

Seelisch gesund bleiben – geht das? Ein Plädoyer für die Prävention

MARION CASPERS-MERK
UND JUDITH RENNKAMP

Marion Caspers-Merk war von 2002 bis 2009 Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, lehrt heute Health Care Management, berät Akteure und ist Präsidentin des Kneipp-Bund e. V. – Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention.

Judith Rennkamp hat Health Communication und Public Health in Bielefeld studiert; sie leitet das Berliner Büro des Kneipp-Bund e. V. – Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention.

»Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit.«
So formuliert es die Weltgesundheitsorganisation. Die seelische Gesundheit ist auch ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitskonzeptes nach Sebastian Kneipp (1821–1897). Hiernach versteht man unter dem Begriff der Lebensordnung die positive Gestaltung aller Lebensbereiche, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit notwendig sind; Anweisungen, wie dies gelingen kann, sind seit der Antike fester Bestandteil von Gesundheitslehren und natürlichen Heilverfahren. Im Mittelpunkt steht der Prozess, Gesundheit in der Balance zu halten oder diese herzustellen. Dieser Balanceakt scheint immer seltener zu gelingen.

Die Datenlage

Die Daten zum Stand der seelischen Gesundheit sind alarmierend: Nach Angaben der Europäischen Kommission wird eine von vier Personen im Laufe ihres Lebens ein psychisches Problem erleiden. Jedes Jahr erkranken bis zu 10 Prozent der europäischen Bevölkerung an Depressionen. Die Kosten einer beeinträchtigten seelischen Gesundheit werden auf 2000 Euro pro Jahr je Haushalt geschätzt. Zwei Drittel davon sind auf den Produktivitätsverlust zurückzuführen, denn es sind überwiegend die Menschen im arbeitsfähigen Alter, die betroffen sind. Für Deutschland zeigen Daten der Techniker Krankenkasse, dass etwa bei jeder fünften Erwerbsperson psychische Störungen diagnostiziert werden. Die hierdurch bedingten Fehlzeiten stiegen in den letzten vier Jahren um 33 Prozent. Die Verordnungsmenge von Antidepressiva stieg um 41 Prozent. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die AOK: Im vergangenen Jahr war fast

jeder zehnte Fehltag auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Hochgerechnet auf die GKV-Versicherten waren allein aufgrund von Burnout knapp 100.000 Personen krankgeschrieben. Die Burnout-Fehltage sind hiernach seit 2004 um das Neunfache auf 1,8 Millionen angestiegen. Nach einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung verursachen Depressionen jährlich einen volkswirtschaftlichen Schaden von bis zu 22 Milliarden Euro.

Woran liegt es?

Über die Gründe, die zu einem solchen Anstieg der Krankheitsdaten führen, wird viel diskutiert. Es gibt die Auffassung, die eigentliche Anzahl psychischer Erkrankungen sei in den letzten Jahren gleich geblieben, nur die Anzahl der Diagnosen habe sich erhöht – zum einen aufgrund besserer Diagnosemöglichkeiten und einer erhöhten gesellschaftlichen Akzeptanz psychischer Krankheiten –

zum anderen aufgrund besserer Abrechnungsmöglichkeiten durch die Ärzte. Diese Aussage ist nur bedingt richtig. Es mag sein, dass die genannten Gründe für einen Teil der gestiegenen Krankheitsraten verantwortlich sind; dass sie hierfür hauptverantwortlich sind, gilt inzwischen weitestgehend als widerlegt. Darüber hinaus werden veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen für den Anstieg psychischer Störungen verantwortlich gemacht. Die Globalisierung und der Strukturwandel der Wirtschaft sind hierfür Beispiele. Ebenso eine erhöhte Mobilität und Flexibilität im Berufsleben, Jobunsicherheit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, ständige Erreichbarkeit, ein Verlust der Pausenkultur und eine Entrhythmisierung des Lebens.

Besorgniserregend und zugleich alarmierend sind Daten zum Krankheitsbild Depression, nach denen nur die Hälfte der Depressionen erkannt und diagnostiziert wird und nur etwa jeder fünfte Erkrankte auch behandelt wird. Offensichtlich gibt es hier ein Versorgungsproblem. Im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen lässt sich für Deutschland ein Bild zeichnen, das für das gesamte Gesundheitswesen prägend ist: Es wird meist erst dann reagiert, wenn es bereits zu spät ist. Für Betroffene ergibt sich ein Dschungel an Angeboten, die häufig weder qualitätsgeprüft noch vernetzt sind; in vielen Fällen werden nur Drehtüreffekte erreicht. Die Kooperation zwischen dem stationären und ambulanten Sektor ist unzureichend und bedarf dringend einer Verbesserung. Es fehlen frühe Hilfsangebote in der Fläche. Überhaupt setzen die meisten Maßnahmen erst dann an, wenn eine psychische Erkrankung bereits manifest ist. Das muss sich ändern!

Früh eingreifen – Vorsorge ausbauen

Das Ausmaß und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen können durch frühe Interventionen reduziert werden. Ebenso haben Methoden des Selbstmanagements und der Psychoedukation nachweislich positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und erhöhen den nachhaltigen Behandlungserfolg. Die Forderung nach einer besseren und auch effizienteren Versorgung und umfassen-

den Nachsorgeangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nur die eine Seite. Die andere ist die Forderung nach einem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Man-

Manche Krankheitsbilder lassen sich durch die Stärkung individueller Ressourcen wie auch durch die Gestaltung gesunder Rahmenbedingungen vermeiden.

che Krankheitsbilder lassen sich durch die Stärkung individueller Ressourcen wie auch durch die Gestaltung gesunder Rahmenbedingungen vermeiden. Ebenfalls lässt sich ein besserer Umgang mit Risikofaktoren, z. B. Stressmanagement, trainieren. Dies ist alles bekannt, dennoch fehlt ein Gesamtkonzept zur Förderung seelischer Gesundheit in Deutschland. Benötigt wird eine Zuschreibung der Verantwortlichkeiten – sowohl für die Verhaltensprävention als auch für die Verhältnisprävention. Es gibt kaum strukturierte präventive oder gesundheitsfördernde Angebote; die meisten Ansätze sind defizitorientiert und fragen nicht nach den Ressourcen, die es beim Einzelnen oder in der Gesellschaft zu heben gilt.

In der Prävention psychischer Erkrankungen und in der Förderung seelischer Gesundheit gilt, was für die Prävention und Gesundheitsförderung generell gilt: Zu lange hat die Politik die Augen vor dem demografischen Wandel verschlossen, zu lange wurde der Anstieg chronisch-degenerativer und damit oft kostenintensiver Erkrankungen ignoriert. Wir werden uns der Herausforderung stellen müssen, unser Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen und eine nachhaltige Finanzierung zu garantieren. Dies kann zwar auch durch die Erhöhung von Beitragssätzen, die Einführung von Zusatzbeiträgen oder Leistungskürzungen und damit zu Lasten der Versicherten erfolgen. Nachhaltig wird es dadurch nicht. Das enge Korsett der Kassen darf nicht dazu führen, dass weiterhin an falscher Stelle gespart und die Krankheitslast in die Zukunft verschoben wird. Der bessere Weg ist also dafür zu sorgen,

dass die hohen Krankheitskosten erst gar nicht entstehen. Die zentrale Frage lautet dabei: Wie können insbesondere chronische Erkrankungen verhindert, verkürzt oder hinausgezögert werden?

Das Ziel ist die Steigerung gesunder Lebensjahre (»healthy life years«); eine der möglichen Antworten liegt bei der Prävention und Gesundheitsförderung.

In sämtlichen Bestrebungen zur politischen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung wird der sogenannte Settingansatz – erstmals erwähnt in der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986 – gefordert. Der Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes zeigt, dass ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den individuellen und den lebensweltorientierten Maßnahmen herrscht. Mit den Ausgaben von 4,44 Euro je Versicherten pro Jahr wurde der Ausgabenrichtwert von 2,86 Euro deutlich überschritten. Mit nur 0,27 Euro werden die angestrebten 0,50 Euro je Versicherten für Maßnahmen in Lebenswelten jedoch gerademal zur Hälfte erreicht, weitere 56 Cent werden immerhin für Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgewendet. Zu häufig werden die individuellen Ansätze, für die mit 3,60 Euro der größte Ausgabenanteil anfällt, als Marketingmaßnahme eingesetzt und als Prävention getarnt. Es ist mittlerweile nur allzu gut bekannt, dass diese Präventionsmaßnahmen nicht den erwartbaren Nutzen bringen und zudem unverhältnismäßig teuer sind. Diese Zahlen sprechen für eine Quotierung der Ausgaben mit dem Ziel einer Stärkung der Settingmaßnahmen.

Prävention heißt in den Alltag zu investieren

Hierzulande werden mit lebensweltbezogenen Ansätzen bereits seit Jahren er-

Das Thema Gesundheit muss fest in die Lebens- und Arbeitswelten aller Menschen implementiert werden.

folgreiche Prävention und Gesundheitsförderung betrieben, so zum Beispiel in Kitas, Schulen oder auch im Betrieb. Al-

lerdings immer nur in Einzelfällen. Das Thema Gesundheit muss fest in die Lebens- und Arbeitswelten aller Menschen implementiert werden. Gesundheitsfördernde Einrichtungen, aber vor allem auch die gesunde Stadtteilgestaltung müssen Standard werden. Bedacht werden muss, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Menschen in keiner festen Lebenswelt beheimatet ist. Oft fallen Personen aus dem Raster, legt man das gängige Modell »Kita, Schule, Betrieb« zu Grunde. Es gibt eine ganze Reihe kaum erreichter vulnerabler Gruppen. Wo werden die Nichterwerbstätigen erreicht? Wie können bspw. die allein in Berlin knapp 240.000 Arbeitslosen erreicht werden? Oder in welchen Lebenswelten erreicht man die ältere Generation? Wo erreichen wir die Migrantinnen und Migranten? Über die üblichen Lebenswelten hinaus, sollte die Gesundheitsförderung ein integraler Bestandteil der Arbeit in Jobcentern/Argen und Beschäftigungsträgern sein. Auch religiöse Gemeinden, Nachbarschafts- und Seniorentreffs müssen verstärkt als gesundheitsfördernde Lebenswelten verstanden und unterstützt werden. Im Rahmen der gesunden Sozialraumgestaltung sowie der Zurverfügungstellung einer guten gesunden Infrastruktur kommt auch der Ansprache in Vereinen eine besondere Bedeutung zu; das Engagement im Verein und das dort gelebte Miteinander leisten einen maßgeblichen Beitrag zur sozialen Teilhabe. Langfristig muss sich das Thema Gesundheit durch alle Lebensbereiche ganz selbstverständlich hindurchziehen, allerdings nicht immer mit dem Label Gesundheit etikettiert werden – und nicht mit erhobenem Zeigefinger. Nur so lässt sich auch eine settingüber- und ineinandergreifende Gesundheitsförderung erzielen.

Ein Kernproblem der Prävention ist nach wie vor die mangelhafte Evidenzbasierung – sowohl in Bezug auf den ökonomischen Nutzen als auch in Bezug auf die Wirksamkeit von Maßnahmen. Naturgemäß erscheinen Investitionen, die einen schnellen und kurzfristig sichtbaren »Return on Invest« (ROI) versprechen, als lukrativ und vor allem gut kommunizierbar. Insbesondere in der Politik ist es – gerade in Zeiten leerer Kassen – nur schwer vermittelbar, für Prävention und Gesundheitsförderung hohe Ausgaben zu veranschlagen, wenn

diese erst langfristig – und schlimmstenfalls erst nach Ablauf der eigenen Amtszeit – den gewünschten Erfolg bringen.

Auch die Messung der Wirksamkeit erweist sich als schwierig; die Studienlage ist unzulänglich. Auf der einen Seite

Ein Kernproblem der Prävention ist nach wie vor die mangelhafte Evidenzbasierung.

werden Wirksamkeitsnachweise gefordert, auf der anderen Seite ist kaum jemand dazu bereit, diese zu finanzieren. Das muss sich ändern. Zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gehört auch, dass endlich ausreichend Forschungsgelder in die Hand genommen werden: Forschungen im Präventionsbereich müssen ausgebaut und notwendige Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Die Schiefelage in der Ressourcenverteilung zugunsten klinischer Forschung muss endlich beseitigt werden. Im jüngst verabschiedeten Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung ist ein Schwerpunktbereich Präventionsforschung eingerichtet worden. Dies scheint ein Weg in die richtige Richtung zu sein; die Konkretisierung dieses Förderschwerpunktes ist noch abzuwarten. Psychischen Erkrankungen hingegen kommt nur eine untergeordnete Rolle im Rahmen der Erforschung von Volkskrankheiten zu. Auf die Errichtung eines Gesundheitsforschungszentrum – wie beispielsweise für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes geschehen – wurde bedauerlicherweise verzichtet.

Was fehlt? Was wird gebraucht?

In Deutschland fehlt eine Struktur, die es bereits in vielen anderen Ländern seit Jahren gibt: ein Institut/ein Kompetenzzentrum für Public Health. Benötigt wird eine Stelle, die nicht nur epidemiologische Daten verwaltet, sondern auch Forschungsaktivitäten bündelt und die systematische Evaluation und Qualitätssicherung flächendeckender Präventionsprogramme leistet. Gesundheitsförderung und Prävention werden hierzulande in einer nicht überschaubaren Anzahl von Projekten gelebt und sind auch in zahlreichen Gesetzen veran-

kert. Neben der Koordinierung der Aktivitäten und Akteure könnte ein Public Health Institut die Kommunikation an den jeweiligen Schnittstellen verbessern und die Verzahnung der verschiedenen Ressorts verbessern.

Mit der Errichtung einer Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung wäre ein wesentlicher Schritt zur Lösung der Finanzierungsfrage getan. Optimal ist die Bündelung der Mittel in einer Stiftung, wie in der Schweiz geschehen. Als Übergangslösung bietet sich das Vorbild der Finanzierung der Zahnprophylaxe an. Der § 21 SGB V regelt die sogenannte Gruppenprophylaxe. Hier zahlen Länder, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesetzliche Krankenversicherung in einen Topf ein, aus dem flächendeckende Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen finanziert werden. An derartige Präventionsstellen sollten sich Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen, Vereine und Verbände wenden können, um Maßnahmen zu beantragen oder anzubieten. Es kann nicht sein, dass jede KiTa erst prüfen muss, wie viele ihrer Kinder bei welcher Krankenkasse versichert sind, um dann darüber zu entscheiden, an welche der Kassen in Deutschland man sich nun wendet, um die Gesundheit in der Lebenswelt KiTa zu fördern.

In der politischen Umsetzung der Prävention ist darüber hinaus die Verankerung von und Orientierung an Zielen unverzichtbar. Es gibt zwar schon jetzt einen Gesundheitsziele-Prozess; ein solcher muss aber bundesweit auf eine verbindliche Basis gestellt werden. Auch müssen klare Indikatoren entwickelt bzw. benannt werden, anhand derer die Zielerreichung gemessen werden kann. Eine gemeinsame und nachhaltige Präventionsstrategie ist an diesen Präventionszielen auszurichten.

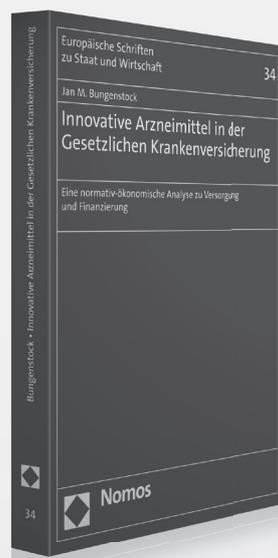
In der politischen Umsetzung der Prävention ist darüber hinaus die Verankerung von und Orientierung an Zielen unverzichtbar.

Wie vorangehend erläutert, gibt es viele Baustellen in der »Präventionspolitik« – aber auch gute Vorschläge, Prävention und Gesundheitsförderung

zu stärken und systematisch in die verschiedenen Politikbereiche zu implementieren. Dies ist nötig, um die Gesundheit des Einzelnen zu stärken, das Gesundheitswesen nachhaltig finanzierbar zu gestalten, eine wettbewerbsfähige Wirtschaft zu erhalten und letztlich eine Gesellschaft mit vielen gesunden Lebensjahren zu fördern. Deutschland hat zweifelsohne ein gutes Gesundheitswesen, es krankt jedoch an der Unterversorgung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Deutschland belegt bei der Prävention im europäischen Vergleich einen Platz im unteren Mittelfeld und muss noch etwas von seinen Nachbarländern lernen. Die Politik ist hier gefordert, das Gesundheitssystem auch im Bereich Prävention nach vorne zu bringen und die Führung zu übernehmen. Der Sachverstand und das Potenzial sind hierfür vorhanden. Die Bundesregierung versprach zu Beginn ihrer Legislaturperiode nicht nur eine Strukturreform des Gesundheitswesens, sondern auch eine umfassende nationale Präventionsstrategie. Den Ankündigungen müssen nun Taten folgen, hierbei gilt es die Förderung der seelischen Gesundheit besonders zu berücksichtigen. ■

Literatur bei den Verfasserinnen

Arzneimittelfinanzierung



Die Versorgung mit und die Finanzierung von innovativen Arzneimitteln in der GKV ist von scheinbar unauflösbaren Konfliktlinien geprägt. Die Konfliktlinien werden unter Zuhilfenahme von ökonomischer Theorie und Empirie als soziale Dilemmata mit Win-Win-Potenzial rekonstruiert. Auf dieser Grundlage werden bestehende Reformkonzepte diskutiert und ein eigener Vorschlag präsentiert.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/13838

Innovative Arzneimittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine normativ-ökonomische Analyse zu Versorgung und Finanzierung

Von Jan M. Bungenstock

2011, 299 S., brosch., 69,- €

ISBN 978-3-8329-6796-3

(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 34)



Nomos