

Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen?

Prof. Dr. Christian von Ferber, geb. 1926 in Schwerin/Mecklenburg, studierte Volkswirtschaftslehre, Philosophie und Soziologie. Von 1963 bis 1970 war er Professor für Sozialwissenschaften an der TU Hannover, von 1970 bis 1978 Professor für Soziologie an der Universität Bielefeld. Seitdem ist er Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie an der Universität Düsseldorf.

Der Wandel der Krankheitslast

Der Wandel in der Krankheitslast der Bevölkerung, wie er sich nach dem Zweiten Weltkrieg in den industriell fortgeschrittenen Ländern vollzogen hat, ist oft eindrücklich beschrieben worden. Die Verteilung der Krankheiten, ihrer Entstehungsursachen und Ausbreitungsbedingungen, aber auch ihrer Folgen in der Bevölkerung bestimmen die Aufgabenstellung der Versorgung mit medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Die Verteilung der Krankheitslast hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Folgen wird damit neben anderen Bedingungen zur Orientierungsgröße für die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens. Die aus der Beobachtung der Bevölkerung gewonnenen sozialmedizinischen Orientierungsdaten bilden die Basisinformation für organisatorische und finanzielle Überlegungen. In diesem Sinne sind ökonomische Orientierungsdaten den sozialmedizinischen nachgeordnet. Wieviel eine Volkswirtschaft für Gesundheitsleistungen auszugeben bereit ist und wo gegebenenfalls Prioritäten zu setzen sind, zeigt sich erst, wenn der Bedarf bekannt ist.

„Volkskrankheiten“ - so kann man diesen Begriff näher bestimmen - sind Krankheiten, die in der Bevölkerung eine weite Verbreitung und die einschneidende Folgen für die Betroffenen haben: vorzeitige Sterblichkeit, und— bei Krankheiten, die nicht zum Tode führen - Einschränkungen in der Lebensführung. Von den Krankheiten, die zum Tode führen, machen allein die Herz-Kreislaufkrankheiten und die Krebserkrankungen drei Viertel aller Sterbefälle aus. Man spricht daher von einer Konzentration der Sterbefälle auf wenige Krankheitsgruppen. Für die Herz-Kreislaufkrankheiten gilt zugleich, daß sich eine Vielzahl der Sterbefälle in einem hohen Lebensalter ereignet, also bereits den „natürlichen“ Todesursachen zugeordnet wird, weil wir bekanntlich an einem krankheits- und verschleißbedingten Versagen lebenswichtiger Organe sterben. Da erste Krankheitserscheinungen aber bereits in jüngeren Lebensjahren auftreten, bedeutet dies, daß viele Menschen über viele Jahre wegen ihres Herz-Kreislaufleidens behandelt werden.

Von den Volkskrankheiten, die nicht oder selten zum Tode führen, wie die rheumatischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen und Erkrankungen des Magen/Darm-Traktes ist bekannt, daß sie in jüngeren Jahren auftreten und wiederkehrend zur Behandlung führen. Beobachtungen zeigen auch hier, daß es Behandlungsverläufe gibt, die sich über Jahrzehnte erstrecken. Die Menschen erkranken wiederkehrend, weil die betroffenen Organe und — bei psychischen Erkrankungen — die Persönlichkeit weniger widerstandsfähig sind. Sie sind dann übermäßigen Beanspruchungen nicht gewachsen, es kommt zu Schmerzen, Beschwerden, depressiven Verstimmungen und Erschöpfungszuständen, die ärztlich behandelt werden, aber bei denen die Menschen sich auch selber zu helfen versuchen durch Selbstmedikation, in Selbsthilfegruppen, durch Entspannung und Erholung und so fort.

Die beschriebenen Veränderungen haben sich in allen entwickelten Industrieländern vollzogen, insofern unterscheidet sich die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in der Bundesrepublik nicht grundsätzlich von der unserer Nachbarländer. Wie hat aber die Versorgung mit medizinischen und sozialen Dienstleistungen und ein gegliedertes Sozialleistungssystem auf diese neue Lage reagiert?

Grob gesagt sind drei Strategien zu beobachten:

- die Intensivierung der medizinischen Behandlung,
- der Ausbau der Rehabilitation,
- der Einstieg in die Prävention.

Diese drei Strategien gehen von der gemeinsamen politischen Grundentscheidung aus, daß der gesundheitliche und soziale Wandel im Rahmen des überkommenen, nach dem Ende des Dritten Reiches wiederhergestellten gegliederten Sozialleistungssystems bewältigt werden kann, daß es also in diesem Sinne keiner „Strukturreform“ bedarf. Da die Entwicklung dieser Strategien zum Teil bereits mit der Neuordnung der Sozialversicherung in den fünfziger Jahren zusammenfällt, lassen sich aufgrund der gemachten Erfahrungen Erfolge, unerwünschte Nebenfolgen und Defizite benennen. Vor allem aber kann man abschätzen, ob das gegliederte Sozialleistungssystem ohne eine Strukturreform den Anforderungen auf Dauer gewachsen sein wird. Eine Beantwortung dieser Frage ist umso dringender, als die Intensivierung der medizinischen Behandlung, die Entwicklung einer Infrastruktur für die Rehabilitation und der Einstieg in die Prävention zunächst eine Ausweitung von Leistungen, eine Vermehrung des Dienstleistungsangebots fordern. Inzwischen häufen sich jedoch die Erfahrungen, daß eine bloße Vermehrung von Dienstleistungen durch eine immer weitere Ausfächerung der Organisation der Sozialleistungsträger qualitative Probleme nicht löst, zum Beispiel das Verhältnis von Kosten und Versorgungsqualität, die Zusammenarbeit über die Versorgungssektoren und die Dienstleistungsberufe hinweg und so weiter.

Intensivierung der medizinischen Behandlung

Wenn Gesundheitsbeschwerden, Krankheiten über Jahre und Jahrzehnte bestehen, einen ständigen Wechsel von akuter Behandlungsbedürftigkeit, relativ beschwerdefreien Zwischenstadien und zeitweiser krisenhafter Zuspitzung aufweisen, dann gehört es zu einer konsequenten Gesundheitspolitik

- die Zugänglichkeit der Bevölkerung zu allen Behandlungseinrichtungen unabhängig vom Einkommen und von der sozialen Lage zu sichern,
- durch eine Honorarpolitik die Leistungsangebote so zu steuern, daß nach Möglichkeit alle Patienten auf dem jeweiligen Stand des medizinischen Könnens behandelt werden,
- die Finanzierungsgrundlagen der Leistungsangebote auf einem hohen Qualitätsniveau auf Dauer zu sichern,
- nicht davor zurückzuschrecken, auch sehr aufwendige Leistungen unbegrenzt zu gewähren.

Der Vorstoß in eine neue Qualität der medizinischen Versorgung, lebensbegleitend medizinische Behandlung für den je nach Krankheitsstadium benötigten Bedarf flächendeckend zu sichern, rechtfertigt es auch - aber nur für begrenzte Zeit -, einen Spielraum finanziell vorzuhalten, um neue Wege der Krankheitserkennung und der Therapie zu erproben.

Dieser Weg der Gesundheitspolitik läßt sich sehr einleuchtend anhand von wichtigen Entscheidungen der Selbstverwaltung und des Gesetzgebers verfolgen: die Einführung der Einzelleistungsvergütung als Grundlage der Abrechnungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, das Lohnfortzahlungsgesetz und in Verbindung damit die Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung, die Förderung der Laboratoriumsmedizin als Grundlage für eine Krankheitsfrüherkennung der Herz-Kreislaufkrankheiten, die Übernahme einer unbeschränkten Krankenhauspflege, der Risikoausgleich bei sehr aufwendigen Behandlungen, die die Leistungsfähigkeit einer einzelnen Krankenkasse überfordern, die Zurückhaltung bei Eingriffen in die Arzneimitteltherapie oder in den Einsatz von Großgeräten, die hohe Folgekosten nach sich ziehen. Das Zusammenspiel von Leistungsanbietern und Krankenkassen erwies sich wegen der vielen Interessenverflechtungen nicht nur als hilfreich, um das Leistungsvolumen ständig auszuweiten. Vielmehr verhinderte die strikte Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung eine ausreichende Kontrolle der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit. Ob nämlich eine Ausweitung von Behandlungsleistungen auch zu einer aussichtsreicheren Behandlung der Patienten führt und ob die ständige Zunahme von Behandlungsangeboten auch die jeweils unter Kostengesichtspunkten günstigste Lösung darstellt, konnte prinzipiell nicht überprüft werden. Einmal weil solche Überprüfungen im Verkehr zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gar nicht vorgesehen waren, etwa für die Krankenhausbehandlung, für die Arzneimitteltherapie oder für die Heil- und Hilfsmittel, zum andern aber, weil solche Überprüfungen, wo sie gesetzlich vorgesehen sind, in

der kassenärztlichen Versorgung nur unter dem Kriterium der wirtschaftlichen „Auffälligkeit“, aber nicht unter dem der Behandlungsqualität durchgeführt werden. Der Gesundheitspolitik fehlte also bereits im Ansatz ein Instrument, um die millionenfach erbrachten Leistungen (11 Mio. Krankenhausfälle pro Jahr, 200 bis 250 Mio. Leistungsfälle in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung) zu bewerten und nach Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu steuern.

Der gleichzeitige Versuch der Gesundheitspolitik, die Behandlung chronischer Krankheiten allein über eine Ausweitung der Krankenkassenleistungen bedarfsgerecht zu gewährleisten, übersah, daß es zwar wichtig ist, die medizinische Behandlung zu intensivieren, - zweifellos liegen auf diesem Gebiet die herausragenden Erfolge der Medizin seit dem Zweiten Weltkrieg (Arzneimittel, Chirurgie, Intensivpflege) -, daneben aber vielfältige Beratungs- und Unterstützungsleistungen hinzutreten müssen, um chronisch kranken und behinderten Menschen eine weitgehend selbständige und normale Lebensführung zu ermöglichen. Vor allem werden die psychosozialen Folgen der Veränderungen nicht ausreichend bedacht, die im Lebensalltag chronisch kranker und behinderter Menschen eintreten: Verlust oder Wechsel des Arbeitsplatzes, Abhängigkeit von fremder Hilfe, Reaktion der Familienangehörigen, der Freunde und Nachbarn, aber auch, bei gesellschaftlich abgewerteten Krankheiten, der Öffentlichkeit. Weder solche Beratungs- und Unterstützungsleistungen noch die Förderung der Selbsthilfe liegen im Leistungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung und lassen sich ihr wohl auch kaum aufpfropfen. Da die gesundheitspolitische Antwort auf den Wandel der Volkskrankheiten sich nahezu ausschließlich auf die Sozialversicherung und auf die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten medizinischen Leistungen verließ, wurde zu spät erkannt, daß die Vernachlässigung kommunaler Gesundheits- und Sozialdienste sich in doppelter Hinsicht fatal auswirken mußte:

- Es fehlen die für chronisch kranke und behinderte Menschen notwendigen sozialen Dienste, die die medizinische Behandlung ergänzen, begleiten und bei pflegebedürftigen Menschen fortsetzen.
- Da ein wachsendes Ungleichgewicht zwischen dem Ausbau medizinischer und gesundheitsbezogener sozialer Dienstleistungen entstanden ist, kommt es zu einer Umbenennung sozialer Hilfebedürftigkeit in ärztliche Behandlungsbedürftigkeit. Die Wissenschaft spricht auch von „Medikalisierung“ und meint damit, daß Ratsuche bei psychosozialen Konflikten, aber auch bei den psychosozialen Folgen körperlicher Krankheiten (zum Beispiel Krebs) mit der Verschreibung von Medikamenten beantwortet wird (zum Beispiel die sogenannte „Sonnenbrille für die Seele“). In der Tat ist der Anteil von Medikamenten hoch, die der erleichterten und besseren Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen dienen. Die Angloamerikaner sprechen deshalb seit fast zwei Jahrzehnten von „social drugs“, von Medikamenten also, deren Verschreibung aus psychosozialen Gründen erforderlich ist. Zu den social drugs zählen nicht allein die Psychopharmaka.

Ausbau der Rehabilitation

Während sich die Intensivierung der medizinischen Behandlung mit dem Ausbau der Leistungsgesetze unprogrammatisch vollzog, gehören Rehabilitation und Prävention als - wie man meinte und auch heute noch gemeinhin glaubt - *neue* Leistungssparten der Sozialversicherung zu den programmatischen Themen der Sozial- und Gesundheitspolitik. Einstieg in die Thematik bildete bereits in den fünfziger Jahren die Forderung, die Rate der Frühinvalidität, also die durch Krankheit erzwungene vorzeitige Aufgabe der Erwerbstätigkeit, zu senken. Der Grundsatz „Rehabilitation geht vor (Frühinvaliditäts-) Rente“ bildete die sozialpolitische Plattform für den Aufbau einer überwiegend medizinisch ausgerichteten Infrastruktur der Heilmaßnahmen. Geleitet von dem Glauben an die medizinische Machbarkeit einer Wiederherstellung der Erwerbs- und Berufsfähigkeit wurden für ein breites Spektrum von Krankheiten überwiegend stationäre Rehabilitationseinrichtungen geschaffen, deren Finanzierungs- und Leistungsbereich der Rentenversicherung zugeordnet wurde. Ein gegliedertes Sozialversicherungssystem denkt in Haushalten der Sozialleistungsträger. Wenn es also das Ziel der Rehabilitation ist, Frühinvaliditätsrenten zu sparen, dann sind die Rentenversicherungsträger die „Begünstigten“ und müssen die Heilmaßnahmen finanzieren und organisieren. Der Gedanke, daß durch Rehabilitation auch Behandlungskosten in der Krankenversorgung erspart werden und daß die Krankenkassen jenem Krankheitsgeschehen näher sind, das die Heilmaßnahmen letztlich der Sache nach begründet, konnte sich gegenüber dem Denken in Haushaltsansätzen nicht durchsetzen.

Die weitere, aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit naheliegende Forderung, sich nicht auf die Krankheits- und Behinderungsfolgen bei Erwerbstätigen zu beschränken, sondern alle Bevölkerungskreise einzubeziehen, hat sich erst sehr viel später mit der Rehabilitationsgesetzgebung der sozialliberalen Koalition durchgesetzt.

Ahnlich wie bei der Intensivierung der medizinischen Behandlung unterblieb es auch bei dem Ausbau der Rehabilitation, Instrumente vorzusehen, die eine erfahrungsgeleitete Steuerung, auch Umsteuerung des Milliardenprogramms nach Kriterien der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit ermöglicht. Vorstöße der Sozialmediziner, den Erfolg der Heilmaßnahmen zu bewerten, stießen teils auf taube Ohren, teils auf eine eher halbherzige Unterstützung der Sozialverwaltungen. Die Kernfrage, die sich nur durch eine unvoreingenommene und systematische Auswertung der Erfahrungen beantworten läßt, betrifft auch hier die Grenzziehung zwischen medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Ist ein medizinischer Heilungserfolg noch zu erwarten, wenn für eine Heilmaßnahme das Erreichen eines Krankheitszustandes gefordert wird, der bereits die Erwerbsfähigkeit bedroht oder zu einer Behinderung führen kann? Praktisch bedeutet dies, daß die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen einen Schwerpunkt jenseits des fünfzigsten Lebensjahres haben, mehr als 50 Prozent der in der Rehabilitation stehenden

Personen sind älter als 50 Jahre. Medizinisch gesehen ist diese Erwartung unrealistisch, weil dann ein Krankheitszustand eingetreten ist, der in der Regel nur gelindert, aber nicht mehr beeinflußt werden kann.

Untersuchungen zur Herzinfarkt-rehabilitation, also zu dem am stärksten ausgebauten Zweig der Rehabilitation, zeigen denn auch, daß der Erfolg der Maßnahmen weniger auf medizinischem als auf psychosozialen Gebiet liegt: nicht so sehr die Überlebenszeit wird verbessert, auch nicht die Wiedererkrankungsrate wird entscheidend gesenkt, sondern die Lebensqualität wird gehoben¹. Dieser Erfolg aber, so geht aus der großen Herzinfarktstudie von Badura und Mitarbeitern² hervor, läßt sich durch ambulante Maßnahmen und durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Betroffenen wirkungsvoller und wirtschaftlicher erreichen.

Die Rehabilitation bedeutet medizinisch gesehen die gezielte Beeinflussung bereits erkennbar gewordener Krankheit, um eine Verschlimmerung aufzuhalten und den Betroffenen Strategien zu vermitteln, mit den Krankheitsfolgen erfolgversprechender, vor allem selbstsicherer umzugehen. Als ein sozialpolitisches Programm müssen diese Rehabilitationsmaßnahmen einen rechtlichen und finanziellen Spielraum vorsehen, der das Einkommen und die Maßnahmen während der Rehabilitationsmaßnahme absichert. Denn während der Rehabilitation ist der/die Versicherte arbeitsfähig, die Heilmaßnahmen sind keine kassenärztliche Behandlung von Krankheit. Dies macht es nötig, das Leistungsrecht für die Erfordernisse der Rehabilitationsmaßnahmen zu erweitern und - da die Rehabilitation eine Gemeinschaftsaufgabe verschiedener Sozialleistungsträger ist -, gemeinsame Organe (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) und gemeinsame Grundsätze (Rehabilitationsangleichungsgesetz) vorzusehen. Doch mit diesen sozialrechtlichen Ergänzungen und Klarstellungen auf der Ebene der Anspruchsberechtigungen und der Träger war eine Integration auf der Leistungsebene nicht gegeben. Der Zeitpunkt, wann im natürlichen Verlauf der Volkskrankheiten, medizinisch gesehen, der günstigste Zustand für eine Rehabilitationsmaßnahme besteht, wird vom Leistungsrecht des Kostenträgers, der Rentenversicherung, bestimmt: dann, wenn eine Frühinvalidität oder eine Behinderung droht. Anstatt ein bereits weit vorgeschrittenes Krankheitsstadium für das Einsetzen der Rehabilitationsmaßnahmen zu wählen, erscheint es erfolgversprechender, immer dann mit der Rehabilitation zu beginnen, wenn ein Grundleiden sich chronifiziert, wenn also zum Beispiel wiederkehrende Arbeitsunfähigkeit durch die gleiche Krankheitsart bedingt ist oder wenn wiederkehrende Krankheitsbehandlung durch das gleiche Leiden notwendig wird. Medizinische Rehabilitation sollte also Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sein, sie könnte, in der Nachsorge geschieht das zum Teil schon,

1 Krasemann, Ernst-Otto, Patienten-Aktivierung und soziale Selbsthilfe bei chronischer Krankheit und Behinderung. In: Chr. von Ferber und B. Badura (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe, München 1988, S. 221-235.

2 Badura, B./G. Kaufhold/H. Lehmann/H. Pfaff/Th. Schott/M. Waltz, Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Heidelberg 1987.

häufig auch verdeckt und unsystematisch, ambulant durchgeführt werden. Dieses Vorgehen entspricht auch internationalen Erfahrungen. Medizinisch gesehen wäre eine ambulante Rehabilitation häufig wirksamer und im Vergleich zu den stationären Heilmaßnahmen effizienter. Anstatt das Leistungsrecht der Rentenversicherung zu erweitern, wäre es „zweckmäßig und ausreichend“ gewesen, das Kassenarztrecht entsprechend auszugestalten. Da ferner Rehabilitation sich von den einzuleitenden Maßnahmen nicht in der Tätigkeit der Kassenärzte erschöpft, ergibt sich auch hier die Lücke zu den gesundheitsbezogenen sozialen Dienste: Angebote der Volkshochschulen, der freien Wohlfahrtsverbände, der Informations- und Kontaktstellen der Selbsthilfegruppen, der sozialpädagogischen Dienste.

Es läßt sich auch so formulieren: Rehabilitation als eine gezielte Beeinflussung chronischer Krankheitsverläufe und ihrer Folgen stellt eine richtige Antwort auf die veränderte Verteilung der Krankheitslast dar, sie setzt aber ein integriertes Konzept der Therapie voraus, indem Akut- und Langzeitbehandlung sowie ärztlich-medizinische und gesundheitsbezogene soziale Dienstleistungen miteinander unter einer gemeinsamen Zielsetzung verbunden sind. Zur Gewährleistung dieser integrierten Therapie - sie ist für jede der Volkskrankheiten anders zu bestimmen und zu gewichten, für Krebskranke anders als für Rheumakranke - sind eine Erweiterung des Leistungsrechts und eine Koordination unter den Sozialleistungsträgern eine wichtige, aber keine ausreichende Vorbedingung. Die notwendige Zusammenarbeit zwischen ambulanten kassenärztlichen, stationären und sozialen Diensten, insbesondere in Wohnortnähe der Klienten, wird durch die Erweiterungen und durch die Harmonisierung des Leistungsrechts allein nicht bewirkt. Vor allem bleiben die Möglichkeiten der Selbsthilfe auf allen Ebenen: in der Familie, in den Selbsthilfegruppen und -Organisationen unausgeschöpft. Denn ihre Einbeziehung hegt bei den Sozial- und Gesundheitsdiensten der Kommunen, der freien Wohlfahrtsverbände und der Kirchen.

Prävention als Antwort auf die Volkskrankheiten

Rückblickend hat sich die Prävention erst nach der Intensivierung der Krankheitsbehandlung und nach dem Aufbau einer Infrastruktur für die Rehabilitation entwickelt. Was logisch und sachlich an erster Stelle stehen müßte, Krankheiten vorzubeugen, sie zu vermeiden, ehe sie behandelt werden müssen und drohenden Verschlimmerungen mit Rehabilitationsmaßnahmen entgegengewirkt werden muß, ist als letztes gesundheits- und sozialpolitisch thematisiert worden.³ Dieser Widerspruch zur Logik und zum gesunden Menschenverstand erklärt sich - wenigstens zum Teil -, wenn man berücksichtigt, daß mit dem Wandel in der Verteilung der Krankheitslast nach dem Zweiten Weltkrieg eine neue Situation entstanden war, vor allem aber der natürliche Verlauf der Volkskrankheiten verstanden werden mußte. Denn zu den Krankheiten tragen nicht nur biologische Bedingungen, sondern physikalisch-chemi-

³ Gesundheitsbericht 1971 hrsgg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart 1971.

sche Umweltbedingungen, die Sozialsituation sowie die individuellen Formen der Bewältigung des sozialen Wandels und des Krankheitsverlaufs bei. Dieser sehr vielschichtige Verlauf der Volkskrankheiten mußte zunächst in der Erfahrung aufgearbeitet und in seinen Folgen verstanden werden, ehe es gesundheitspolitisch zu einer Formulierung präventiver Strategien kommen kann.

Für die Entwicklung präventiver gesundheitspolitischer Strategien ergeben sich daraus zwei meist nicht bedachte Konsequenzen:

- Wenn die Krankheitsbehandlung und die Beeinflussung des Krankheitsgeschehens (Rehabilitation) der Prävention vorangehen, dann wird die Prävention aus dem *medizinischen* Erfahrungswissen begründet. Am Anfang steht eine medizinische Prävention, nämlich Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen, eine Theorie medizinischer Risikofaktoren: Bluthochdruck, Blutfettwerte, „Rauchen“ (Teerstoffe, Nikotin). Der psychosoziale Streß, die Aufarbeitung der Erfahrungen aus veränderten Arbeitsbelastungen, aus den Streßbelastungen einer individualisierten Leistungsgesellschaft werden nicht nur später entdeckt, sondern geraten auch unter Rechtfertigungszwang.
- Präventive Strategien müssen in ein bereits bestehendes System sozialer Sicherheit eingefügt werden. Das soziale Sicherungssystem muß sich den neuen Anforderungen anpassen. Dies fällt in den Ländern leichter, die ihr Gesundheitssystem nach dem Prinzip gemeindenaher Gesundheits- und Sozialdienste organisiert haben. In Ländern wie der Bundesrepublik, die am Sozialversicherungsprinzip festhalten, entsteht ein systembedingter Koordinationsaufwand. Prävention ist eine Aufgabe, die stets nur mehrere Sozialleistungsträger gemeinsam bewältigen können (ähnlich wie die Rehabilitation). Es ergeben sich Begründungs- und Rechtfertigungszwänge. Das Wissen über Möglichkeiten der Prävention muß den Anforderungen genügen, die die Sozialleistungsträger für sich als Voraussetzung fordern, um präventive Angebote zu machen.

Dieser kritische Schwellenwert, den das präventive Wissen überschreiten muß, um vorbeugendes Handeln bei den Sozialleistungsträgern auszulösen, läßt sich an einigen Präventionsangeboten verdeutlichen.

1. RVO § 181a: Frühstadien von Krankheiten müssen sicher erkannt werden, sie müssen erfolgreich behandelt werden können, es müssen genügend diagnostische Einrichtungen vorhanden sein, und es muß ein ausreichendes Behandlungsangebot gegeben sein.

2. Arbeitsbedingte Erkrankungen: Hier läßt sich aufgrund des bestehenden Organisations- und Leistungsrechts bedingt zwischen spezifischen Berufskrankheiten, potentiellen Berufskrankheiten und unspezifischen arbeitsbedingten Erkrankungen unterscheiden. Für die spezifischen Berufskrankheiten ist die Prävention im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Gesundheitsvorsorge organisiert und gelöst. Für die potentiellen Berufskrankheiten

und für die Grenzfälle mangelt es an einer Prävention. Die unspezifischen arbeitsbedingten Erkrankungen, die zahlenmäßig weit überwiegen, werden nur unzureichend in der Prävention berücksichtigt. So gibt es keine Vorbeugung gegen psychosoziale Belastungen, obwohl sich die Arbeitsorganisation in den letzten Jahrzehnten tiefgreifend gewandelt hat.

3. Intervention bei Risikofaktoren von Herz-Kreislaufkrankheiten: Hier handelt es sich um die sogenannten „risikoträchtigen Zustände“ wie Rauchen, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Fehlernährung. Als Intervention ist an eine Gesundheitsberatung durch Kassenärzte sowie an die Gesundheitszentren von Krankenkassen und Kommunen gedacht. Die Schwellenwerte für eine flächendeckende Einführung dieser Präventionsmaßnahmen werden hier wie folgt definiert:

Die Risikofaktoren müssen „gesichert“ sein. Mehrere voneinander unabhängige Studien müssen zeigen, daß eine Beeinflussung des Risikofaktors ein Präventionsergebnis bringt, also, daß die Sterblichkeit sinkt und die Behandlungsbedürftigkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten geringer wird. Erst nach einem acht- bis zehnjährigen Vorlauf kann eine Intervention aus der Modell-erprobung zu einer flächendeckenden „normalen“ Maßnahme des sozialstaatlichen Versorgungssystems, zu einer Sozialleistung der Kassenärzte und der Gesundheitszentren werden. So lange aber über die Erfüllung dieser Voraussetzung noch gestritten wird, beschränkt sich die Prävention auf „Seelenmassage“. Und es kann über die Erfüllung dieser Voraussetzung so lange ohne jegliches praktisches Ergebnis diskutiert werden, weil anders als in der Krankheitsbehandlung kein Handlungs- und Entscheidungszwang besteht: Der Kranke braucht Hilfe hier und jetzt; Ergebnisse der Prävention werden in Jahren, ja in Jahrzehnten erwartet.

Eine Entscheidung kann, ähnlich wie bei der Rehabilitation, nur der Gesetzgeber treffen. Sie ist bei der Prävention überfällig, weil es sich um eine Gemeinschaftsaufgabe handelt, die weit über die Sozialversicherungsträger hinausreicht.⁴ Die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und die ärztliche Vorsorgeberatung lassen sich in die kassenärztliche Versorgung einfügen, die gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung als Abwehr gegen Verschleißkrankheiten ist Aufgabe des betrieblichen Arbeitsschutzes, die Gesundheitsförderung muß als Gemeinschaftsaufgabe von den Kommunen sichergestellt werden. Erwartet werden vom Gesetzgeber weniger neue Leistungsgesetze als eine ordnungspolitische Klarstellung der Verantwortlichkeiten in der Prävention.

⁴ Abt, Hans Günter und Otto Gieseke, Gesundheitsvorsorge in der Gemeinde. Perspektiven der Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Kreises Mettmann. In: Chr. von Ferber und B. Badura (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München 1985, S. 95-118.

Vgl. auch Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.), Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienste. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Integrierter Abschlußbericht, Heidelberg 1987, S. 105-130: Netzwerkförderung in der Gemeinde am Beispiel der Gesundheitsvorsorge.

Zusammenfassung

Die Volkskrankheiten haben gesundheits- und sozialpolitisch zu beachtlichen Anstrengungen der Sozialleistungsträger geführt - jedenfalls wenn man die Aufwendungen in der Kranken- und in der Rentenversicherung betrachtet. Den verfolgten Strategien haben jedoch von vornherein die Steuerungsinstrumente gefehlt, um Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der getroffenen Maßnahmen im Prozeß selbst festzustellen und aus solchen Erfahrungen die Konsequenzen zu ziehen.

Volkskrankheiten können in ihrer Entstehung, in ihrem Verlauf und in ihren Folgen von vielen Bedingungen beeinflußt werden. Dementsprechend müssen auch die gesundheits- und sozialpolitischen Strategien integrativ angelegt sein. Prävention, Krankheitsbehandlung und Rehabilitation beziehen sich auf einen zwar nach Krankheitsarten unterschiedlichen Verlauf, rücken aber patientenbezogen sehr eng zusammen: die Übergänge zwischen Gesundheitsberatung, Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsbehandlung einerseits sowie zwischen Krankheitsbehandlung und Rehabilitation andererseits sind fließend. In gleicher Weise stehen kassenärztliche Behandlung und gesundheitsbezogene soziale Dienste in einem unmittelbaren Ergänzungsverhältnis. Die Zuweisung von Aufgaben an bestimmte Sozialleistungsträger, etwa die medizinische Rehabilitation zur Rentenversicherung, die kassenärztliche Behandlung zu den Krankenkassen, die Gesundheitsförderung zu den freien Wohlfahrtsverbänden und anderen Initiativen, reißt aus finanziellen und organisatorischen Rücksichten auseinander, was der Sache nach zusammengehört.

In der Rehabilitation ist eine Koordination der Sozialleistungsträger auf halbem Wege steckengeblieben. In der Prävention ist sie gar nicht versucht worden. Die von der Sache her geforderte Zusammenarbeit zwischen kassenärztlicher ambulanter Versorgung und kommunalen Gesundheits- und Sozialdiensten ist noch nicht einmal ins Blickfeld der Sozial- und Gesundheitspolitiker getreten. Das gegliederte Sozialleistungssystem - so läßt sich zusammenfassen - hat seine Bewährungsprobe angesichts der Herausforderung durch die Volkskrankheiten nicht bestanden. Ohne starke kommunale Gesundheits- und Sozialdienste wird sich das Sozialversicherungssystem - so wie es der Sozialplan für Deutschland bereits 1957 vorhergesagt hatte - „an seinen steigenden Kosten verzehren“.