

## 6

## Prävention aus Sicht der klinischen Ökonomik – eine lebensnotwendige Konsequenz der Zivilisation oder „gefühlte Sicherheit“?

Franz Porzolt\*

### 6.1 Einleitung

Mit diesem Beitrag wird versucht, die Überlegungen zur Prävention aus ökonomischer Sicht zu betrachten. Ob daraus ein brauchbares Konzept entsteht, wird erst die kritische Diskussion zeigen, die sich möglicherweise an den Vorschlägen entwickelt.

Um die Diskussion in Gang zu bringen, wird zunächst beschrieben, was wir unter „klinischer Ökonomik“ subsumieren. Die Diskussion der Prävention wird mit ihrer Wahrnehmung in der Öffentlichkeit eingeleitet. Wir gehen dann auf die ethische Verpflichtung ein, die sich für die Wissenschaft ergibt, wenn sie erkennt, dass zwischen der Realität der Prävention und deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit ein erheblicher Unterschied besteht. Hier ist zu hinterfragen, ob das politische Scheitern der Prävention nicht durch das Versäumnis der Wissenschaft zu erklären ist. Sie hat versäumt, der Öffentlichkeit zu erklären, dass die aktuelle Einschätzung der Prävention durch Laien von unzutreffenden Voraussetzungen ausgeht. Wenn Prävention ein tragendes Element unserer Gesundheitsversorgung werden soll, könnte gefordert werden, dass sich alle Beteiligten auf gleichem Wissensstand befinden und von identischen Konzepten ausgehen. Schließlich wird diskutiert, ob Prävention nicht als notwendige Konsequenz der Zivilisation aufzufassen ist. Es wird dann versucht, scheinbar neue Aspekte der Prävention zu entwickeln, die aber bei sorgfältiger Betrachtung bereits existieren, nur bisher nicht erkannt wurden. Zu diesen neuen Aspekten zählt letztlich auch die Frage, ob wirklich jemand von uns wissen will, was in 15 Jahren eintritt oder ob wir nicht absolut glücklich sind, wenn wir die „gefühlte Sicherheit“ wahrnehmen, alles Menschenmögliche für

die Zukunft getan zu haben und akzeptieren, dass es darüber hinaus noch Dinge gibt, die wir nicht mehr beeinflussen können, aus welchen Gründen auch immer.

### 6.2 Klinische Ökonomik

Die klinische Ökonomik hat sich aus der Frage entwickelt, die sich jeder verantwortlich handelnde Arzt am Krankenbett stellt, wenn er versucht, seinem Patienten zu helfen und dabei erkennt, dass die gut gemeinte Hilfe nicht ausschließlich zum erwünschten Effekt sondern eben auch zu unerwünschten Effekten führt. Zwangsläufig ergibt sich daraus die abwägende Frage nach der Angemessenheit zwischen Erwünschtem und Unerwünschtem. Anders formuliert kann auch die Frage gestellt werden, ob denn zu rechtfertigen ist, was ein Patient „in Kauf zu nehmen hat“, d.h. welche unerwünschten Effekte er zu tolerieren hat, um in den Genuss des angestrebten Nutzens zu kommen, also um die erwünschten Effekte seiner Versorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie) zu erhalten. Trivial gesehen handelt es sich um den Vergleich zwischen „Kosten“ und „Konsequenzen“, wobei bei den Kosten zwischen tangiblen (z.B. monetäre) und nicht tangiblen Kosten (z.B. Lebensqualität, LQ) und direkten (z.B. Arzneimittel- und Krankenhauskosten) und nicht direkten Kosten (z.B. Folgekosten wegen Arbeitsunfähigkeit) und bei den Konsequenzen zwischen Output und Outcome zu unterscheiden ist.

Häufig wird übersehen, dass eine komplette ökonomische Analyse nicht nur Kosten und Konsequenzen beinhaltet. Entscheidend ist, dass dieser Vergleich von Kosten und Konsequenzen für alternative Handlungsmöglichkeiten angestellt wird. In der Gesundheitsversorgung bedeutet das, dass nur die Anfänger die nächstbeste Methode zur Lösung eines Gesundheitsproblems verwenden

\* E-Mail: franz.porzolt@uniklinik-ulm.de

den. Der Erfahrene wird Nach- und Vorteile, d. h. Kosten und Konsequenzen verschiedener Handlungsmöglichkeiten miteinander abwägen, um die optimale Alternative zu wählen.

Die optimale Alternative zu finden, ist nicht immer einfach, weil das Optimum nicht nur durch den Preis und die biologische Wirksamkeit definiert wird und nicht jeder Stakeholder die gleichen Kriterien verwendet, um „sein“ Optimum zu definieren. Näherungsweise wird man allerdings dem Preis und der Wirksamkeit einen hohen Stellenwert zubilligen. Den realistischen Zusammenhang zwischen Preis und Wirksamkeit medizinischer Interventionen haben wir kürzlich beschrieben (17, 19).

Das Optimum in der Gesundheitsversorgung zu finden ist Aufgabe der Klinischen Ökonomik. Sie hat dazu wesentliche Aspekte aus der Gesundheitsökonomie übernommen. So haben beide gemeinsam, dass sie sich um eine ökonomische Bewertung von Gesundheitsleistungen bemühen, wobei die Gesundheitsökonomie mehr die monetären Kosten und die Klinische Ökonomik mehr die Konsequenzen im Auge hat. In Tab. 6.1 ist dargestellt, dass sich beide Disziplinen mit sehr unterschiedlichen As-

pekten beschäftigen und die Vertreter der beiden Richtungen unterschiedliche Ausbildungen durchlaufen und vor allem auch eine unterschiedliche Sozialisation erfahren haben. Ökonomen denken anders als Mediziner. Es ist zweifellos möglich, beide Denkweisen auf einer oberflächlichen Ebene in einem Gehirn zu vereinen; gleichermaßen ist es aber extrem schwierig, wenn nicht unmöglich, divergierende strategische Überlegungen in einem Gehirn anzustellen. Jeder kann selbst versuchen, gegen sich selbst Schach zu spielen. Das gelingt, solange lediglich einzelne Züge ohne ein zugrunde liegendes Konzept durchgeführt werden. Der Versuch, zwei rivalisierende Konzepte in einem Gehirn vorzubereiten, lässt sich wahrscheinlich nicht realisieren. Diesen Konflikt nimmt jeder wahr, der nicht nur taktische sondern strategische Überlegungen auf dem Boden unterschiedlicher Perspektiven anstellt: Man kann Therapien grundsätzlich vertrauen oder diese grundsätzlich hinterfragen. Ebenso kann man eine medizinische Betrachtung oder eine ökonomische Betrachtung anstellen. Die meisten werden zustimmen, dass keine der genannten Sichtweisen entbehrlich ist. Viele werden allerdings anzweifeln, dass jeder nur

Tabelle 6.1 Vergleich von Gesundheitsökonomie und klinischer Ökonomik.

	<b>Gesundheitsökonomie</b>	<b>klinische Ökonomik</b>
Ziel	Vergleich von Kosten und Konsequenzen alternativer Handlungsmöglichkeiten	Darstellung des erzielten Gewinns für Patienten und Solidargemeinschaft
primäre Zielparameter	monetäre Kosten (Ökonomie)	Quantität und Qualität des Lebens (Medizin)
erforderliche Ausbildung	Wirtschaftswissenschaften in Theorie oder Praxis	klinische Epidemiologie und Facharzt für beliebiges Arbeitsgebiet
Arbeitsfeld	hypothetisches Modell (meist nicht falsifizierbar)	klinische Studie (meist falsifizierbar)
Methoden	Kosten-Vergleichs-Analyse* Kosten-Effektivitäts-Analyse* Kosten-Nutzwert-Analyse* Kosten-Nutzen-Analyse**	Number needed to treat Likelihood Ratio Health-related Quality of Life Quality of Well-Being
Bedarf	entbehrlich, wenn die verfügbaren Ressourcen (Geld) quasi unbegrenzt zur Verfügung stehen	nirgends entbehrlich, weil zwischen nicht monetären Werten abgewogen wird
	* Bei jeder Form einer ökonomischen Analyse werden die Kosten in monetären Einheiten dargestellt.	
	** Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden beide Seiten, die Kosten und der Nutzen, in monetären Einheiten dargestellt. Diese Form der Analyse wird fälschlicherweise häufig missverstanden und zu Unrecht als unethisch eingestuft. Jede Gesellschaft hat ständig darüber zu entscheiden, welche monetären Ressourcen für mehr Lebensjahre oder eine bessere Lebensqualität ausgegeben werden sollen. Das Gremium, das diese Entscheidungen trifft, sollte dazu aber auch legitimiert sein.	

eine einzige dieser Sichtweisen wirklich vertreten kann. Wenn man diese Erkenntnis akzeptiert hat, wird klar, dass eine professionelle Repräsentanz aller dieser Sichtweisen erforderlich ist, um in der Gesundheitsversorgung zu angemessenen Entscheidungen zu kommen. Für die Lehre wäre daraus die mögliche Konsequenz abzuleiten, dass das Pflichtfach Gesundheitsökonomie, das von einem einzelnen Wissenschaftler vertreten wird, möglicherweise nicht ausreicht, um den Anforderungen der Realität gerecht zu werden.

## 6.3 Prävention

### ■ Prävention aus Sicht der Öffentlichkeit

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist die Prävention eines der bedeutendsten und eines der interessantesten Themen. Prävention ist gesundheitspolitisch bedeutend, weil ein Politiker mit der Befürwortung eines Präventionsprogramms seiner Sorgfaltspflicht nachzukommen scheint und damit eine ethische Facette seines Engagements präsentiert. Da die Prävention von nahezu allen Laien gegenüber dem Reparieren eines Schadens vorgezogen wird, ist die Forderung nach Prävention im Rahmen einer politischen Argumentation legitim und nachvollziehbar, wenn auch wegen des finanziellen Risikos nicht ganz unproblematisch.

Die (primäre) Prävention wird von nahezu allen Bürgern geschätzt, weil sie durch die Prävention vermeiden können, Patienten zu werden. Verschiedene Stakeholder können wirtschaftliche Interessen mit der Durchführung von Präventionsprogrammen verbinden. Grundsätzlich sind Präventionsprogramme bei Gesunden wesentlich angenehmer und einfacher durchzuführen als Programme zur Versorgung von Kranken. Präventionsprogramme, die von den Krankenkassen aus Marketinggründen angeboten und damit solidarisch finanziert werden, empfinden die meisten Bürger als eine angenehme Sozialleistung. Als angenehm wird diese Leistung empfunden, wenn der eigene Beitrag – sei er monetär oder durch körperliche Aktivität definiert – eine gewisse Schmerzgrenze nicht erreicht. Wären die Wartezimmer einer Praxis nach „Prävention“ und „Behandlung“ getrennt, säßen im ersten Raum gesunde, junge und motivierte Bürger, deren Probleme in der Zukunft liegen, die ohne großen Aufwand, alleine durch eine „Inaussichtstellung“ gelöst wer-

den können. Im zweiten Raum säßen kranke, ältere und häufig demotivierte Patienten, von denen jeder mindestens eine, wenn nicht mehrere Folgen oft chronischer Probleme bereits jetzt zu ertragen hat. Diese Probleme sind häufig nur mit erheblichem Aufwand zu lösen.

Die sekundäre und tertiäre Prävention werden in der Öffentlichkeit nicht wirklich als Präventionsleistungen wahrgenommen. Eine der bedeutendsten Fragen, die wir in der Medizin in der kommenden Dekade deshalb zu klären haben, ist, ob die chronischen Probleme, die lediglich durch eine „Inaussichtstellung“ gelöst werden können, einen verschwindend kleinen oder einen nennenswerten Anteil unserer Gesundheitsleistungen betreffen bzw. unserer Ressourcen für Gesundheit binden werden.

### ■ Prävention aus wissenschaftlicher Sicht

Nachdem mehrere Ansätze, die Prävention auf den Weg zu bringen, noch nicht wirklich erfolgreich waren – von bekannten Ausnahmen abgesehen (z. B. Zahnprophylaxe in Baden-Württemberg (Gutachten der DAJ e.V. Bonn 2005), Reduktion des Hämolyserisikos bei Neugeborenen) –, ist nicht zu erwarten, dass beherzte Versuche, die gescheiterten Experiment nochmals zu wiederholen, zum Erfolg führen werden. Deshalb soll hier versucht werden, Kriterien zu definieren, die qualitativ hochwertige Präventionsprogramme erfüllen sollen, um sich von weniger qualifizierten abzuheben. Die Wahl dieser Qualitätskriterien kann nicht willkürlich erfolgen, sondern hat sich an vorhandener „Evidence“ zu orientieren. Da zu Beginn dieser „Evidence-basierten“ Aktion nur wenig „Evidence“ zur Verfügung stehen wird, ist es zunächst gerechtfertigt, als Hypothesen zu formulieren, dass die Qualität eines Präventionsprogramms an den 4 Kriterien gemessen werden kann, ob das Programm **aussichtsreich**, **bezahlbar**, **wirksam** und **bewertbar** ist. Diese 4 Kriterien wurden aus einem Konzept abgeleitet, das wir als Vorschlag für die Bewertung von Gesundheitsleistungen mit einer Projektgruppe im Auftrag des Gesundheitsforums Baden-Württemberg entwickelt haben (19).

### Aussicht auf Erfolg

Das erste Kriterium, die Aussicht auf Erfolg, lässt sich an der „Evidence“ ableiten, die in Studien zum Nachweis der Wirkung generiert wurde.

Da die Ergebnisse von Programmen der (primären) Prävention per definitionem erst mehrere Jahre nach Beginn der präventiven Intervention nachgewiesen werden können, wird dieser Nachweis nur bei Einhaltung von 4 Bedingungen gelingen.

- Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Intervention und dem erwarteten Ergebnis (Spezifität des Effektes).
- Der erzielte Effekt ist klinisch relevant (Stärke).
- Es bestehen keine intolerablen unerwünschten Wirkungen.
- Die auftretenden Zeitprobleme der Prävention lassen sich kontrollieren, falls
  - Interventionen über längere Zeit hinweg durchgeführt werden müssen,
  - die erforderliche Kontinuität der Intervention gewährleistet sein muss,
  - das Interesse der Leistungsnehmer über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden muss,
  - das Interesse der Leistungserbringer über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden muss,
  - das Interesse des unterstützenden Umfeldes (privat – Familie, beruflich – Arbeitgeber, gesellschaftlich – Staat) über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden muss.

Speziell den beschriebenen Zeitproblemen wurde bisher zu wenig Beachtung geschenkt. Sie besagen, dass die Initiierung eines Präventionsprogramms nur sinnvoll ist, wenn das nachhaltige Interesse verschiedener Stakeholder gewährleistet ist. Unter Alltagsbedingungen können sich die Prioritäten innerhalb kurzer Zeit ganz wesentlich verändern. Präventionsprogramme, die langfristig angelegt sind, zählen unter diesem Aspekt nicht zu den Projekten mit den größten Aussichten auf Erfolg. Es wäre deshalb nicht unbedeutend, eine „Präventionsdatenbank“ einzurichten, in der alle öffentlich geförderten Präventionsprojekte und deren verfolgbare Umsetzung erfasst sind. Aus den Ergebnissen könnten Rückschlüsse zur realistischen Nachhaltigkeit von Präventionsprogrammen abgeleitet werden. Möglicherweise ist die „Präventionsdatenbank“ eine der bedeutendsten Datenquellen, die wir für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Prävention benötigen.

## Finanzierbarkeit

Das zweite Kriterium, die Finanzierbarkeit, beruht letztlich zwar auf einer politischen Entscheidung, die Grundlagen dazu lassen sich aber durch eine ökonomische Analyse erarbeiten. In der Regel werden die Krankenversicherungen in der Lage sein, diese Daten zu den Kosten von Gesundheitsleistungen bereitzustellen. Zumindest gibt es bereits einen HTA-Report, der auch ökonomische Überlegungen zu Präventionsprogrammen anstellt (1).

## Wirksamkeit

Zum Nachweis des dritten Kriteriums, der Wirksamkeit von Präventionsleistungen unter Alltagsbedingungen gibt es kaum Daten, weil unsere Überlegungen bisher mehr auf die Strukturen und Prozesse als auf die Ergebnisse von therapeutischen oder präventiven Maßnahmen fokussiert waren. Im Bereich der Therapiestudien ist zum Nachweis der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen die Frage zu beantworten, in welchem Umfang das Problem, das den Patienten zum Arzt geführt hat, durch die eingeleitete Therapie tatsächlich gelöst werden konnte.

Dieses Konzept ist teilweise aber nicht vollständig auf den Bereich der Prävention übertragbar, weil bei der Prävention zusätzlich die Zeitprobleme (s.o.) zu lösen sind. Hier wird sich die Frage nach dem Vorhandensein „früher Indikatoren“ stellen. Unter „frühen Indikatoren“ verstehen wir quantifizierbare Ereignisse, die die Wahrscheinlichkeit voraussagen, mit der ein später eintretendes Ereignis beobachtet werden kann. Beispiel eines „frühen Indikators“ könnte der Body Mass Index (BMI) von Jugendlichen im 1. Jahr eines Programms zur Verhinderung der Folgen eines kardiometabolischen Syndroms sein. Programme dieser Art sind durch die Unsicherheit gekennzeichnet, dass ein Präventionsprogramm erst über mehr als 10 Jahre durchgeführt werden muss, bevor beurteilt werden kann, wie häufig die angestrebte Verhinderung der Spätfolgen einer sich entwickelnden Erkrankung durch die präventive Maßnahme verhindert werden konnten. Ein „früher Indikator“, der mit hinreichender Sicherheit die Wahrscheinlichkeit vorhersagen könnte, mit der die erfolgreiche Verhinderung der Spätfolgen erreicht werden kann, würde die Entscheidung erheblich erleichtern, den Wert dieses Präventionsprogramms abzuschätzen. Aufgrund zahlreicher