzendes Massen-Screening führt zu Erkenntniszuwächsen über Gesundheitsdefizite und daraufhin zu mehr Kurationsnachfrage. Ein Ausbau der für Kinder vorgesehenen Untersuchungen gäbe dagegen den Eltern frühzeitig Hinweise für gesundes Verhalten und könnte so spätere chronische Erkrankungen vermeiden helfen. Die Teilnahme von Kindern und Eltern an Vorsorgeuntersuchungen

[12] In der im Rahmen des Forschungsdialogs „Futur" (vgl. www.futur.de) des Bundesforschungsministeriums präsentierten Leitvision „Ein Leben lang gesund und vital durch Prävention" heißt es: „So treten in der Altersgruppe zwischen sechs und elf Jahren vermehrt langfristige ‚Zivilisationskrankheiten' wie Rücken- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsmangel oder krankhaftes Übergewicht auf. Die Fitness der Kinder (Motorik, Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit) hat sich ... gegenüber dem Jahr 1980 um 13% verschlechtert." Vgl. auch A. Wüsthof: Die dicken Kinder von nebenan, in: Die Zeit 36/2002 v. 29.8.2002, S. 33.

[13] Der Esther-Gesundheitsstudie zufolge bezeichneten 68% von 8500 ärztlich untersuchten Menschen ihren eigenen Gesundheitszustand als gut, doch 45% hatten Bluthochdruck, 44% erhöhte Blutfettwerte, 11% Diabetes, 6% Krebs und ebenfalls 6% schon einen Herzinfarkt hinter sich. Vgl. die vom Deutschen Zentrum für Alternsforschung (Heidelberg) herausgegebenen und unter www.estherstudie.de abrufbaren Ergebnisse.

und Aufklärungsprogrammen könnte verbindlich gemacht, Kindergärten und Schulen könnten stärker einbezogen werden.

- Eine Förderung der frühzeitigen gesundheitlichen Aufklärung kann auch unterstützt werden durch Maßnahmen zur Stärkung der Stellung des Hausarztes. Grundsätzlich sind Hausärzte stärker präventionsorientiert als die (üblicherweise später konsultierten) Fachärzte. Bei dieser Aufwertung dürfen freilich die Kinderärzte nicht vergessen werden.
- Natürlich können auch monetäre Anreize in den Dienst der frühzeitigen Prävention gestellt werden. Solche Anreize können allgemein bei Krankenversicherungstarifen und bei Zuzahlungen ansetzen. Bei Tarifen bzw. Zuzahlungssätzen können z.B. Rabatte für einen gesunden Lebensstil bzw. für eine durch eigenes Verhalten gute Gesundheitsentwicklung (etwa in bezug auf das Gewicht) gewährt werden[14]. Ein Steuerungsdilemma besteht dabei allerdings darin, daß solche Anreize primär auf erwachsene Beitrags- bzw. Zuzahler wirken. Zur speziellen Förderung der frühzeitigen Prävention wäre daher z.B. an die Gewährung von Elternrabatten für nachweisbare Präventionserfolge bei den Kindern zu denken. Zudem sollten die entsprechenden Rabatte altersbezogen gestaffelt, für junge Menschen also besonders ausgeprägt sein. Der Anreiz zur frühzeitigen Prävention steigt auch, wenn in der Kindheit erworbene Rabatte (wie in der Kfz-Versicherung) kumuliert und in die Erwachsenenzeit übertragen werden könnten. Solche (altersbezogenen) Rabattsysteme bzw. -staffelungen sind aber mit bestehenden Regelungen zu koordinieren. Bei Zuzahlungen können z.B. derzeit Jugendliche, wenn sie sich für die eigene Gesundheit engagieren, von entsprechenden Bonusprogrammen nicht profitieren, da sie grundsätzlich von Zuzahlungen befreit sind und keinen eigenen Beitrag leisten.

Eine zielgenaue Maßnahme zur Förderung der frühzeitigen Prävention wäre, Bewegungsanlässe für Kinder stärker zu unterstützen. Dabei könnten Eltern belohnt werden, wenn ihre Kinder Sport treiben. Von Kindern erworbene Schwimm- und Sportabzeichen oder Urkunden bei Bundesjugendspielen könnten z.B. durch Reduktion von Krankenkassenbeiträgen honoriert werden, wie es schon einige Kassen praktizieren. Die Mitgliedschaft von Kindern in Sportvereinen könnte finanziell gefördert werden, ebenso die Sportvereine selbst. Hier ist staatliches Geld besser angelegt als in manch anderem Bereich des Gesundheitssystems.

Vor diesem Hintergrund gehen die eingangs angesprochenen Eckpunkte des geplanten Präventionsgesetzes grundsätzlich in die richtige Richtung. In der vorliegenden Form zielt das Gesetz aber auf eine eher „breite“ Förderung, die z.B. auch Maßnamhen zur Rauchentwöhnung, also zur nachträglichen Prävention einschließt. Ein gezielter Einsatz der Finanzmittel für frühzeitige Prävention wäre hier vorzuziehen.

Zu begrüßen ist auch die Absicht der Bundesregierung, eine Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufzubauen, welche durch Förderung von Projekten zu einer Erweiterung des Wissens und der Anwendung von gesundheitlicher Prävention beiträgt. Dabei sollte die Stiftung aber einen eindeutigen Schwerpunkt auf die Förderung von frühzeitiger Prävention legen. Die Finanzierung dieser Stiftung könnte zudem aus dem Aufkommen der (erhöhten) Tabaksteuer erfolgen, statt – wie zur Zeit geplant – aus Mitteln der Sozialversicherungsträger.

Schlussbemerkung

Zwischen der individuellen Rationalität eines zunächst ungesunden und erst „aus gegebenem Anlaß“ gesundheitsbewußten Lebenswandels (Wechselverhalten) sowie dem gesellschaftlichen Interesse an frühzeitig begonnener Verhaltensprävention besteht eine Diskrepanz. Mit Blick auf die Kosten und die Effizienz des Gesundheitssystems sollten politisch die Weichen in Richtung einer Förderung der frühzeitigen Prävention gestellt werden. Die hierzu gemachten Vorschläge betreffen unter anderem die Ausgestaltung von Vorsorgeuntersuchungen und gesundheitlicher Aufklärung, die Möglichkeiten der Verhaltenssteuerung über monetäre Anreize in Form geeigneter Präventionsrabatte bei Krankenversicherungstarifen und Zuzahlungsregelungen und verschiedene gezielte staatliche Fördermaßnahmen.

Gegen die beschriebene gesundheitspolitische Umsteuerung könnte eingewandt werden, daß dadurch die Entwicklung der industriepolitisch bedeutsamen und zukunftsträchtigen Gesundheitsindustrie beeinträchtigt wird. In einer alternden Gesellschaft dürften aber die Entwicklungschancen der Gesundheitsindustrie auch nach Umsteuerung gut sein. Außerdem ist zumindest mit Blick auf Erkrankungen, denen sich durch eigenes Verhalten gut vorbeugen läßt, das beschriebene Wechselverhalten in einem Solidarsystem mit negativen externen Effekten verbunden. Die angedeutete Umsteuerung fördert demgegenüber Alternativen zur „Strategie“, zunächst konsumorientiert und ungesund zu leben und sich dann bei Auftreten vermeidbarer Krankheiten auf Kosten der Versichertengemeinschaft zu kurieren.

---

[14] Vgl. dazu insgesamt z.B. J. Walter, a.a.O., S. 164 ff. Zur Gestaltung von Zuzahlungssätzen vgl. auch R. Osterkamp: Höhere Zuzahlungen und jeder profitiert – dargestellt für die deutsche GKV, in: List-Forum, Band 29 (2003), S. 159-178.