

Die Bedeutung der Prävention für das Gesundheitswesen

Martin Hafen, Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

1. Einleitung

„Die Prävention ist die Zukunft der Medizin, sie war es schon immer und wird es immer bleiben ...“ – Mit diesem Satz – dessen Ironie sich erst beim genauen Hinschauen offenbart – kommentiert der Gesundheitsökonom Gerhard Kocher (2015, S. 1455) den ernüchternden Befund, dass viele OECD-Staaten ihre Ausgaben für die Prävention zwischen 2009 und 2013 reduzierten. Auch in der Schweiz stagnieren die Ausgaben für die Prävention seit vielen Jahren, während die übrigen Gesundheitskosten kontinuierlich ansteigen. So zeigt Kaufmann (2015), dass sich die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Prävention in der Schweiz zwischen 2002 und 2012 konstant bei rund 74 Franken pro Kopf und Jahr bewegten, während ihre Aufwände im kurativen Bereich im gleichen Zeitraum von 846 auf 1 275 Franken pro Kopf und Jahr anstiegen. Das bedeutet, dass die Prävention im Vergleich zur kurativen Medizin auf der Kostenebene kontinuierlich an Boden verliert – und dies trotz der Erkenntnis und Einsicht, wie wichtig die Prävention angesichts des demografischen Wandels und der stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen ist. 2014 betrug der Anteil der Prävention an den gesamten schweizerischen Gesundheitskosten 2,2 Prozent (BFS 2016), was unter dem OECD-Durchschnitt von 2,8 Prozent ist.

Das Scheitern des Präventionsgesetzes im Jahr 2012 unterstreicht die skeptische Haltung der Schweizer Politik der Prävention gegenüber. Obwohl die letzte Fassung des Gesetzes – vor allem auf Druck des Gewerbes – in vielen Hinsichten entschärft worden war und keine zusätzlichen finanziellen Aufwendungen mit sich gebracht hätte, war eine Mehrheit des Parlaments der Meinung, dass es keine strukturelle Stärkung der Prävention brauche und dass die Verantwortung für die Gestaltung präventiver Massnahmen weiterhin in erster Linie bei den Kantonen und den Gemeinden liegen soll (Gesundheitsförderung Schweiz 2013). Die Kantone wiederum nehmen ihre Verantwortung sehr unterschiedlich wahr. So gab der Kanton Basel-Stadt 2012 7 mal mehr für die kurative Medizin aus als für die Prävention; im Kanton Schwyz lag das Verhältnis bei 53:1 (Kaufmann 2015). Diese Zahlen sind nach Kaufmann mit Vorsicht zu interpretieren, da die Kriterien für die Datenerfassung bisweilen nicht identisch sind. Es sei jedoch klar nachweisbar, dass sich die interkantonalen Unterschiede in Hinblick auf die Aufwendungen für die Prävention zwischen 2002 und 2012 akzentuiert hätten und die finanziellen Mittel – wie bereits erwähnt – im Gegensatz zu den Mitteln für die kurative Medizin nicht erhöht, ja nicht einmal der Teuerung angepasst worden seien.

Obwohl die chronische Unterversorgung der Prävention im schweizerischen Gesundheitswesen angesichts dieser Zahlen kaum bestritten werden kann, gibt es doch auch gewisse Anzeichen, dass langsam ein Umdenken stattfinden könnte. So wurde im Sommer 2016 kein Referendum gegen die Erhöhung des Prämienbeitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung durch das Eidgenössische Departement im Sommer 2016 ergriffen. Die Erhöhung des Zuschlags auf die Krankenkassenprämien jedes und jeder Versicherten erfolgt in zwei Schritten: von Fr. 2.40 auf Fr. 3.60 im Jahr 2017 und von Fr. 3.60 auf Fr. 4.80 im Jahr 2018. Die zusätzlichen Mittel sollen in erster Linie für eine bessere Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten und für die Förderung der Gesundheit im Alter eingesetzt werden (EDI 2016). Ein zweites positives Zeichen für die Stärkung der Prävention in

der Schweiz setzt die Nationale Strategie für die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), die 2017 im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 lanciert wird (BAG/GDK 2016) und auf die in Kapitel 3 näher eingegangen wird.

2. Präventionstheoretische Vorbemerkungen

„Prävention“ stammt vom lateinischen „praevenire“ (zuvorkommen). Der Begriff steht damit dem Konzept der Behandlung (Kuration) gegenüber. Während die Behandlung an die Diagnose von Krankheitssymptomen anschliesst, versucht die Prävention das Auftreten dieser Krankheiten zu verhindern. Ihren Ansatzpunkt bilden die Risikofaktoren, welche das Auftreten einer Krankheit begünstigen, respektive die Schutzfaktoren, die den Einfluss der Risikofaktoren begrenzen (Hafen 2013). Entsprechend lassen sich die Ebenen der Symptomatik und der Entstehungsbedingungen von Krankheiten (und Gesundheit) unterscheiden (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Symptomatik und Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit

Ebene der Symptomatik	
Gesundheit Funktionalität optimal hohe Selbständigkeit hohe Lebensqualität	Gesundheitliche Beeinträchtigungen/Krankheiten Funktionalität eingeschränkt reduzierte Selbständigkeit eingeschränkte Lebensqualität
Ebene der Entstehungsbedingungen	
Schutzfaktoren körperlich (z.B. Bewegung) psychisch (z.B. Wohlbefinden) sozial (z.B. soziale Unterstützung) physikalisch-materiell (z.B. helle Wohnung)	Risikofaktoren körperlich (z.B. Übergewicht) psychisch (z.B. Stress) sozial (z.B. Isolation) physikalisch-materiell (z.B. Stolperquellen)

Quelle: Wächter et al. (2015)

Auch die Behandlung muss sich nicht auf Symptombekämpfung beschränken, denn sie kann ebenfalls an den Einflussfaktoren ansetzen. Das deutet darauf hin, dass die Konzepte von Prävention und Behandlung wie Gesundheit und Krankheit nicht absolut voneinander zu trennen sind, sondern in einem wechselseitigen Beziehungsverhältnis zueinander stehen. Das ist am einfachsten daran zu erkennen, dass jede Behandlung immer auch eine präventive Funktion erfüllt. So verfolgt eine Krebstherapie immer auch das Ziel, der Verbreitung der Krankheit (oder dem Tod) zuvorzukommen. Im Kontext der Behandlung kann aber auch das Ziel verfolgt werden, das Entstehen von Folgeproblemen der eigentlichen Erkrankung zu verhindern. Entsprechend kann im Kontext einer Krebstherapie eine umsichtige psychologische Begleitung dazu beitragen, das Entstehen einer Depression zu verhindern, die sich als Folge der enormen psychischen Belastung durch einen Krebsbefund ergeben könnte. Weiter bieten sich im Rahmen der medizinischen Versorgung Kontaktmöglichkeiten zwischen den Patienten/Patientinnen und medizinischem Fachpersonal, die für die Prävention genutzt werden können. So sind Menschen, die unter den Folgen eines Herzinfarktes leiden, empfänglicher für Anregungen in Hinblick auf einen gesundheitsförderlicheren Lebensstil: z. B. mit Rauchen aufzuhören, die Ernährung umzustellen, Stressbelastung zu reduzieren, sich mehr zu bewegen und Sozialkontakte zu pflegen. Wenn die Umstellungen gelingen, wird nicht nur die Wahrscheinlichkeit eines zweiten Herzinfarktes reduziert, sondern auch das Risiko anderer Krankheiten (z. B. Krebs, psychische Erkrankungen) reduziert. Das zeigt, dass die meisten Risiko- und Schutzfaktoren die Entstehung unterschiedlicher Krankheiten beeinflussen und dass Krankheiten

selbst Risikofaktoren für andere Krankheiten darstellen können – z. B. Adipositas für Herz-Kreislaufkrankheiten oder ein Krebsbefund für psychische Störungen.

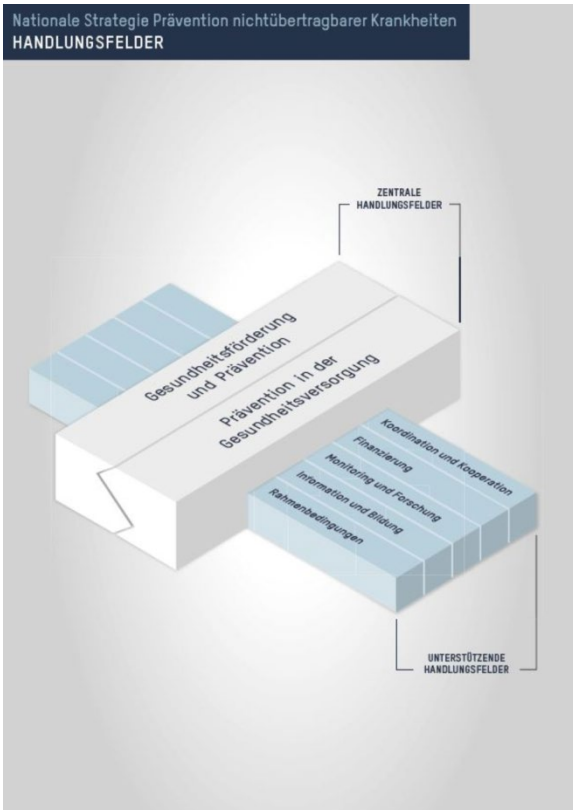
Ein weiterer zentraler Aspekt von Prävention und Behandlung sind die Zielgruppenfaktoren, die in einem engen Zusammenhang mit den relevanten Einflussfaktoren stehen. Der Lebensphasenansatz zum Beispiel stellt das Alter in den Mittelpunkt und fragt danach, welche Risiko- und Schutzfaktoren in welchem Lebensabschnitt von besonderer Bedeutung sind. Daneben gibt es jedoch noch weitere Zielgruppenfaktoren, die für eine evidenzbasierte Prävention von Bedeutung sind – insbesondere der sozio-ökonomische Status, der bei den besonders vulnerablen (verletzlichen) Gruppen in der Regel tief ist. Wie stark der sozio-ökonomische Status mit der Gesundheit korreliert zeigt exemplarisch der Review ‚Fair Society, Healthy Lives‘ des britischen Gesundheitsforschers Michael Marmot (2010): In einer der zitierten Grossuntersuchungen wurden Wohnquartiere in Wales nach dem durchschnittlichen Einkommen und dem Bildungsstand der Bevölkerung aufgeteilt und die gesundheitliche Entwicklung von der Menschen in diesen Quartieren in einer Langzeitstudie untersucht. Dann wurden die Daten der Menschen verglichen, die in den Quartieren mit dem höchsten respektive dem tiefsten durchschnittlichen sozioökonomischen Status lebten. Die Differenz betrug bei der absoluten Lebenszeit 10 Jahre und bei der krankheitsfreien Lebenserwartung bei Geburt (‚disability-free-life-expectancy‘- DFLE) 18 Jahre. Das bedeutet, dass die 10 Prozent der Bevölkerung, die sozial am privilegiertesten sind, verglichen mit jenen 10 Prozent der am wenigsten privilegierten im Durchschnitt 10 Jahre länger leben und 18 Jahre mehr krankheitsfrei verbringen. Die Erklärung ist einfach: Sozioökonomisch Benachteiligte sind viel vulnerabler, weil sie viel mehr Risikofaktoren ausgesetzt sind und über weniger Schutzfaktoren verfügen. Diese Erkenntnis ist wissenschaftlich durch zahllose Untersuchungen bestätigt (Stringhini et al. 2017).

3. Die nationale Strategie zur Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie)

Die nicht übertragbaren Krankheiten im Fokus der 2017 lancierten NCD-Strategie – Krebs, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes – sind für rund 80 Prozent aller Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich. Ihre Verhinderung trägt nicht nur zur Verlängerung der Lebenszeit bei, sondern – und fast noch bedeutsamer – auch zur Verlängerung der oben erwähnten krankheitsfreien Lebenserwartung bei. Die krankheitsfreie Lebenszeit ist auch ein wichtiger Indikator für die Lebensqualität eines Menschen, nicht zuletzt weil sie die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und die Leistungsfähigkeit unterstützt. Diese vier Punkte – Verringerung der Krankheitslast, Verlängerung der Lebenszeit, Reduktion der Behandlungskosten und Steigerung von Lebensqualität, Teilhabe und Leistungsfähigkeit – entsprechen denn auch den übergeordneten Zielen der NCD-Strategie (BAG/GDK 2016, S. 5).

Die NCD-Strategie ist auf zwei zentrale und fünf unterstützende Handlungsfelder ausgerichtet (vgl. dazu Abb. 2), die nachfolgend erläutert werden.

Abbildung 2: Handlungsfelder der NCD-Strategie



Quelle: BAG/GDK (2016, S. 6)

Im Handlungsfeld ‚Prävention in der Gesundheitsversorgung‘ trägt die NCD-Strategie dem oben beschriebenen Umstand Rechnung, dass Prävention nicht nur bei gesunden Menschen, sondern auch bei kranken Menschen Sinn macht (BAG/NDK 2016, S. 38-40). Die Strategie hat entsprechend zum Ziel, die Früherkennung von gesundheitsbezogenen Problemen zu stärken, etwa durch systematische Kurzgespräche im Rahmen der hausärztlichen Betreuung bei Verdacht auf Genussmittelmisbrauch. Weiter ist die Strategie auf Massnahmen ausgerichtet, welche die Patienten und Patientinnen bei der Anpassung ihres Lebensstils, der Erhaltung/Wiedererlangung ihrer Funktionalität und einer generellen Verbesserung ihrer Lebensqualität unterstützen. Selbstverständlich hat es in den letzten Jahren schon viele Bestrebungen und Initiativen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung gegeben, an die die NCD-Strategie anschliessen kann. Insgesamt ist das präventive Potenzial in der kurativen Medizin jedoch noch nicht annähernd ausgeschöpft, was sich negativ auf die durchschnittliche Zahl der krankheitsfreien Lebensjahre, das durchschnittliche Lebensalter und letztlich auch auf die Gesundheitskosten auswirkt. Folgende drei Stossrichtungen der NCD-Strategie zur Beseitigung des Präventionsdefizits in der Gesundheitsversorgung werden im Strategiepapier besonders hervorgehoben (BAG/GDK 2016, S. 39f.):

- Evidenzbasierte Massnahmen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung werden nachhaltig verankert und weiterentwickelt. Lücken werden geschlossen.
- Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert und in relevante gesundheitspolitische Entwicklungen integriert.
- Präventionsaspekte in bestehenden Guidelines bzw. Guidelines für spezifische Präventionsleistungen werden aufbauend auf bestehenden Erfahrungen und Ansätzen weiterentwickelt und verankert.

Die Aktivitäten im Handlungsfeld ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘ unterscheiden sich nicht grundsätzlich von der Prävention in der Gesundheitsversorgung. Der Grund dafür ist klar: Wenn es sich für Menschen mit chronischen Krankheiten anbietet, ihren Lebensstil für eine bessere Bewältigung ihrer Krankheiten, die Verhinderung von Folgekrankheiten oder die Verbesserung ihrer Lebensqualität zu verändern, dann gilt das erst recht für diejenigen, die nicht oder noch nicht unter diesen Krankheiten leiden. Nicht dass die im Fokus der NCD-Strategie stehenden Krankheiten ausschliesslich durch den Lebensstil eines Menschen beeinflusst würden; auch genetische Aspekte spielen durchaus eine Rolle bei der Entstehung dieser Krankheiten. Lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Alkoholmissbrauch, Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung stehen im Vordergrund der NCD-Strategie, weil sie (zumindest theoretisch) veränderbar sind, weil ihr Einfluss auf die nicht übertragbaren Krankheiten wissenschaftlich umfassend belegt ist und weil ihre schädigende Wirkung den Einfluss der genetischen Prädisposition deutlich übersteigt (BAG/GDK 2016, S. 37).

Der grosse Unterschied des NCD-Handlungsfeldes ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘ im Vergleich zum Handlungsfeld ‚Prävention in der Gesundheitsversorgung‘ liegt in der Erreichbarkeit der Zielpersonen. Die Gesundheitsversorgung ist ein Handlungsfeld, in welchem die Zielpersonen – meist aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen – mit Fachpersonen aus dem Medizinsystem in Kontakt stehen. Wie oben beschrieben, sollen diese Kontakte für eine systematischere Durchführung von Präventionsaktivitäten genutzt werden. Die Zielpersonen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung müssen in der Regel über andere, lebensweltliche Kontexte erreicht werden – über die Schule, den Arbeitsplatz oder in der Freizeit. Einige dieser präventiven Aktivitäten erfolgen auch hier über medizinisch geschultes Personal (z. B. die Schulzahnärztin oder den Betriebsarzt in einer Fabrik); in der Regel sind es aber mehr oder weniger spezifisch ausgebildete Präventionsfachleute und/oder Multiplikatoren/-innen wie Lehrkräfte oder Kita-Mitarbeitende, welche die präventiven Aktivitäten durchführen. Dieser breite, lebensweltbezogene Zugang spiegelt sich auch in den zentralen Stossrichtungen des Handlungsfeldes wieder (BAG/GDK 2016, S. 37f.):

- Die Bevölkerung wird in ihrem Bestreben unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren vorzubeugen, die zu einer NCD führen können (Förderung der Gesundheitskompetenz).
- Massnahmen werden gestärkt, die bedarfsorientiert Lebensphasen- und Settingansätze integrieren und mehrere Risikofaktoren umfassen. Der Fokus liegt auf jeweils spezifischen Präventionsaktivitäten für folgende drei Gruppen: Kinder und Jugendliche, Erwachsene im erwerbstätigen Alter, Seniorinnen und Senioren.
- Menschen in vulnerablen Situationen werden gestärkt. Dazu ist ein spezifisch an ihren Lebenswelten orientiertes Vorgehen notwendig.

Das Bestreben der NCD-Strategie, den Menschen durch die Förderung ihrer Gesundheitskompetenz und durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen in allen Lebensphasen mehr krankheitsfreie Lebensjahre und ein längeres Leben zu ermöglichen, werden – wie in Abb. 2 gezeigt – durch weitere Handlungsfelder (HF) ergänzt. So sollen die Koordination und Kooperation der involvierten Akteure innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssystems verbessert (HF 3), die finanziellen Grundlagen gesichert (HF4), das Monitoring und die Forschung ausgebaut (HF 5), die Information und Bildung der Fachleute verstärkt (HF 6) sowie die Rahmen- resp. Lebensbedingungen in allen Lebensphasen gesundheitsförderlicher gestaltet werden (HF 7). Diese Handlungsfelder stehen ‚quer‘ zu den beiden Handlungsfeldern ‚Prävention in der Gesundheitsversorgung‘ und ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘. Das bedeutet, dass die in den Handlungsfeldern 3 bis 7 bearbeiteten Aspekte auch immer in den Handlungsfeldern 1 und 2 von Bedeutung sind.

Die NCD-Strategie ist ohne Zweifel wissenschaftlich gut begründet und orientiert sich an erfolgreichen Public Health Policies fortschrittlicher Staaten wie den skandinavischen Ländern oder Australien. Der Knackpunkt ist, dass die Strategie nicht mit zusätzlichen Mitteln für die Prävention verbunden ist, sondern mit den bestehenden Ressourcen (z. B. aus dem Alkoholzehntel oder dem Tabakpräventionsfonds) auskommen muss. Wenn man die vielfältigen Ansatzpunkte der NCD-Strategie betrachtet und zusätzlich die Präventionsziele der ebenfalls neu lancierten Strategie Sucht oder des Nationalen Programms Psychische Gesundheit einbezieht, dann wird klar, dass die Prävention in der Schweiz selbst mit den zusätzlichen Mitteln aus den Krankenkassenbeiträgen auch in Zukunft eher ein Schattendasein fristen wird.

4. Health in all policies

Es ist augenscheinlich, dass eine lebensphasen- und lebenswelt-orientierte Prävention nicht mehr ausschliesslich im Kontext des Gesundheitssystems erfolgen kann. Die zu beeinflussenden Schutz- und Risikofaktoren sind in Systemen angesiedelt, auf die Gesundheitsfachleute nur bedingt Einfluss nehmen können. Zudem verfügen sie oft nicht über spezifische Kenntnisse zu diesen Systemen. Diese Kenntnisse sind jedoch unabdingbar, vor allem wenn die Präventionsmassnahmen im Sinne der Setting-Orientierung oder Verhältnisprävention gar nicht auf die Zielpersonen, sondern auf die Veränderung sozialer Systeme (Schulen, Betriebe, Gemeinden, Heime, Vereine etc.) ausgerichtet sind. Entsprechend reicht es auch nicht, die Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten auf das Gesundheitssystem zu beschränken. Vielmehr braucht es eine ‚Health in all policies‘, d.h. eine systematische Beachtung von gesundheitsrelevanten Aspekten in allen Politikbereichen.

Was das konkret bedeutet, lässt sich am Zusammenhang von Gesundheit, sozioökonomischem Status und früher Kindheit beschreiben: Marmot (2010) umschreibt das erste und wichtigste Ziel einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik mit dem Leitsatz ‚Give every child the best start in life‘. Er schliesst mit dieser Forderung an eine grosse Anzahl von wissenschaftlichen Studien an, die belegen, dass die ersten Lebensjahre von der Zeugung bis zum 5. Altersjahr entscheidend für die gesundheitliche und psycho-soziale Entwicklung eines Menschen sind (Hafen 2014). Menschen, die in ihren ersten Lebensjahren durch emotionale Vernachlässigung und/oder physische Gewalt in der Familie kontinuierlichem Stress ausgesetzt werden, sind Zeit ihres Lebens anfälliger für die Entwicklung von psychischen Problemen, körperlichen Krankheiten oder sozialen Problemen wie Erwerbslosigkeit oder Straffälligkeit (Danese & McEwen 2012). Weiter werden in der frühen Kindheit die Grundlagen praktisch aller gesundheitsrelevanten Lebenskompetenzen (Selbstregulationsfähigkeit, Sozialkompetenz, Selbstwirksamkeit etc.) und damit auch der Gesundheitskompetenz gelegt (Hafen 2016). Und schliesslich zeigt der neue Wissenschaftszweig der Epigenetik, dass die Aktivierung und Deaktivierung von gesundheitsrelevanten Genen massgeblich durch die Umweltbedingungen eines Kindes geprägt wird. So beeinflusst z. B. das Ernährungsverhalten des Vaters vor der Zeugung oder die Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft das Risiko des Auftretens von vererbten ernährungsbezogenen Krankheiten wie Diabetes Mellitus 2 oder Adipositas (Spork 2017). Entsprechend sind Massnahmen im Kontext der Frühen Förderung – vor allem wenn sie auf sozial benachteiligte Familien ausgerichtet sind – eine der effizientesten Präventionsstrategien überhaupt (Hafen 2014). Dass diese Erkenntnisse in der Schweiz wohl bei den Fachleuten, aber noch nicht in der Politik angekommen sind, zeigt sich unter anderem an den Investitionen, die im Frühbereich getätigt werden. Die Schweiz gibt pro Jahr gerade mal 0,2 Prozent des Brutto-Inlandprodukts für die Frühe Förderung (z. B. für die Subventionierung von Kindertagesstätten) aus, während der diesbezügliche Wert im Durchschnitt der OECD-Länder bei 0,8 Prozent (also viermal so hoch) liegt und in den skandinavischen Staaten das Zehnfache beträgt (OECD 2015). Dies ist umso erstaunlicher, als die Langzeitstudien aus den USA und andern Staaten seit vielen Jahren zeigen, wie viel ein Staat an

Sozialhilfe-, Gesundheits- und Strafrechtskosten einsparen kann, wenn er in die Frühe Förderung investiert und den sozioökonomisch benachteiligten Familien dabei besondere Beachtung schenkt (Heckman/Masterov 2007). Eine aktuelle Studie (Stern et al. 2016) geht davon aus, dass die Schweiz ihre Aufwendungen im Frühbereich von 2,7 auf 4,6 Milliarden ausbauen müsste, um sich dem durchschnittlichen Stand der Frühen Förderung in den OECD-Staaten anzupassen. Insbesondere für die Förderung vulnerabler Gruppen müsste mehr getan werden, da aktuell nur ein Prozent der Gelder im Frühbereich für diese Zielgruppe ausgegeben wird. 51 Prozent werden in die Subventionierung der familienergänzenden Kinderbetreuung und 48 Prozent in die Förderung familienfreundlicher Arbeitsverhältnisse investiert. Angesichts dieser Zahlen sind die zusätzlichen Mittel in der Höhe von knapp 100 Millionen, die das Parlament im Frühling 2017 für die zusätzliche Subventionierung der familienergänzenden Kinderbetreuung beschlossen hat, ein wichtiger, aber letztlich nur ein erster Schritt in die richtige Richtung.

5. Abschliessende Bemerkungen

Die konstant steigenden Kosten im Gesundheitswesen werden für die Kantone und die Individuen zu einer immer grösseren Belastung. Dabei ist zu beachten, dass die Schweiz (nach den USA) das zweitteuerste Gesundheitswesen hat und dass die Menschen in diesem Land den weltweit höchsten Anteil der Gesundheitskosten aus dem eigenen Portemonnaie bestreiten (z. B. ca. siebenmal so viel wie die Menschen in Frankreich), was tendenziell zulasten der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschichten geht (Kocher 2015). Wie könnte man nun diese finanziellen Belastungen verringern? Der übliche Weg ist, die anfallenden Behandlungskosten zu reduzieren. Diesbezügliche Möglichkeiten werden politisch und unter den Fachleuten seit vielen Jahren mit viel Engagement diskutiert, haben das Problem aber nicht gelöst. Dabei zeigen andere Staaten, dass eine sehr gute Qualität des Gesundheitswesens auch mit deutlich weniger Mitteln möglich ist. So gibt es nach Kocher (2015) 13 Länder, die für eine gute oder sehr gute Gesundheitsversorgung 25 bis 50 Prozent weniger ausgeben als die Schweiz. Als Beispiele nennt er Dänemark, Österreich, Kanada, Belgien, Frankreich und Australien. Die zweite Strategie besteht darin, etwas gegen die Unterversorgung der Prävention im Gesundheitswesen zu tun, wie es in der NCD-Strategie vorgesehen ist. Der dritte und ebenso wichtige Weg besteht in der Implementierung einer konsequenten Strategie der ‚Health in all policies‘. Diese Strategien haben nichts zu tun mit einer moralisierenden Prävention, die den einzelnen Menschen Genuss und Lebensfreude vermiesen will. Es sind Strategien, die an den Lebensbedingungen der Menschen ansetzen und dabei einen besonderen Fokus auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen legen. Da mit solchen Strategien nicht nur gesundheitlichen, sondern auch sozialen Problemen vorgebeugt wird, könnte man mit Blick auf das einleitende Zitat formulieren, dass die Prävention nicht nur die Zukunft der Medizin, sondern auch ein wichtiger Aspekt der Zukunft der Gesellschaft ist. Es ist wichtig, dass sie nicht ewig Zukunft bleibt, sondern die entsprechenden politischen Entscheidungen möglichst bald getroffen und die Massnahmen umgesetzt werden.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit BAG; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Bern: BAG.

- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU). Neuchâtel: BFS.
- Danese, Andrea; McEwen, Bruce S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior* 106, 29–39
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2016). Der Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung wird erhöht. Medienmitteilung vom 1.7.2016. Bern: EDI.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2013). Das gescheiterte Präventionsgesetz: ein Lehrstück. Arbeitspapier 9. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Hafen, Martin (2013). Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, Martin (2014). ‚Better Together‘ - Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. 2., umfassend überarbeitete Version des Schlussberichts zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern.
- Hafen, Martin (2016). Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. *Public Health Forum* 25(1), S. 81-83.
- Heckman, James; Masterov Dimitri (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic*, Vol. 29, No. 3, S. 446–493.
- Kaufmann, Markus (2015). Ein Vergleich der kurativen und präventiven Gesundheitskosten von 2002 und 2012. *Soziale Sicherheit CHSS* 6/2015, 363-366.
- Kocher, Gerhard (2015). Grosse nationale Unterschiede. *Schweizerische Ärztezeitung* 96(40), 1454-1458.
- Marmot, Michael (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview
- OECD (Hrsg.) (2015). Bildung auf einen Blick 2015. OECD-Indikatoren. Paris: OECD
- Spork, Peter (2017). Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neuesten Erkenntnisse aus der Epigenetik. München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Stern, Susanne.; Gschwend, Eva; Iten, Rolf; Bütler, Monika & Ramsden, Alma (2016). Whitepaper zu den Kosten und Nutzen einer Politik der frühen Kindheit. Zürich: Jacobs Foundation
- Stringhini, Silvia et al. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7) Download (17.03.2017)
- Wächter, M., Hafen, M., Bommer A., Rabhi-Sidler, S. (2015). Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick. Luzern, HSLU.

