



## Gesunde Lebensführung

# Sinnvolles und Törichtes jenseits der Kassenleistung

Wenn die Werbung für „Lifestyle“-Medizin nicht so schrill wäre, ließe sich gegen einen ärztlich geförderten, gesunden Lebensstil überhaupt nichts einwenden. Im Katalog der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist sogar explizit geregelt, was es kostet, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, die von der Kasse nicht bezahlt werden und trotzdem zur Vorsorge sinnvoll sind.

Lifestyle-Medizin ist ein typisch denglischer Modebegriff, der für viele Menschen einen zumindest zweideutigen, wenn nicht negativen Geschmack hat: Er klingt nach kapriziösem Anspruchsdenken, das den medizinischen Fortschritt nutzen will, um ewig jung und fit zu bleiben, ohne sich anzustrengen. Unterstützt wird dieser Eindruck durch die schrille Werbung, die einige Anbieter machen: Da posieren knackige Models für die „Fett-weg-Spritze“, werben seriöse Herren im weißen Kittel für potenzsteigernde Mittel, bieten Lifestyle-Ärzte und Schönheitskliniken ihre Dienste im Stil von Discountern mit Aktionspreisen und Mengenrabatt an.

Beliebt man es beim deutschen Wort Lebensstil oder besser noch Lebensführung, so wäre der Sache schon eher gedient, denn einer Medizin, die auf die Verbesserung gesundheitsschädlicher Angewohnheiten abzielt, kann man eigentlich nur das Wort reden. Wer seine Fettpolster nicht einfach „wegspritzen“ oder absaugen lässt, sondern unter ärztlicher Beratung eine vernünftige Ernährung mit dosierter sportlicher Aktivität kombiniert, der betreibt Lebensführungs-Medizin jenseits der Modetorheiten und wird dank des ganzheitlichen Ansatzes womöglich auch proportionierter aussehen als nach einer lokalen Fettabsaugung.

Regeln gesunder Lebensführung stellte übrigens die Klosterfrau Hildegard von Bingen schon im 12. Jahrhundert auf: Vernünftige Ernährung und viel Bewegung in Licht und Luft. Das ist seit jeher Bestandteil der Medizin und nicht erst, seit Lifestyle als kaum verbrämter Vorwand für den Griff nach dem Portemonnaie des Patienten benützt wird. Für die „Fett-weg-Spritze“ legt man mehrere hundert Euro je Injektion hin, für die operative Entfernung störender Pölsterchen sind es einige tausend Euro.



Lifestyle-Medizin im 12. Jahrhundert

Damit soll nicht der Eindruck erweckt werden, es gebe keine medizinische Indikation für die Entfernung exzessiver Fettmassen bei schweren metabolischen Störungen, für die Korrektur ästhetisch störender Narben oder für den Ausgleich

nachgewiesener Defizite von Sexualhormonen. Und es ist auch niemandem zu verwehren, dass er sein Geld dafür ausgibt, jünger auszusehen als es seinem biologischen Alter entspricht. Worum es geht, ist die Gratwanderung zwischen Medizin und medizinisch verbrämter Geschäftemacherei.

Damit gelangen wir zum nicht deckungsgleichen, aber verwandten Themenkreis „Anti-Aging“. Auch hier handelt es sich zunächst um einen medizinisch betrachtet schlecht gewählten Begriff, der den Eindruck erweckt, man könne gegen das biologische Altern etwas unternehmen. Er hat sich nun aber leider in der Fachliteratur fest etabliert und zielt als Terminus technicus die Titelseiten hervorragender Fachbücher und Kongresse.

Ziel der „Anti-Aging“ Medizin ist es also nicht, das Altern zu verhindern und den Tod aufzuhalten. Biologische Prozesse können aber den Lebensgenuss im Alter entscheidend trüben, was in den Graubereich zwischen „Wohlfühlmedizin“ und der Linderung von wirklichen Leiden fällt. Einige Begleiterscheinungen des Alterns beeinträchtigen die Lebensqualität massiv und sind mit hohen Kosten für die Gemeinschaft der Versicherten verbunden, z.B. Osteoporose mit Wirbel- und Schenkelhalsbrüchen, geistiger Abbau bis hin zur Demenz und genetisch angelegte,

durch unvernünftige Lebensweise geförderte Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Der Mensch ist von der Natur als „disposable soma“ (Kleine-Gunk) konzipiert, das bis zum Abschluss der fertilen Phase einem hohen Selektionsdruck unterliegt und danach zum Wegwerfartikel verkommt. Für lange Lebenszeiten sind wir nicht gemacht, schon gar nicht in Kombination mit Überfluss an Nahrung und Mangel an körperlicher Tätigkeit. Sollen wir deshalb darauf verzichten, nach medizinischen Antworten auf diese Herausforderungen der Natur und der Zivilisation zu suchen?

Der biologische Abbau kann durch vorbeugende Diagnostik immer früher erkannt und durch angepasste Lebensweise und medikamentöse Gegensteuerung immer weiter hinausgezögert werden. Entsprechend den verschiedenen Theorien über die biochemischen Grundlagen des Alterns werden derzeit vor allem Ansätze zur Substitution von Hormonen, Reduktion freier Radikale, Cholesterinsenkung u.ä. verfolgt, doch sind vor allem aus dem Bereich der Molekularbiologie noch zahlreiche weitere Vorschläge zu erwarten – von der Therapie mit potentiell unsterblichen Stammzellen bis zur direkten Beeinflussung von Transkriptions-Vorgängen im Kern somatischer Zellen.

Freilich ist die medizinische Regelversorgung schon mit der Finanzierung der herkömmlichen Reparatur-Medizin sichtbar überfordert - für Prävention reicht vorläufig schlicht das Geld nicht aus. Es ist Ulla Schmidt hoch anzurechnen, dass sie trotz schlechter eigener Umfragewerte und Störfeuer der in gesundheitspolitischen Fragen sonst eher konzilianter Union dieses Thema in der politischen Diskussion nicht ausspart. Sie hat angekündigt, noch vor der Sommerpause den Entwurf für ein Präventionsgesetz vorzulegen, dessen Kernstück eine Stiftung sein soll. Diese wird alle vorbeugenden Aktivitäten der Sozialversicherungsträger koordinieren und vom Robert-Koch-Institut evaluieren lassen. Finanziell will sich der Bund allerdings nicht beteiligen - das veranschlagte Budget von 140 Mio. Euro sollen vor allem die gesetzlichen Krankenkassen aufbringen. Kein Wunder, dass die sich vorläufig sträuben.

Anstatt endlos Mittel zwischen verschiedenen Töpfen des GKV-Budgets hin- und herzuschieben, erscheint es vorerst durchaus sinnvoll und zukunfts-trächtig, auf die Eigenverantwortung des Bürgers zu setzen. Im niedergelassenen Bereich sind hier die „Individuellen Gesundheits-Leistungen“ (IGeL) zu nennen, ein von der Ärzteschaft initiiertes

**Dr. B. Kleine-Gunk**

**Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte**

UNI-MED Verlag Bremen 2003  
ISBN 3-89599-751-X  
221 Seiten

23 Autoren geben eine fundierte und doch verständliche Darstellung der komplexen Problematik von den theoretischen Grundlagen des Alterns bis zu konkreten differentialdiagnostischen, präventiven und therapeutischen Empfehlungen.



tes Angebot an den Patienten, in Sachen Prävention selbst aktiv zu werden und dafür auch selbst zu zahlen. Nach Sozialgesetzbuch V, §12 müssen Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein und dürfen das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Auch wenn dieser Paragraph Prävention nicht ausschließt, so besagt er doch, dass Leistungen, die von den Kassen für nicht notwendig oder für unwirtschaftlich erachtet werden, weder erbracht noch vergütet werden dürfen. Und damit tut sich ein definitorisches Dilemma auf, denn die Notwendigkeit, sprich die Not, die durch Prävention abgewendet werden soll, ist nicht viel mehr als ein statistisches Risiko, und die Preiswürdigkeit der Risikominderung ist bezogen auf den Einzelfall entsprechend nicht berechenbar. Da hilft es nichts, vorzurechnen, wie viele Milliarden gespart würden, wenn es keine Herzinfarkte und Thrombosen mehr gäbe – ein komplettes Screening der gesunden Bevölkerung auf mögliche genetische Risiken, eine vorbeugende Minderung oder Ausschaltung dieser Risiken bei Millionen von Menschen wäre unsinnig und teuer und hätte rein statistisch gesehen mehr Nebeneffekte als positive Auswirkungen. Deshalb werden solche Maßnahmen sowohl aus epidemiologischen als auch aus medizinischen Gründen von Experten abgelehnt und von den Krankenkassen zu Recht nicht bezahlt. Dies gilt auch für das oft emotional diskutierte allgemeine PSA-Screening auf Prostata-Karzinom.

Trotzdem kann es im individuellen Fall sinnvoll und wünschenswert sein, Präventionsmaßnahmen durchzuführen, die der Kasse als nicht notwendig, dem Arzt aber empfehlenswert erscheinen, z.B. vorbeugende Impfungen vor Reisen oder Hormonbestimmungen bei älteren Menschen. Solche Leistungen darf der Arzt als IGeL-Leistungen anbieten und mit dem 1,15-fachen GOÄ-Satz privat in

Rechnung stellen. Der häufig angeforderte „Hormonstatus für den älteren Mann“ mit DHEA, FSH, E2, SHBG, Testosteron und TSH kostet dann z.B. 131,50 Euro.

In die eigene Tasche muss der Patient auch für Maßnahmen greifen, die zum Leistungskatalog der GKV gehören, für die es aber aktuell keine medizinische Indikation gibt. Dasselbe gilt für Wunschleistungen wie z.B. einen Fitness-Check oder ein Ultraschall-„Babybild“ fürs Photoalbum.

Ein besonders schwieriges, weil noch sehr junges Grenzgebiet zwischen IGeL- und regulärer Kassenleistung sind Tests zur Erkennung genetischer Prädispositionen. Sie reichen von eher seltenen Mutationen für dominante Erbkrankheiten bis hin zu „single nucleotide polymorphisms“ (SNPs), die definitionsgemäß in mehr als 1% der Bevölkerung auftreten und die Grundlage der genetischen Individualität sind. Bei klinischer Indikation - z.B. familiäres Auftreten bestimmter Krebsformen - sind solche Tests selbstverständlich Kassenleistung, selbst wenn die Sequenzierung komplexer Gene mehrere 1000 Euro kostet, aber ohne konkreten Verdacht zahlen die Kassen nicht. Das Problem: Wann ein klinischer Verdacht besteht, liegt oftmals im ärztlichen Ermessensspielraum.

Dr. H.-G. Klein, Leiter des Labors für Medizinische Genetik in Martinsried bei München, ist in seiner täglichen Praxis mit solchen Fragen konfrontiert. Er erhofft sich von der EBM2000+ Reform der Gebührenordnung mehr Klarheit in dieser Grauzone. Bei der MDK-Jahrestagung 2002 machte er klar, dass alle genetischen Analysen, die im Zusammenhang mit einer familiären Krankheitsdisposition stehen und zur Diagnosesicherung beitragen, Bestandteil der GKV-Regelversorgung sind und dies auch bleiben müssen. ■

jpg

**Selbstzahler vor der Krankenhausporte**

# Wollen wir sie hereinlassen?

**Der Bedarf an Selbstzahlerleistungen ist auch im Krankenhaus vorhanden und könnte sich in wenigen Jahren zur Selbstverständlichkeit entwickeln, besonders wenn das Angebot glaubwürdig präsentiert wird.**

**I**GeL im Krankenhaus – ist das überhaupt möglich? Krankenhausärzte und Verwaltungsdirektoren bezweifeln es häufig, sofern sie den Begriff überhaupt kennen. Die Unkenntnis muss man ihnen nicht unbedingt anlasten, denn IGeL steht definitionsgemäß für individuelle Gesundheitsleistungen, die speziell im niedergelassenen Bereich angeboten werden und von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.

Von der Sache her spricht nichts gegen die Implementierung ähnlicher Angebote an Patienten im stationären Bereich, wobei es grundsätzlich keinen Unterschied zwischen GKV- und PKV-Patienten geben sollte, da die Rechnungen ohnehin privat beglichen werden. Das Angebot ist nach „medizinisch sinnvoll“ und „persönlich erwünscht“ zu unterteilen, damit nicht etwa Vorsorge als Mode-Gag missverstanden wird. Aus medizinischer Sicht empfehlenswerte Zusatzleistungen zur Gesundheitsabklärung sind z.B. PSA-Tests im Rahmen der Krebsvorsorge oder Blutgruppen- oder Stoffwechselltests ohne unmittelbaren Bezug zum stationären Aufenthalt. Zur zweiten Gruppe rechnen Beratungsleistungen und Tests für Sport, Reisen, Schule oder Wehrdienst und quasi-therapeutische Leistungen, die nicht der Behandlung von Krankheiten dienen, z.B. Entfernung von Tätowierungen oder Nasenkorrekturen.

Viele Kliniken bieten seit geraumer Zeit Selbstzahlerleistungen wie chinesische Medizin oder psychotherapeutische Kurse zur Raucherentwöhnung an – warum sollte dies nicht auch für Vorsorgeuntersuchungen und Risikoprofile möglich sein? Es wird womöglich nur zu selten über diesen Themenkomplex

nachgedacht, vor allem deshalb, weil die umfassende Untersuchung des Patienten in den „goldenen Zeiten“ kostendeckender Vergütungen eine Selbstverständlichkeit war. Die Umstellung der Krankenhausvergütung auf eng definierte Fallpauschalen zwingt nun auch zu einer engen, ökonomisch motivierten Sichtweise und bringt so ein Thema auf den Tisch, das schon längst diskutierenswert gewesen wäre. Es lohnt sich mit Sicherheit, das Potential des Krankenhauses unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten zu sichten und daraus ein Programm zu entwickeln, das zur Patientenklientel der Klinik passt und die womöglich ohnehin bereits hoch geschätzten Vorzüge der diversen Fachabteilungen im richtigen Licht darstellt.

Entscheidend für den Einstieg in die Selbstzahler-Diskussion ist, dass nur fundierte wissenschaftliche Grundlagen und medizinisches Ethos die Basis eines seriösen Angebots sein dürfen, nicht aber vordergründig betriebswirtschaftliche Erwägungen. Auch wenn die finanzielle Not noch so drückt, darf der Begriff IGeL nicht zu einem Sammelsurium von „Irgendwie-Geld-einbringenden-Leistungen“ verkommen, wie es von den Gegnern des Konzepts gern formuliert wird.

## Motivation für Patient und Krankenhaus

Das persönliche Bezahlen mag für Krankenhauspatienten zunächst befremdlich sein, dürfte aber in Zukunft ebenso selbstverständlich werden, wie es im niedergelassenen Bereich teilweise bereits der Fall ist. Es gibt sogar eine Reihe von Gründen, warum ein Patient Selbstzahlerleistungen eher in der Klinik als beim Nie-

dergelassenen nachfragen könnte: Er muss keinen gesonderten Termin vereinbaren und wertvolle Zeit im Wartezimmer verbringen, Blutentnahmen erfolgen ohnehin im Rahmen der stationären Diagnostik, mehrere fachärztliche Disziplinen finden sich unter einem Dach, die Besprechung der Ergebnisse kann während der Visite erfolgen usw. Gerade wer im Arbeitsprozess steht und eigentlich auch keinen Leidensdruck verspürt, schiebt selbst notwendige Vorsorgetests lieber auf die lange Bank – im Krankenhaus entfallen diese Hinderungsgründe. Das Angebot, wenn es denn überhaupt existiert, wird vermutlich gern angenommen.

Von der Umsatzsteuer sind die privat angebotenen Leistungen übrigens befreit, wenn es sich laut EuGH-Urteil vom 14.09.2000 um ärztliche Leistungen handelt, die der „Betreuung von Personen durch Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen“, auch „Vorsorgeuntersuchungen, bei denen Krankheiten möglichst frühzeitig festgestellt und mit größtmöglicher Aussicht auf Erfolg behandelt werden sollen, wie z.B. Krebsfrüherkennung oder Glaukomfrüherkennung.“ Die Umsatzsteuer muss aber für rein kosmetische Leistungen, z.B. Gesichts-Lifting, berechnet werden. Um hier unliebsame Überraschungen zu vermeiden, empfiehlt es sich, den für den IGeL-Bereich angebotenen Leistungskatalog bereits im Vorfeld von kompetenter Stelle hinsichtlich steuerrelevanten Formulierungen überprüfen zu lassen.

Auf Managementseite sind für ein professionelles Selbstzahlerangebot einige Voraussetzungen zu schaffen, insbesondere die Bereitschaft der Führungsebene



Elecsys 2100 (Bildquelle: Roche Diagnostics)

Die Tabelle zeigt eine Auswahl sinnvoller Labortests, die im Rahmen von Selbstzahlerleistungen angeboten werden können.

Ferritin	NT-pro BNP
Estradiol	Troponin T
Progesteron	β-CrossLaps
Testosteron	N-Mid Osteocalcin
DHEA-S	PSA
SHBG	f-PSA

zur Einführung und die Motivation der befassten Mitarbeiter durch Schulungen und gegebenenfalls Leistungsanreize. In die Zusammenstellung des Angebots sind die Leiter der einzelnen Fachabteilungen mit ihren spezifischen Zielsetzungen und Möglichkeiten einzubeziehen und krankheitsbezogene Leistungen klar von rein „komfortmedizinischen“ Angeboten abzutrennen. Das Informationsmaterial für Patienten muss laienverständlich sein und trotzdem Details zum medizinischen Nutzen der angebotenen Untersuchungen und Maßnahmen enthalten.

Schließlich empfiehlt es sich, Festpreise auf GOÄ-Basis mit moderaten Steigerungssätzen zu nennen und verständliche Begründungen anzugeben, warum die angebotenen Programme keine Kassenleistung sind. Ein moderater Preis könnte durchaus ein wichtiges Argument für viele

Patienten sein, Labor-IGeL-Diagnostik im Krankenhaus erbringen zu lassen. Lt. GOÄ §6a ist der Rechnungsbetrag bei privaten Leistungen, die stationär, teil- vor- und nachstationär erbracht werden, um 25-bis 15% zu kürzen. Das Krankenhaus kann seinerseits - je nach Vertragskondition des abrechnenden Arztes - mit etwa 50% an der Wertschöpfungskette beteiligt sein.

Somit ergeben sich also durchaus interessante und vorteilhafte Aspekte für alle Beteiligten. Dipl. Kfm. Markus Morell öffnet als kaufmännischer Direktor gern die Krankenhausportale des Dritten Ordens in München für Selbstzahler, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind: Es müsse gesichert sein, dass die Gemeinnützigkeit nicht gefährdet wird, dass die angebotenen Leistungen dem Charakter des Krankenhauses entsprechen und dass das Krankenhaus keine Konkurrenz

für die einweisenden, niedergelassenen Ärzte wird. Partnerschaftsmodelle sind nach seiner Auffassung hilfreich. Chefarzt Dr. Peter Weidinger ergänzt, Labortests dürften sich aus medizinisch und ökonomischer Sicht als Zusatzleistungen besonders anbieten, denn „bei richtiger Auswahl ist ihr Nutzen im Rahmen der Vorsorgediagnostik unbestritten. Für ein Labor wie das unsere, das mit zwei Hitachi- und Elecsys-Systemen optimal ausgerüstet ist, dürfte der Zeitaufwand für die anfallende Zusatzanalytik minimal sein“. ■

Dr. med. Alfons Holzner  
Qualisanic e.V., Bereich  
Gesundheitsmanagement  
Postfach 700744  
81307 München

## Präventionsmanagement

**P**rävention führt in der deutschen Gesundheitsversorgung ein Schattendasein: Nur ca. 4,5% aller Gesundheitsausgaben entfallen auf Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Führerkennung und Selbsthilfeförderung. Dabei ließen sich nach einem Gutachten des Sachverständigenrats für Gesundheit 25 bis 30% der Kosten durch Vorbeugung vermeiden. Ziel müsste es also sein, ergänzend zu Disease-Management-Programmen (DMP) auch Präventions-Management-Programme (PMP) zu entwickeln.

Die Bedeutung der Gesundheitsuntersuchung nach EBM 160 (Check-up 35) wurde durch eine Untersuchung des ZI der KBV in über 500 Hausarztpraxen belegt: Bei 33% der Teilnehmer wurde eine Hypertonie, bei 31% eine Hyperlipidämie und bei 11% sogar ein Diabetes mellitus neu entdeckt.

Allerdings gibt es innerhalb der GKV keine Vorsorgeuntersuchung mehr auf Nierenerkrankungen, und dies vor dem Hintergrund, dass in den nächsten zehn Jahren mit einer Verdoppelung der dialysepflichtigen Patienten zu rechnen ist – Kosten ca. 3 Milliarden Euro pro Jahr!

In Teilbereichen sind wir bereits auf einem guten Weg, z.B. bei der Infektionsvorsorge in der Schwangerschaft. Hier werden nach den Mutterschaftsrichtlinien Lues-Suchreaktion und Röteln-Hämagglutinations-Hemmtest sowie ggf. ein HIV- und Hepatitis-B-Test durchgeführt.

Weitere prophylaktische Titerbestimmungen wie z.B. Toxoplasmose fallen aber nicht in die GKV-Leistungspflicht. Da 1.500 Kinder in Deutschland unter den Spätfolgen der Toxoplasmose leiden, hat sich die Kommission „Toxoplasmose und Schwangerschaft“ des RKI für ein generelles Screening ausgesprochen.

Ein weiteres positives Beispiel ist die zur Krebsvorsorge bei der Frau gehörende Papanicolaou-Färbung eines Zervixabstrichs. Seit Einführung dieser von den Krankenkassen finanzierten Früherkennung des Gebärmutterhals-Krebses im Jahr 1971 nahm die Sterblichkeit stark ab. Mit derzeit knapp 6.000 Erkrankungen pro Jahr liegen wir aber im europäischen Vergleich nach Aussage des DKFZ Heidelberg immer noch zu hoch ([www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de)), weil gerade die Hauptbetroffenen im Alter von 20 bis 40 Jahren das Problem noch nicht ernst genug nehmen.

Die Beteiligung von Frauen an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der GKV lag 1997 bei 51,1%, die der Männer dagegen nur bei 17,2%.

Der Präventionsgedanke muss also zunächst einmal breiten Schichten vermittelt werden. Es geht darum, eine erhöhte Lebensqualität mit möglichst vielen beschwerdefreien Jahren und einem hohen Grad an Selbständigkeit im Alter zu erreichen. Dass wir mit knapp 11% des Bruttosozialprodukts die höchsten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Union haben, liegt nicht am

schlechten Gesundheitszustand, sondern an gesundheitspolitischen Versäumnissen der Vergangenheit und mangelnder Akzeptanz bereits existierender Programme.

### Was ist zu tun?

Auf die Frage: „Wie fänden Sie es, wenn Ihr Arzt Sie per Post an Untersuchungstermine erinnern würde?“ antworteten 92% mit „gut“ bis „sehr gut“. Und nach einer anderen Umfrage wären 38% der Deutschen bereit, bis zu 100 Euro jährlich selbst für Prävention auszugeben, weitere 21% immerhin bis zu 25 Euro. Das Potential ist also da. Es muss nur aktiv erschlossen werden.

Das Bioscientia-Institut macht Patienten und einsendende Ärzte im Rahmen eines Präventionsmanagement-Programms auch auf neuere Tests wie immunologischer Blutnachweis im Stuhl (Darmkrebs), Homocystein (Arteriosklerose), NT-proBNP (Herzinsuffizienz), Cystatin C (Nierenfunktionsstörungen) oder  $\beta$ -CrossLaps (Osteoporose) aufmerksam und erläutert die Möglichkeiten und Grenzen ihres Einsatzes. Kostenloses Präsentationsmaterial für Ärzte und Patienten kann jederzeit angefordert werden. ■

Peter J. Kuhl  
Institut Bioscientia  
Konrad-Adenauer-Str. 17  
55218 Ingelheim  
[peter.kuhl@bioscientia.de](mailto:peter.kuhl@bioscientia.de)