

Zukunftsaspekte der Präventivmedizin¹

M. Schär

Die präventive Medizin hat bisher neben ihrer großen Schwester, der kurativen Medizin, ein eher unauffälliges Dasein gefristet. Das bedeutet nicht, daß sie keine großen Erfolge zu verzeichnen hat.

Der *Medizinhistoriker* wüßte über präventive Maßnahmen und Praktiken zu berichten, die für das Gedeihen und das Wohl der Menschheit von ausschlaggebender Bedeutung gewesen sind. Er würde von den Weisheiten und Errungenschaften der Völker Mesopotamiens, Kretas und Ägyptens berichten und unter vielen anderen Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten die Absonderung der Aussätzigen in biblischen Zeiten als erste Versuche zur Unterbrechung der Infektkette einer übertragbaren Krankheit bezeichnen. Den wegen ihrer krankheitsvorbeugenden Praktiken viel zitierten Griechen müßte bei Betrachtung aus dem Gesichtswinkel der Präventivmedizin der Vorwurf gemacht werden, daß sie schon damals – wie das bis heute der Fall geblieben ist – die kurative Medizin bevorzugten. Hygieia, ihre Göttin der Gesundheit, war die Tochter des Asklepios, des Gottes der Heilkunde.

Der *Statistiker* und *Epidemiologe* versucht, das Krankheitsgeschehen zahlenmäßig in den Griff zu bekommen. Die Morbidität und die Mortalität, insbesondere aber die Krankheits- und Todesursachen in Abhängigkeit von verschiedenen sozialen, physischen, psychischen und wirtschaftlichen Faktoren bilden Gegenstand seiner Erhebungen. Er beobachtet unter anderem, daß gewisse Krankheiten – selbst bei Berücksichtigung der Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung – eindeutig zunehmen, andere im Verschwinden begriffen sind, und stellt fest, daß in bestimmten Altersgruppen die Erfolge der Medizin offensichtlich groß, in anderen

aber eher bescheiden sind. In jüngster Zeit muß ihm sogar die Tatsache auffallen, daß in bestimmten Altersgruppen die Lebenserwartung – ein brauchbarer Gradmesser für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung – eher ab- als zunimmt. Würde der Statistiker die Altersgruppen mit größter Zunahme der Lebenserwartung denjenigen mit geringster gegenüberstellen und nach den Gründen der Unterschiede forschen, so müßte er feststellen, daß neben der ärztlichen Betreuung die bessere und umfassendere Gesundheitsvor- und Fürsorge die begünstigten Gruppen auszeichnet. Ich erwähne in diesem Zusammenhang die Säuglinge. Ihre Sterblichkeit geht noch mehr zurück, und somit nimmt die mittlere Lebenserwartung der Neugeborenen weiterhin zu. Die Länder mit größter Lebenserwartung, zum Beispiel Schweden und Holland, weisen die geringste Säuglingssterblichkeit auf. In Zahlen ausgedrückt: 14 Sterbefälle auf 1000 Neugeborene während des ersten Lebensjahres in Schweden gegenüber 16 in der Schweiz, 20 in der Bundesrepublik und über 100 in gewissen Entwicklungsländern.

In vermehrtem Maße beginnen sich auch die *Volkswirtschaftler* – und mit ihnen zusammen die Politiker – mit dem Kranksein und der Gesundheit auseinanderzusetzen.

Die Kosten des Krankseins und der Preis der Gesundheit bildeten schon in der Pionierzeit des öffentlichen Gesundheitswesens vor über hundert Jahren Gegenstand von Abhandlungen, die vor weiser Voraussicht strotzen. Ich erwähne in diesem Zusammenhang Winslows Werk über: «the cost of sickness and the price of health»². Heute sind es nicht so sehr die Zukunftsaspekte der Medizin als die gegenwärtige Kostenexplosion, die zu heftigen Diskussionen und tiefschürfenden Studien führen.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung manifestieren sich in einer Flut von Modellen über

¹ Referat des Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin anlässlich ihrer Gründungsversammlung, Bern, 23. September 1972.

² WHO, Monograph Series No. 7, Geneva 1951.

die Revision der Krankenversicherung. Es würde zu weit führen, in dieser «State of the Union»-Botschaft, womit unsere neugegründete Gesellschaft gemeint ist, auf die «Für» und «Wider» und die «Wenn» und «Aber» der Vor- und Gegenschläge zum neuen KUVG einzutreten.

Ob lohnprozentuale Abgaben, ob Steuergelder oder risikogerechte Prämien steht hier nicht zur Diskussion. Eines ist sicher, weder durch Lohnprozente noch durch Prämien erhöhungen lassen sich die Krankenpflegekosten bremsen. Rauchbekämpfung allein trägt nichts zur Löschung eines Schadenfeuers bei. Ein Einzelaspekt mag das soeben Gesagte erläutern:

Die Kosten der stationären Behandlung steigen von Jahr zu Jahr um rund 20% – die Löhne um rund 8%. Wenn – wie im Flimser Modell vorgesehen – 2 Lohnprozente für die Spitalpflegekosten vom Gehalt abgezogen werden sollen, so lassen sich bestenfalls die Kosten der stationären Behandlung im gegenwärtigen Zeitpunkt decken. Mit absoluter Sicherheit werden jedoch in naher Zukunft 3, 4 und mehr Prozente für die Kostendeckung erforderlich werden. Bei der Feuerbekämpfung sind die Maßnahmen auf die Löschung des Brandherdes ausgerichtet. In unserem Falle würde das heißen, daß die Kosten dort zu drosseln sind, wo sie entstehen. Neben *historischen, statistischen, wirtschaftlichen* und *politischen* Aspekten gibt es aber auch noch *medizinische*, die zur vermehrten Berücksichtigung der präventiven Medizin Anlaß geben sollten.

Trotz der eklatanten Fortschritte der Heilkunde bessert sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung kaum. Einige Krankheiten wurden zwar praktisch ausgerottet, andere spezifischer Behandlung zugänglich gemacht; viele aber sind allen kurativen Maßnahmen zum Trotz im Zunehmen begriffen. Es handelt sich dabei um chronisch degenerative und neoplastische Krankheiten (aber auch

die Unfälle müßten in diesem Zusammenhang erwähnt werden).

Dem Patienten wird der «medizinische Intellekt» abgesprochen. Ihn aber läßt man darüber entscheiden, ob und wann er krank zu sein gedenkt.

Wenn er – der Patient – am sogenannten «Surrender Point» angelangt und entschlossen ist, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, beginnt die große diagnostische und kurative Medizin, die – wie wir leider wissen – sehr oft zu spät kommt. Der Schmelbrand, der im Keime hätte erstickt werden können, hat sich zu einem Schadenfeuer entfacht, das unter Umständen gelöscht werden kann – aber nicht ohne Brand- und Wasserschäden zu hinterlassen.

Was ist zu tun?

Statt auf den Patienten zu warten, um ihn dann optimal behandeln zu können, sollte man seiner Krankheit entgegengehen bzw. ihr zuvorkommen.

Durch Früherkennung von prämorbidem Zuständen und krankhaften Befunden wird es möglich sein, Krankheiten rechtzeitig, das heißt in Stadien mit noch guten Heilungsaussichten, zu erfassen und zu behandeln.

Den Krankheiten muß aber noch weiter entgegengegangen werden – in dem Sinne, daß nicht nur Personen mit krankhaften Befunden, sondern auch solche mit erhöhtem Krankheitsrisiko erfaßt werden. Dieses «Umschauhalten» nach Krankheitsrisiken wird in der Geburtshilfe und in der Pädiatrie mit offensichtlichem Erfolg praktiziert.

Die erste Stufe der präventiven Medizin ist jedoch die Gesundheitserziehung, das heißt die Belehrung und Erziehung des (noch) gesunden Menschen zu gesunder Lebensweise. Ziel (der präventiven Medizin) ist die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, worunter das optimale Verhältnis eines Individuums zu seiner Umwelt zu verstehen ist. Gesundheitserziehung kann nicht Aufgabe

des Arztes allein sein. Die besten Aussichten auf Erfolg versprechen multidisziplinäre Anstrengungen. Der Soziologe, der Psychologe, der Pädagoge und der Arzt müssen sich in diese Aufgabe teilen.

Wenn die heutigen Kenntnisse über Krankheitsursachen in erwähntem Sinne in die Praxis umgesetzt werden könnten, würde die Gesundheit weitester Bevölkerungskreise wesentlich verbessert und die vorzeitigen

Sterbefälle um mindestens einen Drittel verringert.

Mit relativ geringem Aufwand könnte das erreicht werden, was durch Intensivierung der kurativen Maßnahmen allein nicht erreichbar sein wird.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. *M. Schär*, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Gloriastraße 32B, 8006 Zürich