

**"Lifestyle-Medizin" und
Rationierung - Was bringt
die Zukunft?**

Klotz T

Blickpunkt der Mann 2003; 1 (1)

29-31

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

„Lifestyle-Medizin“ und Rationierung – Was bringt die Zukunft?

Th. Klotz

Lifestyle und Rationierung sind Begriffe, die in den Diskussionen um den Wandel im Gesundheitswesen häufig gebraucht, jedoch selten im Kontext zu den Entwicklungen gesehen werden. Hinter allem steht eine Kostendiskussion, die das Gesundheitswesen beherrscht. Die Leistungspflicht der Kostenträger für wirksame Therapien stand bisher außer Frage. So zielten die meisten Anstrengungen der letzten Jahre darauf ab, sogenannte „Wirtschaftlichkeitsreserven“ in den Einrichtungen des Gesundheitswesens auszuschöpfen und die Effizienz zu erhöhen. In einer Allianz zwischen Ärzten, Politik und Kostenträgern wurde für viele Leistungen im Gesundheitswesen, die außerhalb der Leistungspflicht liegen, aber wirksam sind, der Begriff der „Lifestyle-Medizin“ gebraucht. Beispiele sind die Therapie der erektilen Dysfunktion, die Hormonerersatztherapie, Migränetherapie, Balneotherapie etc. Auf der anderen Seite werden Prävention und evidenzbasierte Medizin als Lösungen für eine Kostenreduktion und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen betrachtet. Eine anhaltende Kostendiskussion kann allerdings auf längere Sicht nicht von Erfolg gekrönt sein, wie die Altersentwicklung der Bevölkerung, die medizintechnischen Entwicklungen und das Anspruchsdenken der Patienten zeigen. Es läßt sich zeigen, daß der Übergang von „überflüssiger“ Lifestyle-Medizin zu „notwendiger“ Gesundheitsprävention fließend ist. Lifestyle und ein damit zusammenhängendes erhöhtes Gesundheitsbewußtsein sind maßgeblich für einen präventiven Ansatz in der Gesundheitspolitik. Wenn Lifestyle-Medizin effizient im Sinne der Prävention ist, können diese Behandlungsmaßnahmen nicht als überflüssig beurteilt werden, es sei denn, eine explizite, offene Rationierung findet einen Konsens.

*Discussion in German health policy is focusing on lifestyle and rationing of health services. Erectile dysfunction or hormone replacement therapy are examples of medical treatment modalities with critical reimbursement. But we know that these so-called „lifestyle therapies“ are effective and necessary in many patients. Some colleagues and politicians suggest, that there is no need for this kind of medicine. On the other side prevention and evidence-based medicine are thought to be the solutions of our health system's financial problems. It can be shown, that lifestyle-medicine and prevention are closely connected. Lifestyle in terms of a higher consciousness of individual health issues is essential for effective prevention. This means, that lifestyle-medicine and related treatment modalities are necessary and should be integrated in our health services. Health care rationing in this context is only acceptable, if there is an interdisciplinary medical and political consent. **Blickpunkt DER MANN 2003; 1: 29–31.***

Was heißt Rationierung im Gesundheitswesen? Rationierung ist von Rationalisierung scharf zu trennen und wird nach Fuchs [1] in vier wesentliche Bereiche bzw. Begrifflichkeiten unterschieden, die unterschiedlich ethisch zu werten sind (Tabelle 1).

Somit sind insbesondere die verdeckte und implizite Rationierung ethisch als problematisch einzustufen. In allen offiziellen Äußerungen – vor allem von politischen Entscheidungsträgern – wird die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven beinahe „gebetsmühlenartig“ seit Jahren wiederholt. Rationierung wäre bei weiterer Effizienzsteigerung oder Rationalisierung nicht notwendig [2]. Auf der anderen Seite wird vor allem von seiten der Leistungserbringer eine Rationierung als zum Teil bereits vorhanden oder als zukünftig unumgänglich angesehen [3]. Nach Oberender befindet sich die Medizin in einer sogenannten Fortschrittsfalle [4].

Für den Begriff Lifestyle-Medizin existiert noch keine allgemeingültige Definition. Dem Begriff haftet in Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen die Aura des medizinisch Überflüssigen oder Fragwürdigen an. Dabei wird gerne übersehen, daß „Wellness“ und „Lifestyle“ in den Industrienationen mit dem seit langen geforderten und geförderten Gesundheitsbewußtsein eng verquickt sind. Gesundheit und körperliche Fitness sind nicht nur mit Lebensqualität verbunden, sondern immer häufiger für soziale Attraktivität und beruflichen Erfolg notwendig [5]. Somit bietet sich folgende Definition für Lifestyle an:

Lifestyle bezeichnet den individuellen Lebensgenuß bei seelischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden. Es umfaßt gesundes Altern, Attraktivität, sozialen und beruflichen Erfolg sowie Selbstbewußtsein.

Nach obiger Definition ist der Lifestyle-Begriff sehr eng mit der älteren WHO-Definition von Gesundheit (völliges

körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) verbunden.

„Megatrends“ im Gesundheitswesen

Überalterung der Gesellschaft

Es stellt sich die Frage, warum Rationierung und Lifestyle überhaupt Gegenstand einer kontroversen Diskussion in den letzten Jahren geworden sind. Hierzu ist die Betrachtung von sogenannten „Megatrends“ notwendig. Die wichtigste sozial- und gesundheitspolitische Änderung gründet sich in der Überalterung der Gesellschaft in den Industrienationen. Für die Bundesrepublik Deutschland bedeutet dies, daß in ca. 25 Jahren mehr als 30 % der bundesdeutschen Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein werden.

Dies birgt aus naheliegenden Gründen für die umlagefinanzierten sozialen Versicherungssysteme Sprengstoff. Somit ist u. a. für die Krankenversicherung neben der Begrenzung der Ausgaben die Sicherung bzw. Stabilisierung der Einnahmen über die Versichertenbeiträge ein vorrangiges und diskutiertes Problem. Es ist offensichtlich, daß die aktuelle Diskussion um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in eine höhere Selbstverantwortung der Versicherten münden wird.

Von der Leistungs- zur Erlebnisgesellschaft

Ein weiterer Trend stellt die Werteumkehr der nach dem Krieg geborenen Generationen dar. Die Berufarbeit ist nicht mehr alleiniger und bestimmender Lebenszweck.

Tabelle 1: Rationierung im Gesundheitswesen (nach [1])

Explizite Rationierung	Ausschluß von Patienten von bestimmten Leistungen nach festgelegten Regeln
Implizite Rationierung	Nicht ausdrücklicher Ausschluß von Leistungen bei gegebenen Mitteln
Offene Rationierung	Transparent und nachvollziehbar Medizinische oder sozialpolitische Kriterien
Verdeckte Rationierung	Keine Transparenz, verschleierte Kriterien

Korrespondenzadresse: Privatdozent Dr. med. Theodor Klotz, MPH
Klinikum Weiden, Klinik für Urologie und Kinderurologie
D-92637 Weiden, Söllner Straße 16, e-mail: klotz@klinikum-weiden.de

Freizeitverbrauch und Lebensgenuß werden vor allem von der jüngeren Generation als Lebensziele definiert [6]. Der Wertewandel von den Pflicht- zu den Selbstverwirklichungs- und Spaßwerten durchdringt das Tun vieler Gesellschaftsschichten. Dies hat natürlich Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Medizin soll nicht nur Erkrankungen heilen, sondern zunehmend Gesundheit und Jugendlichkeit bis ins hohe Altern sichern, um einen maximalen Lebensgenuß zu ermöglichen. Die physische, psychische und soziale Wohlbefindlichkeit ist Ausdruck von Glück und Lebensqualität. In den letzten Jahren ist die hohe Einschätzung von Jugendlichkeit, Aktivität und Gesundheit an dem Fitness-, Mode- und Freizeitboom gut ablesbar. Zunehmende Selbstdiagnostik, Selbstmedikation und ein unstillbarer Aufklärungs- und Analysebedarf für gesundheitsbezogene Fragestellungen sind weitere Eckpunkte dieses Trends.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Lifestyle und Lebensgenuß vor allem für die jüngeren Generationen mit Gesundheit in einem engen Zusammenhang stehen, wenn nicht sogar gleichgesetzt werden.

McDonaldisierung im Gesundheitswesen

Der Prozeß der Rationalisierung des medizinischen Dienstleistungssektors kann salopp als eine „McDonaldisierung“ bezeichnet werden [7]. Kennzeichen sind eine hohe Effizienz, Berechenbarkeit und vielschichtige Kontrollsysteme. Alle diese Prozesse sind prototypisch in den hochleistungsorientierten Fast-Food-Restaurants zu beobachten. In diesem Kontext ist im Gesundheitswesen die Betonung auf Qualitätssicherung und evidenzbasierte Medizin einzuordnen. Nur eine maximale Rationalisierung sichert eine preiswerte Leistung bei guter gleichbleibender Qualität. Nicht umsonst wird seit Jahren die Forderung nach Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen stets neu in die Diskussion geführt. Technisch-medizinische Neuentwicklungen beschleunigen den Prozeß der McDonaldisierung, führen jedoch durch höhere Kosten für die Einzelleistung zu einem ständigem Rationalisierungsdruck. Beispiele für diese Entwicklung im Gesundheitswesen sind Outsourcing von Dienstleistungen und hochspezialisierte Kliniken oder Praxen.

Physiologische Grundlagen

Die zunehmende Lifestyle- und Lebensgenußdiskussion gründet sich u. a. auf physiologische Gegebenheiten. Ab dem 40. Lebensjahr gehen durch den physiologischen Alterungsprozeß ca. 10–15 % der funktionellen Organleistung pro Dekade verloren. Dies läßt sich beispielhaft gut an Muskelkraft, Herzzeitvolumen und Vitalkapazität demonstrieren (Abbildung 1). Selbstverständlich gilt der Abbau an funktioneller Kapazität auch für Erkrankungen, die dem Befindlichkeitsbereich zugeordnet werden (z. B.

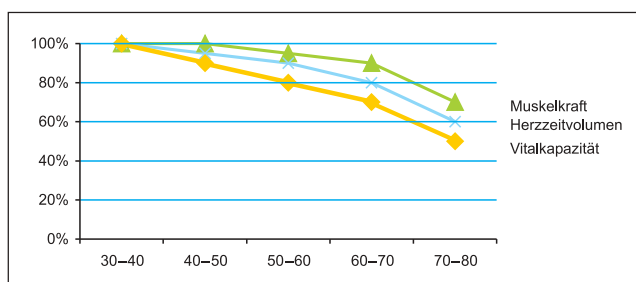


Abbildung 1: Physiologie und Alter

erektiler Dysfunktion), jedoch hohen Einfluß auf die Lebensqualität haben. Diese degenerativen Prozesse beschleunigen sich ab dem 70. Lebensjahr. Mit Zunahme der Lebenserwartung auf 74 Jahre (Männer) und 80 Jahre (Frauen) muß es medizinisches und sozialpolitisches Ziel sein, diesen funktionellen Verlust möglichst aufzuhalten oder zu kompensieren. Dieses Ziel wurde von der WHO mit dem Stichwort „Gesundes Altern“ beschrieben. Lifestyle-Medizin bedeutet in diesem Zusammenhang nichts anderes, als altersbedingte Organdegenerationen hinauszuzögern und ist in sofern eine gesundheitsbezogene Kernaufgabe.

Bewertung des Gesundheitswesens

Die Erfolge der klinischen Medizin der letzten 100 Jahre – so beeindruckend sie sind – werden sich nicht fortsetzen lassen. Vielmehr zeigt eine nüchterne Analyse der aktuellen Daten, daß sich die Mortalität einpendeln oder leicht verringern, die Morbidität eher zunehmen wird. Die Überalterung der Bevölkerung der industrialisierten Länder mit der Dominanz von chronischen gegenüber akuten Erkrankungen wird zum beherrschenden Problem der Zukunft werden.

Die weitere Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven mag zwar die Kosten pro Einzelintervention weiter sinken lassen, jedoch steigen sie insgesamt weiter an. Unser Problem sind immer weniger und dafür länger andauernde Krankheiten, die vor allem immer öfter ambulante und stationäre, diagnostische oder therapeutische Interventionen benötigen.

Wie ist ein Gesundheitssystem zu bewerten? Hier zeigen sich interessante Aspekte. Die externe Bewertung der Gesundheitssysteme differiert deutlich von den internen Bewertungen durch die Akteure. So nehmen in der sehr kritikwürdigen Gesundheitssystembewertung des WHO-Reports vom Juni 2000 die deutschsprachigen Gesundheitssysteme in bezug auf Ressourceneinsatz und Gerechtigkeit keinen Spitzenplatz unter den Industrienationen ein (Abbildung 2).

Dennoch darf nicht übersehen werden, daß unsere Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich einen von der Kostenseite guten Platz im Mittelfeld (ca. 10 % des BSP) einnehmen. Sie ermöglichen eine umfassende Versorgung fast sämtlicher Bevölkerungsschichten. Eine Mangelversorgung von bis zu 20 % der Bevölkerung – wie in den USA – existiert hier nicht. Ebenfalls kann von einer harten, offenen Rationierung noch keine Rede sein. Ein weiterer Punkt, der nicht übersehen werden sollte, ist die Tatsache, daß z. B. in Deutschland über 2 Millionen Be-

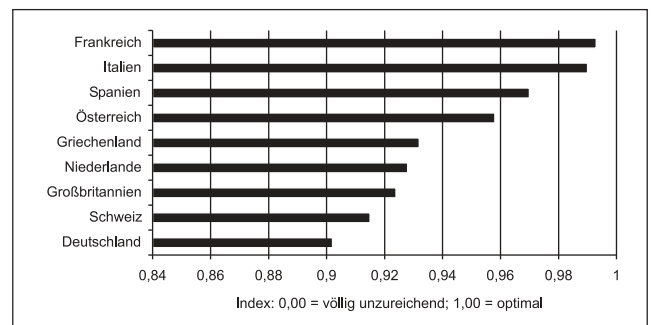


Abbildung 2: Gesundheitssystembewertung nach WHO-Report Juni 2002

schäftigte im Gesundheitssystem Arbeit finden und diese Anzahl weiter zunehmen wird.

Beispiel: Erektile Dysfunktion und Aging Male

Ein schönes Beispiel für die Gesamtproblematik stellt die erektile Dysfunktion dar. **Vor** dem Jahre 1998 wurden in der BRD die Kosten für Diagnostik und Therapie von den Kostenträgern akzeptiert, zumal sich nur ein geringer Teil der männlichen Bevölkerung mit diesem Problem einem Arzt anvertraute und die nichtinvasiven Möglichkeiten der Behandlung stark eingeschränkt waren.

Nach 1998 ist die Erstattungspflicht für sogenannte Lifestyle-Medikamente, wie z. B. Viagra® zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, einer offenen Rationierung zum Opfer gefallen. Diese offene Rationierung fand in den Medien wenig Interesse. Dies verwundert, da die erektile Dysfunktion eine behandlungsbedürftige und stark beeinträchtigende Erkrankung darstellt, deren Ursache in über 60 % organisch begründet ist. Eine rein psychische Ursache ist eher selten. An diesem Beispiel zeigt sich, wie fragwürdig eine Trennung zwischen Befindlichkeitsstörung oder Lifestyle von Gesundheit ist. Die gleichen Überlegungen lassen sich zumindest teilweise auf viele diagnostische und therapeutische Eingriffe ausdehnen. Hier sind u. a. die Suchttherapie, Hormonersatztherapie, Verhaltenstherapie und Migränetherapie anzuführen.

Der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ist unendlich

Bisher gehen vor allem die Kostenträger von der Existenz erheblicher Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen aus. Seit Jahren wird die These energisch vertreten, daß durch Organisationsoptimierung, Budgetplanung und Qualitätsmanagement die Finanzierungsprobleme in den Griff zu bekommen sind. Ein neuer vielgebrauchter Begriff ist „evidenzbasierte Medizin“. Sie soll – wie das Penicillin für Infektionen – eine nachhaltige Heilung des Gesundheitswesens bewirken.

Den Nutzen hatte bisher vor allem ein florierender Beratermarkt. Zweifellos bestehen noch Wirtschaftlichkeitsreserven und Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung, jedoch ist die Effizienzsteigerung in der Medizin endlich. Modellrechnungen verdeutlichen dies eindrucksvoll. So würde die Elimination z. B. aller Tumorerkrankungen einen Lebenserwartungsgewinn von ca. 3,2 Jahren und die Beseitigung aller ischämischer Herzerkrankungen einen Lebenserwartungsgewinn von ca. 3,5 Jahren bedeuten [8]. Die benötigten Ressourcen steigen dabei ins Unermeßliche und sind nicht mehr konsensfähig. Diese Modellrechnungen sind unabhängig von allen Anstrengungen einer evidenzbasierten Medizin zu sehen, mit anderen Worten selbst eine „optimale“ evidenzbasierte Medizin wäre gesundheitspolitisch ohne Effekt.

Zudem lassen sich noch weitere Aspekte für den Bedarf an medizinischer Dienstleistung anführen. Aufgrund der demographischen Entwicklung und durch technische Neuerungen wird sich das Indikationsspektrum für medizinische Dienstleistungen ausdehnen. In der Fachliteratur wird dagegen ein *endlicher* Bedarf an medizinischen Dienstleistungen angenommen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, daß durch eine Rationalisierung ein Spareffekt wirksam würde, wenn der Rationalisierungsprozeß nur weiter optimiert wird. Dieser Gedanke ist grundlegend falsch. Der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ist

prinzipiell *unendlich*. Dies belegen nicht nur die dramatische Leistungsausweitung und Fallzahlerhöhungen, sondern auch das zunehmende Bedürfnis der Patienten an alternativen Methoden, Medizinratgebern, Diskussionsrunden, Facharztbetreuung etc. und ist in anderen Dienstleistungsbereichen schon lange dokumentiert (z. B. mobile Kommunikation, Touristik, Medien). So hat die Durchdringung des täglichen Lebens mit Computern und die Erstellung und Archivierung von Dokumenten mittels EDV keineswegs zum Untergang des Buches oder gar zu Einsparungen im Papierverbrauch geführt – genau das Gegenteil ist der Fall.

Fazit

Wir stehen vor einer neuen Ära in der pharmako-medizin-technischen Entwicklung. Immer mehr wird es möglich, degenerative Alterungsprozesse, die früher als selbstverständlich hingenommen wurden, medikamentös, operativ oder apparativ zu beeinflussen. In einer Zeit, in der Jugend, Erfolg und „Schönheit“ als gesellschaftliche Götzen verehrt werden, ist niemandem der Wunsch zu verübeln, den natürlichen körperlichen Abbauprozess aufzuhalten. Dies gilt besonders, da wir zunehmend die Möglichkeiten dazu haben. Bleibende Jugend und dauernde Schönheit bedeuten in diesem Zusammenhang auch längere Gesundheit. Lifestyle-Medizin und Gesundheit sind eng miteinander verquickt und kaum zu trennen. Die Betonung von Lifestyle in der hier gegebenen Definition hat somit überwiegend positive Aspekte in Hinblick auf die akzeptierte Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Ziele „Gesundes Altern“ und Prävention. Wenn Lifestyle-Medizin jedoch im Sinne einer evidenzbasierten Betrachtung sinnvoll ist (z. B. Präventionsaspekte), dann wäre diese von den Kostenträgern zu erstatten. Dies gilt umso mehr, als in den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen der Trend zu Lifestyle am wenigsten verwurzelt zu sein scheint, mit den Folgen eines geringen Gesundheitsbewußtseins und höherer Kumulation von Risikofaktoren (falsches Ernährungsverhalten, Rauchen etc.). Die Betrachtung von Lifestyle-Medizin als „unnötig“ würde demnach die sozial Schwächeren benachteiligen. In Verbindung mit der demographischen Entwicklung wird eine offene Rationierungsdiskussion der Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren unausweichlich, wobei die Präventionsaspekte des sogenannten „Lifestyles“ von großer Bedeutung sind. Die Aufgabe der Ärzteschaft dabei ist es, medizinisch-ethische Normen zu gestalten und zu vertreten.

Literatur

1. Fuchs C. Was heißt Rationierung? In: Neubauer, Klotz, Schrappe, Engelmann (Hrg). Perspektiven in Gesundheitsmanagement und Krankenhausorganisation. Cuvillier-Verlag, Göttingen, 1998; 40–48.
2. Diewitz M. Auf dem Wege zur unbezahlbaren Medizin. Versicherungsmedizin 1995; 6: 189–90.
3. Gerok W. Grenzen des Wissens und des Handelns in der Medizin. DMW 1995; 120: 1015–21.
4. Oberender P. Rationierung eine gesundheitsökonomischer Wertung. In: Klotz T, Grüne F, Weigand C, Lauterbach K, Schrappe M (Hrg). Gesundheitspolitik, Krankenhausorganisation, Qualitätsmanagement. Cuvillier-Verlag, Göttingen, 2001; 38–56.
5. Bowling A. Health care rationing: the public's debate. BMJ 1996; 312: 670–4.
6. Baier H. Der Wertewandel im Gesundheitswesen. Versicherungsmedizin 1995; 3: 73–5.
7. Hurrelmann K. Rationalisierung im Gesundheitswesen – Ein Trend zur McDonaldisierung? Urologe A 2000; 4: 45–52.
8. Olshansky, SJ, Carnes BA, Cassel C. In search of methuselah: Estimating the upper limits to human longevity. Science 1990; 250: 634–40.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)