

# Sozialmedizin systematisch

3. Auflage

Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff

unter Mitarbeit von  
Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz  
Dr. Frank Braatz  
Dr. Bernard Braun  
Dr. Heike Hoff-Emden  
Prof. Dr. David Klemperer  
Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei  
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock



# **Sozialmedizin systematisch**

**UNI-MED**

**UNI-MED Verlag AG**  
**Bremen - London - Boston**

**Niehoff, Jens-Uwe:**

Sozialmedizin systematisch/Jens-Uwe Niehoff.-

3. Auflage - Bremen: UNI-MED, 2011

(Klinische Lehrbuchreihe)

ISBN 978-3-8374-5283-9

© 1995, 2011 by UNI-MED Verlag AG, D-28323 Bremen,  
International Medical Publishers (London, Boston)  
Internet: [www.uni-med.de](http://www.uni-med.de), e-mail: [info@uni-med.de](mailto:info@uni-med.de)

Printed in Europe

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle dadurch begründeten Rechte, insbesondere des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Übersetzung sowie der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Weg bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen einem ständigen Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Benutzer aber nicht von der Verpflichtung, seine Diagnostik und Therapie in eigener Verantwortung zu bestimmen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

# **UNI-MED. Die beste Medizin.**

---

Die Klinische Lehrbuchreihe des UNI-MED Verlags ist die Lehrbuchreihe zur neuen Approbationsordnung. Die Stoffgebiete werden fächerübergreifend und gegenstandsbezogen in ihrer gesamten medizinischen Breite dargestellt. Klare Systematik und enger Praxisbezug sind die wichtigsten Charakteristika unseres didaktischen Konzepts. Durch die komprimierte Darstellung sind alle Zusammenhänge in Kürze erfassbar. Zahlreiche Abbildungen, Schemata und Tabellen sorgen für größtmögliche Übersichtlichkeit. Die Lehrbuchreihe besticht durch ein ebenso ansprechendes wie didaktisch ausgefeiltes Layout.

Die Lehrbücher vermitteln dem Medizinstudenten ärztliche Urteilsbildung und examensgerechte Information, denn sie sind Lehrbücher und Lernbücher zugleich. Auf der Station und in der Ambulanz geben sie dem Kliniker den notwendigen Rückhalt. Aktuelle Standards in Diagnostik und Therapie machen die Bücher für niedergelassene Ärzte zu idealen Nachschlagewerken.

Wir danken folgenden Mitgliedern unseres Ärztlichen Beirats für die engagierte Mitarbeit an diesem Buch: Dr. Rüdiger Berndt, Dr. Maike Beuke, Dr. Volker Durst, Dr. Antje Ehlert, Dr. Andreas Grandel, Dr. Hans-Friedrich Heyser, Dr. Heidi Kalmbach-Heinz, Dr. Katja Langenhan, Priv.-Doz. Dr. Erik Michel, Dr. Kerstin Piatek, Dr. Klaus Pothmann, Dr. Jan Waskowski, Dr. Ronald Woltering und Dr. A. Zistl.

Der Verlag dankt der Klinik Malchower See GmbH und der AWO-Müritz gGmbH, ohne deren Unterstützung die hochwertige Ausstattung der "Sozialmedizin systematisch" nicht zu diesem günstigen Preis möglich gewesen wäre.

# ***Vorwort und Danksagung zur 3. Auflage***

---

Die Notwendigkeit einer 3. Auflage sei der Nachfrage der Leser gedankt. Sozialmedizin als Bildungsvoraussetzung für die Dienstleistungsbereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege gewinnt unverkennbar an Bedeutung.

Soweit dies für den Herausgeber und die mitwirkenden Autoren feststellbar ist, erweitert sich der Leserkreis von "Sozialmedizin systematisch" deutlich über die ursprünglich avisierten Nutzer, nämlich Studenten der Medizin, hinaus. Zusätzlich bewerten offenbar auch Ärzte, welche die Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" anstreben, Studierende in den weit gefächerten Bereichen der Gesundheits- und Sozialberufe sowie der Public Health Studiengänge aber auch der MBA Aufbaustudiengänge des Healthcare Management dieses Buch als nützliche Wissensbasis.

Trotz gelegentlich geführter gegenteiliger Diskussion werden Herausgeber und Verlag den Charakter des Buches als systematische Darstellung eines Fachgebietes nicht verändern. Das Buch wird deshalb – wenn die Leser ihm weiterhin vertrauen – auch künftig kein Lesebuch zu den Diskursen von Einzelakteuren des Fachgebiets und der "Branche Gesundheitsdienstleistungen" sein. Dieses Lehrbuch wird sich auch weiterhin um die Darstellung der systematischen wissenschaftlichen Grundlagen, nicht um die Interpretation von einzelnen Sachverhalten und Interessen in den jeweils aktuellen sozial- und gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen bemühen.

Dem Verlag danken Autoren und Herausgeber für die sehr konstruktive Zusammenarbeit und die bewährte ausgezeichnete Präsentation.

Mein besonderer Dank gilt auch der Klinik am See Malchow und der AWO Müritz gGmbH, die als Sponsoren halfen, bei hohem drucktechnischen Standard den Preis niedrig zu halten.

*Berlin, Altwustrow, im September 2011*

*Jens-Uwe Niehoff*

# Vorwort und Danksagung zur 1. Auflage

---

Dieses Lehrbuch wendet sich an alle, die die Sozialmedizin lernen wollen oder müssen:

- Studierende der Medizin und der Zahnmedizin
- der Medizin- und Pflegepädagogik
- der Pflegewissenschaften
- der Rehabilitationspädagogik
- Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftler in der Medizin
- an Studierende von Public Health Studiengängen
- an Ärztinnen und Ärzte, die die Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" erwerben wollen oder sonst Interesse an diesem Fachgebiet haben

Dieses Lehrbuch soll zugleich ein Lernbuch zum aktiven Gebrauch sein. Seine Leser sollten also mit ihm kommunizieren und es mit der eigenen Erfahrung ergänzen.

Das Konzept ist aus einer 15jährigen Lehrtätigkeit gewachsen. Es gründet auf Sichten und Ansichten zum Fach, die aus der komplizierten Geschichte der Sozialhygiene in Deutschland hervorgegangen sind, einer Geschichte, die weit in das 19. Jahrhundert hineinreicht und sich mit so wichtigen Namen wie Johann Peter Frank (1745-1821), Rudolf Virchow (1821-1902), Salomon Neumann (1819-1908), Rudolf Leubuscher (1821-1861), Adolf Gottstein (1857-1941) oder Max Mosse (1873-1936) und Gustav Tugendreich (1876-1948) verbindet. Mit der Berufung von Alfred Grotjahn (1869-1931) zum ersten deutschen Universitätsprofessor für Sozialhygiene wurde 1920 die Sozialhygiene an der Berliner Charité auch als medizinisches Lehrfach etabliert.

Von hier bis in die Sozialmedizin unserer Tage war ein steiniger wissenschaftlicher Weg zurückzulegen. Dieser Weg wurde durch die Nivellierung des Faches nach 1933 und den Exodus aller wichtigen Vertreter des Faches zunächst abgebrochen.

Ein Vorwort ist ein guter Platz, an einige Wissenschaftler zu erinnern, die ihren Beruf nach 1933 nicht mehr fortführen durften und aus politischen oder rassistischen Verfolgungsmotiven aus Deutschland fliehen mussten. Sie gingen nach Palästina, in die USA, nach Argentinien, England und Schweden oder in die damalige Sowjetunion: z.B. Benno Chajes (1880-1938), Franz Goldmann (1895-1970), Miron Kantorowicz (geb. 1895), Alfred Korach (1893-1979, Professor für Public Health, University of Cincinnati Ohio), Fritz Rott (1878-1959), Georg Wolff (1886-1952). Ihre Erfahrung hatten sie mitgenommen und, z.B. in den USA, so Goldmann (Yale University New Haven, Harvard University Boston), Wolff (Johns Hopkins University Baltimore, National Institute of Health Washington) und Kantorowicz (Milbank Memorial Fund New York) in Public Health gut nutzen können. Einer der wenigen die blieben, war Georg Benjamin (1895-1942) – er wurde 1942 in Mauthausen getötet. Nur wenige kamen aus der Emigration zurück, so z.B. der Medizinalstatistiker Karl Freudenberg (1892-1966).

In der Bundesrepublik Deutschland hatte die Sozialmedizin zunächst Mühe sich erneut zu etablieren. Ein Wandel setzte nach 1968 ein, und Wissenschaftler wie z.B. Maria Blohmke (Heidelberg), Manfred Pflanz (Hannover) und Hans Schaefer (Heidelberg) haben sich um die Etablierung und Konsolidierung der Sozialmedizin hoch verdient gemacht.

Im Ostteil Deutschlands waren es vor allem Ärzte jüdischer Herkunft, die sich nach dem II. Weltkrieg und nach ihrer Rückkehr aus der Emigration (mit erheblich divergierenden konzeptionellen Ansätzen und jeweils geprägt durch ihre unterschiedlichen Emigrationserfahrungen) um eine Reetablierung dieses Wissenschaftszweiges bemühten, z.B. Kurt Winter, Eva Schmidt-Kolmer, Hilde und Erwin Marcusson.

Die Bewertung der verschiedenen Ansätze, die je zu dem konzeptionellen Selbstverständnis der Sozialmedizin in den beiden Teilen Deutschlands geführt hat, wird eine Aufgabe künftiger Forschung sein müssen.

Als der Herausgeber dieses Buches seine berufliche Entwicklung begann, hat Bernhard Kreuz (1919-1981) die Entwicklung des Fachgebiet an der Berliner Charité maßgeblich beeinflusst. Er hat das Fach und sein

Lehrgebäude für reichlich 10 Jahre nachhaltig geprägt und auf den Weg weitreichender konzeptioneller Wandlungen bringen wollen. Spuren seines Wirkens finden sich auch in diesem Buch, mittelbar und unmittelbar.

Schließlich bleibt mir zu danken:

- erstens den Autoren – Dr. med. Harald Abholz, Dr. oec. Heinz Neumann, Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Dr. med. Erika Sieber, Dr. med. Udo Schagen, Dr. oec. Rembrand Scholz;
- zweitens denen, die mit Zuarbeiten und Recherchen beteiligt waren, Dr. med. Jeanette Bartz, Dr. med. Andrea Lehmann und Dr. med. Frank Schneider;
- drittens denen, die mich mit ihrer Kritik begleiteten und mir Mut machten, das Projekt zu beginnen, hier vor allem Prof. em. Dr. med. habil. Reimer Schorr, Berlin, Prof. Dr. med. Holger Hansen, Hartford/Connecticut, Prof. Dr. Leif Svanström, Stockholm, Prof. Dr. Finn Didrichsen, Stockholm und Herrn Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners, Berlin/Potsdam.

Frau Irmgard Kirsch hat mich lektorierend unterstützt und damit eine Aufgabe wahrgenommen, die sie schon als Mitarbeiterin von Bernhard Kreuz so zuverlässig versah. Meiner Sekretärin, Frau Cordelia Gepp, danke ich für die Texterstellung und -gestaltung und nicht zuletzt dem UNI-MED Verlag für eine ausgezeichnete und reibungslose Zusammenarbeit.

*Berlin, im Frühjahr 1995*

*Jens-Uwe Niehoff*

# Autoren

---

Prof. Dr. med. Jens-Uwe Niehoff  
(Herausgeber und allein gesamtverantwortender  
Autor für alle Kapitel)  
Health Care Management Consulting, SalusCon  
GmbH  
Angerstr. 8  
16259 Oderaue/Wustrow

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin  
der Universität Düsseldorf  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf  
*Kap. 10.*

Dr. med. Frank Braatz  
Berliner Str. 66  
15569 Woltersdorf  
*Kap. 2., 3.*

Dr. rer. pol. Bernard Braun  
Universität Bremen  
Zentrum für Sozialpolitik  
Abteilung: Health Policy,  
Occupational Health and Social Medicine  
Postfach 330440  
28334 Bremen  
*Kap. 9., 10.1.*

Dr. med. Heike Hoff-Emden  
Hans-Böhm-Zeile 7  
14165 Berlin  
*Kap. 5.3, 5.5.1., 5.8, 5.9., 5.10, 7.5.*

Prof. Dr. med. David Klemperer  
Sozialmedizin und Public Health  
Fachhochschule Regensburg  
Seybothstr. 5  
93053 Regensburg  
*Kap. 4.2., 5.3.*

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei  
Direktorin des Instituts für  
Medizinische Soziologie  
Zentrum für Human- und  
Gesundheitswissenschaften  
Universitätsmedizin Berlin, Charité  
Thielallee 47  
14195 Berlin  
*Kap. 5.4., 6.5.*

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock  
Leiter der Forschungsgruppe Public Health am  
Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin  
(WZB), Reichpietschufer 50  
10785 Berlin  
*Kap. 11.*

Dr. med. Erika Sieber †  
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und  
Gesundheitsökonomie  
Zentrum für Human- und  
Gesundheitswissenschaften  
Universitätsmedizin Berlin, Charité  
Luisenstr. 57  
10117 Berlin  
*Kap. 5.9.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Empirie und Erklärungskonzepte sozialmedizinischer Fragestellungen</b>	<b>14</b>
1.1.	Wahrnehmungsmuster der Sozialmedizin .....	14
1.1.1.	Häufige und seltene Krankheiten .....	14
1.1.2.	Die Ungleichheit der Menschen vor Krankheit und Tod .....	15
1.1.3.	Der Wandel der Gesundheitsprobleme .....	16
1.1.4.	Der Wandel von Systemen der Gesundheitssicherung und der medizinischen Hilfeleistung .....	17
1.2.	Gesundheitliche Handlungsziele .....	17
1.3.	Sozialmedizin – Konturen einer Wissenschaft .....	18
1.3.1.	Sozialmedizin – Skizze zur Geschichte der Sozialmedizin .....	18
1.3.2.	Sozialmedizin – Einordnung in das Ensemble medizinischer Fachgebiete .....	22
1.3.3.	Sozialmedizin – praktische Aufgaben .....	23
1.4.	Modelle zur Beschreibung von Gesundheit .....	24
1.4.1.	Dimensionen des Problems .....	24
1.4.2.	Die Funktion von Gesundheitsleitbildern .....	24
1.4.3.	Vorwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle .....	25
1.4.4.	Wissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle .....	26
1.5.	Klassifikationen .....	27
1.5.1.	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) .....	28
1.5.2.	Klassifikation medizinischer Maßnahmen .....	29
1.5.3.	<i>German Diagnosis Related Groups</i> (G-DRGs) .....	29
1.5.4.	Klassifikation von Krankheitsfolgen, Behinderungen und Schädigungen .....	29
1.5.5.	Sozialmedizinische und epidemiologische Klassifikationsbedürfnisse .....	30
1.6.	Sozialmedizinische Erklärungskonzepte .....	30
1.6.1.	Voraussetzungen .....	30
1.6.2.	Die handlungsorientierende Funktion ursächlicher Modelle .....	31
1.6.3.	Ätiologische Erklärungsmodelle für Krankheit .....	32
1.6.3.1.	Die Ursache von Krankheit .....	32
1.6.3.2.	Das Risiko, krank zu werden .....	33
1.6.4.	Ursachen der Ungleichverteilung von Gesundheitsproblemen .....	34
1.6.5.	Ursachen des Wandels von Gesundheitsproblemen .....	35
1.6.6.	Bewertungskonzepte .....	35
1.6.6.1.	Biologische Bewertungskonzepte .....	35
1.6.6.2.	Sozialwissenschaftliche Konzepte .....	36
1.6.6.3.	Risikokonzept .....	36
<b>2.</b>	<b>Grundlagen der Medizinischen Demografie</b>	<b>37</b>
2.1.	Grundbegriffe .....	37
2.2.	Die "Erneuerungsmenge" Bevölkerung .....	37
2.3.	Der Lebensbaum .....	37
2.4.	Medizinisch-demografische Aspekte der Reproduktion .....	42
2.4.1.	Geburtlichkeit und Fertilität .....	42
2.4.2.	Veränderungen in der Reproduktion .....	44
2.4.3.	Geburtenkontrolle .....	44

2.5.	Medizinisch-demografische Aspekte der Sterblichkeit .....	46
2.5.1.	Maße der Sterblichkeit .....	46
2.5.1.1.	Rohe Sterblichkeit .....	46
2.5.1.2.	Standardisierte Sterblichkeit .....	46
2.5.1.3.	Standardmortalitätsrate (SMR) .....	47
2.5.1.4.	Vermeidbare Todesfälle .....	47
2.5.1.5.	Lebensdauer .....	47
2.5.2.	Das Sterbetafelmodell .....	48
2.5.2.1.	Die Periodensterbetafel .....	48
2.5.2.2.	Die Kohortensterbetafel .....	48
2.5.2.3.	Das Prinzip der Sterbetafel .....	48
2.5.2.4.	Die Maße der Lebensdauer .....	49
2.5.2.5.	Bewertungskonzepte für die Lebenserwartung .....	50
2.5.2.6.	Weitere Bewertungskonzepte von Sterblichkeit und Lebensdauer .....	53
2.5.3.	Ausgewählte Sterblichkeiten .....	54
2.5.3.1.	Der Trend .....	54
2.5.3.2.	Sterblichkeit und Geschlecht .....	54
2.5.3.3.	Sterblichkeit und Alter .....	54
2.5.3.4.	Müttersterblichkeit .....	55
2.5.3.5.	Sterblichkeit und Familienstand .....	55
2.5.3.6.	Regionale Differenzen .....	55
2.5.4.	Todesursachenstrukturen und ihre Bewertung .....	56
2.5.4.1.	Die ärztliche Leichenschau und der Totenschein .....	56
2.5.4.2.	Todesursachenstruktur .....	56
2.5.4.3.	Todesursachentafel .....	57
2.6.	Medizinische Aspekte der Migration .....	57
2.6.1.	Räumliche Bevölkerungsbewegung (Migration) .....	57
2.6.2.	Zeitgeschichtliche Bedeutung der Wanderung .....	57
2.6.3.	Migration und Gesundheitsversorgung .....	58
2.7.	Der Lebensverlängerungsprozess .....	58
2.7.1.	Wandel der Sterblichkeit .....	59
2.7.2.	Sozialmedizinische Konsequenzen der Lebensverlängerung .....	59

<b>3.</b>	<b>Grundlagen der Allgemeinen Epidemiologie</b> .....	<b>61</b>
3.1.	Konzeptionelle Grundlagen .....	61
3.2.	Grundbegriffe der Epidemiologie .....	62
3.3.	Prinzipien des Messens in der Epidemiologie .....	63
3.4.	Das Allgemeine Epidemiologische Krankheitsmodell .....	65
3.4.1.	Krankheitsursachen und Prädiktion .....	66
3.4.2.	Zeitpunkte und Intervalle .....	67
3.4.3.	Zeit unter Risiko .....	68
3.4.4.	Das Problem der Ungleichverteilung in der Epidemiologie .....	69
3.5.	Epidemiologische Ziffern ( <i>measurement of occurrence</i> ) .....	69
3.6.	Die Vergleichbarkeit epidemiologischer Daten .....	72
3.6.1.	Die Vergleichbarkeit des gemessenen "Zählers" .....	72
3.6.2.	Die Vergleichbarkeit des Bezugssystems .....	72
3.6.3.	Das Merkmal "Alter" in der Epidemiologie .....	73
3.7.	Der epidemiologische Fall .....	74

3.8.	Epidemien und Regressionen .....	76
3.8.1.	Die epidemiologischen Bewegungsformen .....	77
3.8.2.	Systematik der epidemiologischen Bewegungsursachen .....	78
3.8.2.1.	Demografische Faktoren.....	78
3.8.2.2.	Medizinische Faktoren.....	79
3.8.2.3.	Epidemische Faktoren.....	80
3.8.2.4.	Präventive Faktoren .....	81
3.8.2.5.	Interaktion der Bewegungsursachen .....	81
3.9.	Die Quantifizierung von Unterschieden in der Epidemiologie .....	82
3.9.1.	Das relative Risiko .....	83
3.9.2.	Odds.....	84
3.9.3.	Das attributierbare Risiko .....	84
3.9.4.	Risiko, Risikomerkmal, Risikofaktor und Risikogruppe .....	85
3.9.5.	<i>Confounder</i> .....	86
3.9.6.	<i>Bias</i> .....	87
3.10.	Die epidemiologische Datengewinnung .....	87
3.10.1.	Die Erhebung von Primärdaten – die epidemiologischen Studientypen .....	87
3.10.2.	Die Erhebung von Sekundärdaten .....	90

#### **4. Grundlagen der Sozialepidemiologie 91**

4.1.	Allgemeine Sozialepidemiologie .....	91
4.2.	Sozialepidemiologische Aspekte des Allgemeinen Epidemiologischen Krankheitsmodells ..	95
4.3.	Die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitsproblemen .....	96
4.3.1.	Genetische Variabilität und Krankheit .....	99
4.3.2.	Alter und Krankheit.....	99
4.3.3.	Geschlecht und Krankheit .....	100
4.3.4.	Region und Krankheit .....	101
4.3.5.	Kultur und Krankheit .....	101
4.3.6.	Soziale Lage und Krankheit .....	101
4.4.	Die epidemiologische Transition .....	101
4.4.1.	Konzept .....	101
4.4.2.	Skizze zu einer Geschichte der Gesundheit.....	103
4.5.	Der Wandel der Gesundheitsgefährdungen – epidemische Faktoren .....	106
4.6.	Folgen der epidemiologischen Transition .....	109
4.7.	Prioritäre Gesundheitsprobleme .....	111

#### **5. Ausgewählte sozialmedizinische Probleme 112**

5.1.	Soziale Krankheitsursachen .....	112
5.2.	Lebensweise, Lebensstil, Salutogenese .....	112
5.3.	Ausgewählte sozialmedizinische Probleme von Kindern und Jugendlichen.....	116
5.4.	Ausgewählte sozialmedizinische Probleme alternder Menschen .....	117
5.5.	Behinderung .....	118
5.5.1.	Ausgewählte häufige krankheitsbedingte Behinderungen.....	119
5.6.	Ernährung.....	120
5.7.	Körperliche Aktivität .....	123
5.8.	Psychische Fehlbeanspruchung .....	124
5.9.	Sucht.....	125



8.4.4.	Regulierung durch <i>Managed Care</i> .....	186
8.4.5.	Regulierung durch Wettbewerb .....	188
8.4.6.	Regulierung durch Rationierung.....	188
8.4.7.	Wissenschaft als Regulierungskonzept.....	189
8.4.7.1.	<i>Evidence-based Medicine</i> .....	189
8.4.7.2.	Die Cochrane Collaboration .....	191
8.4.7.3.	Leitlinien.....	191
8.4.8.	Gesundheitsökonomie als Regulierungskonzept .....	192
8.4.9.	Regulierung durch Produktdefinition .....	195
8.4.10.	Regulierung durch Honorierung.....	196
8.4.11.	Regulierung durch Budgetierung.....	196
8.4.12.	Regulierung durch das Recht .....	197
8.4.13.	Regulierung durch ethische Prinzipien.....	198
8.4.14.	Regulierung durch Qualitätssicherung.....	198
8.4.15.	Regulierung durch Begutachtung .....	199

## **9. Das System der Gesundheitssicherung, der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation und der Pflege 200**

9.1.	Nichtinstitutionalisierte Systeme .....	200
9.2.	Institutionalisierte Systeme .....	201
9.3.	Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland .....	203
9.3.1.	Träger von Versorgungsleistungen der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland.....	203
9.3.2.	Träger gesundheitlicher und medizinischer Versorgungsleistungen im Rahmen der privaten Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland .....	207
9.4.	Das System der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik.....	208
9.4.1.	Die ambulante ärztliche Versorgung .....	208
9.4.2.	Die stationäre medizinische Versorgung .....	210
9.4.3.	Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD).....	212
9.4.4.	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) .....	213
9.4.5.	Träger der Rehabilitation .....	214
9.4.6.	Träger der Pflege.....	216
9.5.	Berufsstrukturen in der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung.....	218

## **10. Steuerung und Regulation im deutschen Gesundheitssystem 220**

10.1.	Akteure der Gesundheitsversorgung .....	220
10.1.1.	Der Staat.....	222
10.1.2.	Das Bundesversicherungsamt (BVA) .....	224
10.1.3.	Die Gesetzlichen Krankenkassen.....	224
10.1.4.	Die Landesausschüsse und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) .....	226
10.1.5.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen .....	226
10.1.6.	Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.....	227
10.1.7.	Die Versicherten und die Arbeitgeber.....	227
10.1.8.	Regulierung durch das Recht .....	228
10.1.9.	Die Medizingeräte- und Pharmaindustrie .....	230
10.2.	Regulierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung .....	230
10.2.1.	Regulierungsziele .....	230
10.2.2.	Steuerung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	231
10.2.3.	Steuerung durch Bedarfsplanung.....	232
10.2.4.	Steuerung durch Wettbewerb .....	232
10.2.5.	Steuerung durch Vertragsgestaltung .....	233

10.2.6.	Steuerung durch den Risikostrukturausgleich (RSA) und Disease Management Programme (DMP) .....	233
10.2.7.	Honorierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung .....	234
10.2.7.1.	Honorierung ambulanter Leistungen .....	234
10.2.7.2.	Honorierung stationärer Leistungen .....	235
10.2.8.	Steuerung durch Qualitätssicherung .....	236
10.2.9.	Steuerung durch Begutachtung .....	239
10.2.9.1.	Begutachtung zur Nachfragesteuerung .....	239
10.2.9.2.	Begutachtung zur Anbietersteuerung .....	241
10.3.	Die privaten Krankenkassen .....	241
10.4.	Versorgungsformen .....	241
10.4.1.	Ambulante Versorgung .....	241
10.4.2.	Stationäre Versorgung .....	242
10.4.3.	Besondere medizinische Versorgungsformen .....	242
10.4.3.1.	Hausärztliche Versorgungsmodelle .....	242
10.4.3.2.	Strukturierte Behandlungsprogramme ( <i>Disease Management</i> ) .....	243
10.4.3.3.	Integrierte Versorgung .....	243
10.4.3.4.	Ambulante Versorgung am Krankenhaus .....	244
10.4.3.5.	Ambulante Operationen im Krankenhaus .....	244

## **11. Sozialmedizinische Aspekte der Sozial- und Gesundheitspolitik 245**

11.1.	Aufgaben der Gesundheitspolitik .....	245
11.2.	Leitbilder für Gesundheit und Hilfeleistung in Deutschland .....	246
11.3.	Verantwortung für Gesundheit, Krankheit und Hilfeleistung .....	247
11.4.	Geschichte und Typen der Sozialpolitik und Gesundheitspolitik .....	251
11.5.	Der Reformdruck auf das System der Gesundheitsversorgung .....	254
11.5.1.	Die demografische und die epidemiologische Transition .....	254
11.5.2.	Der Wandel sozialer Interessen .....	254
11.5.3.	Der wissenschaftliche Innovationsdruck .....	255
11.5.4.	Der Wandel ökonomischer Rahmenbedingungen .....	256
11.5.5.	Defizite der Gesundheitspolitik .....	256
11.6.	Entwicklungslinien der Gesundheitspolitik .....	257
11.7.	Gesundheitsberichterstattung .....	258
11.8.	Ausgewählte gesundheitspolitische Orientierungen .....	259
11.9.	Leistungssteuerung der medizinischen Versorgung .....	260
11.10.	Wettbewerbsorientierung der Kassen .....	260
11.11.	Wandel ärztlicher Berufsausübung .....	261
11.12.	Die berufsständische ärztliche Selbstverwaltung .....	261

## **12. Gesundheitsförderung 263**

12.1.	Leitkonzept der Gesundheitsförderung .....	263
12.2.	Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik .....	266
12.3.	Gesundheitsprobleme der Zukunft .....	267
12.4.	Wandel der Strategien in Prävention und Gesundheitsvorsorge .....	268

## **Index**

# 1. Empirie und Erklärungskonzepte sozialmedizinischer Fragestellungen

## 1.1. Wahrnehmungsmuster der Sozialmedizin

### 1.1.1. Häufige und seltene Krankheiten

Die Anzahl der beim Menschen vorkommenden Krankheiten lässt sich nicht genau angeben.

#### ■ Erläuterung:

Das Verzeichnis der Krankheiten, die "Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10-GM) – derzeit in der 10. Revision gültig – hat 22 Kapitel mit jeweils 4 bis 22 Hauptgruppen unter denen Krankheiten 4- und 5-stelligen Schlüsselnummern zugeordnet werden. Insgesamt lassen sich so etwa 20.000 Gesundheitsprobleme verschlüsseln.

Gründe für die Unsicherheit bei der Ermittlung der tatsächlichen Anzahl der Krankheiten und Gesundheitsstörungen sind:

- die Eradikation von Krankheiten
- das Auftreten neuer Krankheiten
- die Entdeckung neuer Krankheiten, die bislang mangels besseren Wissens unter anderen Bezeichnungen geführt worden sind
- die Zusammenführung von bislang als verschiedenen aufgefassten Krankheiten zu einer gemeinsamen Diagnosenbezeichnung
- der Wandel der Klassifikation von Krankheiten

Hinter gleich bezeichneten Zuständen von Kranksein können sich verschiedene Krankheiten verbergen, ebenso wie als gleichartig benannte Zustände tatsächlich unterschiedliche Krankheiten sein können. Gleich bezeichnete Krankheitsfälle können in sehr unterschiedlicher Ausprägung vorliegen, also zwischen den Menschen hinsichtlich der Schwere und der Symptome sowie der individuellen Konsequenzen variieren.

#### ■ Erläuterung:

Werden Häufigkeiten des Krankseins in einer Bevölkerung gezählt und mit der einer anderen Bevölkerung oder mit Angaben aus früheren Epo-

chen verglichen, können solche Häufigkeiten nicht voraussetzungslos inhaltlich interpretiert werden.

Die ganze Vielfalt der beim Menschen vorkommenden Krankheiten wird weder dem Medizinstudenten in seiner Ausbildung, noch der Ärztin oder dem Arzt in seinem Berufsleben je begegnen. Im ärztlichen Erfahrungsbezug ist die Mehrzahl aller Krankheiten selten.

#### Beispiel:

Angenommen Anlässe die zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung führen, wären nach dem Zufall verteilt, "entfielen" die im Jahr 2006 etwa 58.000 als neu diagnostizierten Erkrankungen an einem Mamma-Ca auf etwa 135.000 Ärzte in der ambulanten Versorgung. Dies würde bei Gleichverteilung bedeuten, dass jeder dieser Ärzte etwa alle drei Jahre einmal vor der Aufgabe steht, ein solches Karzinom richtig zu erkennen. Aus dieser Sicht handelt es sich also um eine seltene Krankheit.

Die beim Menschen bekannten Krankheiten kommen in unterschiedlicher Häufigkeit vor. Die bekannten Krankheiten kommen nicht in allen Regionen der Erde und ethnischen Gruppen vor. Die vorkommenden Krankheiten veranlassen die Betroffenen mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit zum Aufsuchen medizinischer Versorgungseinrichtungen.

#### Weiterhin ist zu beachten:

- Gleichartige Krankheiten werden von den Betroffenen sehr unterschiedlich erlebt, verarbeitet und bewältigt.
- Menschen können zugleich an mehreren Krankheiten leiden und zwar vorübergehend, wiederholt oder dauerhaft, ebenso wie es Krankheiten gibt, die eine Person nur einmal im Leben bekommen kann.
- Da praktisch bei allen Krankheiten die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens in einer Bevölkerung ungleich verteilt ist, hängen Art und Zahl der dokumentierten Krankheitsfälle von einer Vielzahl von Variablen, z.B. vom Alter, vom Geschlecht, von der Bildung, der Art der beruflichen Tätigkeit, tradierten Lebensstilen, der Zugänglichkeit medizinischer Hilfe oder von den

sozialen und natürlichen Gegebenheiten in der Lebensumwelt ab.

- Die Beschreibung einer Krankheit als "häufig" oder "selten" macht nur Sinn, wenn es hierfür ein räumliches und zeitliches Bezugssystem gibt.
- Die Eigenschaft des häufigen oder seltenen Auftretens von Krankheiten kann sich immer dann ändern, wenn eine Bevölkerung ihren Umfang und/oder ihre Struktur ändert. Deshalb kann aus der alleinigen Feststellung des Häufigkeitswandels von Krankheiten nicht auf Änderungen in der Gefährdung geschlossen werden.

Angaben über die Häufigkeit von Krankheiten in einer Bevölkerung bedürfen eines räumlichen und zeitlichen Bezuges.

Dies führt zu folgender Überlegung:

Wollte jemand alle beim Menschen möglichen Krankheiten direkt beobachten, müsste er Generation um Generation praktisch die gesamte Erdbevölkerung regelmäßig untersuchen.

Beispiel:

Gesetzt den Fall an der "häufigen" Krankheit "Diabetes mellitus" würden 5 % eines Geburtsjahrganges jenseits des 50. Lebensjahrs erkranken und diese Gefährdung hätte sich in den Jahrtausenden der Menschheitsgeschichte nicht geändert, die Zuckerkrankheit wäre also z.B. mit gleicher Wahrscheinlichkeit bereits bei den Jägern und Sammlern festzustellen gewesen, kann folgendes Gedankenexperiment konstruiert werden: Die Gemeinschaften jener Zeit erreichten Populationsstärken von etwa 100 Personen. Deren mittlere Lebenserwartung dürfte 20 bis 25 Jahre kaum überschritten haben. Die Wahrscheinlichkeit, dass von den in dieser Zeit Geborenen eine Person das 50. Lebensjahr erreichte, war also sehr klein. Nimmt man an, im Durchschnitt seien 2 % älter als 50 Jahre geworden, also 2 von diesen Hundert, und von diesen über 50-jährigen würden nun 5 % an Diabetes erkranken, wäre alle 10 Jahre mit einem neuen Fall von Diabetes mellitus zu rechnen gewesen. Diabetes mellitus war also zu jener Zeit eine sehr selten vorkommende Krankheit, obwohl in diesem Gedankenexperiment eine Konstanz der Erkrankungswahrscheinlichkeit über die Jahrtausende hinweg unterstellt wurde.

Eine vollständige Dokumentation der auftretenden Krankheitsfälle in Zeit und Raum ist nie möglich. Folglich sind auch die Kenntnisse über die Häufigkeit und die Verteilung der Krankheiten begrenzt.

### ■ Erläuterung:

Der Wandel einer Bevölkerung, z.B. hinsichtlich ihrer sozialen oder ihrer Altersstruktur, kann zur Folge haben, dass aus ehemals seltenen Krankheiten häufige und aus häufigen wiederum seltene Krankheiten werden. Merkmale wie "häufig" oder "selten" sind deshalb keine Eigenschaften von Krankheiten, sondern Eigenschaften von Bevölkerungen.

Was hier als "Wandel" bezeichnet wird, kann auf folgende Weise erläutert werden:

- Jeder Mensch verändert sich innerhalb seines Lebens. Solche Wandlungen lassen sich biologisch, z.B. durch die Ontogenese oder sozialwissenschaftlich, z.B. durch Sozialisationsprozesse beschreiben. Das Zeitmaß des Wandels ist die Lebenszeit, innerhalb derer sich die Prozesse Wachstum, Reifung und Alterung vollziehen. Hier ist das Zeitmaß des Wandels die individuelle biologische Zeit.
- Die Betrachtung von Krankheitshäufigkeiten kann aber auch aus einer historischen Perspektive erfolgen ("Früher waren die Menschen häufiger/seltener krank. Früher litten die Menschen an anderen Krankheiten."). Ob sich menschliche Individuen im Ablauf der Geschichte verändern, kann wegen der Endlichkeit und der Einmaligkeit eines Menschenlebens für Individuen nicht beurteilt werden. Beurteilt werden kann allein, ob sich die Struktur einer menschlichen Gemeinschaft oder deren Lebensbedingungen, Lebensweisen, Lebensstile und Verhaltensweisen oder jeweils deren soziale Sinnhaftigkeit, kulturelle Normierung und Wertorientierungen verändert haben. Hier ist das Zeitmaß des Wandels die epochale oder kalendarische Zeit.

Das Krankheitspanorama, also die Struktur der vorkommenden Krankheiten und deren Häufigkeit in einer Bevölkerung, ist wandelbar. Dieser Wandel geht im Regelfall auf menschliche Verursachungen zurück und ist deshalb ein sozialer Prozess.

### 1.1.2. Die Ungleichheit der Menschen vor Krankheit und Tod

Menschen sind vor Krankheit und Tod ungleich.

### ■ Erläuterung:

Krankheiten sind unter den Menschen ungleich verteilt. Dies gilt analog auch für die Chancen, im Falle von Krankheit angemessene Hilfe zu erfahren oder die physischen, psychischen und sozialen Folgen von Krankheit bewältigen zu können.

Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe:

- biologisch-genetische Ursachen
- Ursachen der natürlichen Umwelt (z.B. klimatische Gegebenheiten, regional typische Naturkatastrophen, Verfügbarkeit natürlicher Ressourcen, ökologische Bedingungen)
- kulturelle Unterschiede in den Traditionen und Wertorientierungen und deren Folgen für die sozialen Lebensweisen und individuellen Lebensstile
- Veränderungen der natürlichen Umwelt durch den Menschen (z.B. anthropogene Umwelteinflüsse)
- die Art der Arbeitstätigkeit und der berufsspezifischen Gefährdungen
- Ungleichheiten in der Verteilung der natürlichen Ressourcen und der produzierten Güter
- Verfügbarkeit einer quantitativ und qualitativ angemessenen Ernährung
- Verfügbarkeit sozialer Ressourcen und des Zugangs zu Bildung und Erwerbsarbeit
- Zugang zu rechtzeitiger und effektiver Hilfeleistung

Wenn Menschen ihre soziale Ungleichheit vor Krankheit und deren Folgen wahrnehmen und als Ungleichheit bzw. als Ungerechtigkeit oder Benachteiligung bewerten, werden sie auch nach Strategien suchen diese zu überwinden. Deshalb sind Gesundheitsprobleme auch mögliche Ursachen sozialer Konflikte.

### ■ Erläuterung:

Erklärungsmodelle für solche Ungleichheiten sind Gegenstand von Konflikten unterschiedlicher Interessengruppen. Eine der besonderen Aufgaben der Sozialmedizin ist in diesem Zusammenhang die sachgerechte Beschreibung und Bewertung solcher Ungleichheiten sowie die Entwicklung von Strategien zu deren Bewältigung und ggf. Überwindung.

Es existiert jedoch kein plausibles theoretisches Modell, welches die völlige soziale oder biologische Gleich- bzw. Zufallsverteiltheit von Krankheit

und Lebensdauer zu einem sinnvollen Handlungsziel machen könnte.

Die Auseinandersetzung mit der sozial bedingten Ungleichheit der Menschen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten

- Gesundheitsrisiken zu vermeiden und zu kontrollieren
- im Falle von Krankheit Hilfe zu erfahren und
- die Folgen von Krankheit zu bewältigen

bilden den Kern des sozialmedizinischen Wissenschaftskonzepts.

### 1.1.3. Der Wandel der Gesundheitsprobleme

Die wichtigste Legitimation von Gesundheitspolitik, Prävention und medizinischer Interventionen ist die Veränderbarkeit der gesundheitlichen Probleme von Menschen.

### ■ Erläuterung:

Aus der Veränderbarkeit von Gesundheitsproblemen folgt Wandel. Die Beschreibung und Bewertung solcher Wandlungsprozesse hinsichtlich der Ursachen, der Mechanismen und der Folgen ist eine der Voraussetzungen für die Evaluation von Politikfolgen, einschließlich der Sozial- und Gesundheitspolitik. Der Wandel der Gesundheitsprobleme lässt sich nur quantitativ und in Bezug auf definierte Bevölkerungen beschreiben. Entsprechende potenzielle Indikatoren sind

- das Vorkommen von Krankheiten, Behinderungen und Todesursachen
- die Dauer des Lebens
- das Tempo von Alterungsprozessen
- die physischen, psychischen und sozialen Folgen von Krankheit und Behinderungen
- die soziale und individuelle Bedeutung von Krankheit und Behinderung
- die Möglichkeiten wirksamer präventiver, medizinischer, rehabilitativer und sozialer Hilfeleistungen
- die soziale und kulturelle Bewertung einzelner potenzieller Ursachen von Krankheit
- die jeweiligen gesellschaftlichen Anforderungen an das System der Gesundheitsversorgung und -sicherung.

Die Ursachen, die Mechanismen, die Richtung und die Konsequenzen des Wandels der Gesund-

heitsprobleme sind der wissenschaftliche Gegenstand der Sozialmedizin.

### 1.1.4. Der Wandel von Systemen der Gesundheitssicherung und der medizinischen Hilfeleistung

Das Gesundheitssicherungssystem umfasst die Gesamtheit der politischen, ökonomischen und rechtlichen Regulationen, die dem Schutz, der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Bewältigung von physischen, psychischen und sozialen Krankheitsfolgen dienen.

#### ■ Erläuterung:

Weltweit haben sich sehr verschiedene Gesundheitssicherungssysteme herausgebildet. Dies hat im Einzelfall ein Geflecht von Ursachen:

- Werte, Normen und kulturelle Traditionen
- die vorherrschenden politischen und wirtschaftlichen Interessen und Handlungsmotive
- der Bedarf an medizinischer Hilfeleistung
- die nationalen ökonomischen Ressourcen

Die Gesundheitssicherungssysteme sind der politischen und ökonomischen Architektur einer Gesellschaft nachgeordnet und folgen deshalb auch dem gesellschaftlichen Wandel, bzw. ist der Wandel der Gesundheitssysteme immer auch ein Indikator des gesellschaftlichen Wandels. Im Wesentlichen lassen sich unterscheiden

- staatliche bzw. steuerfinanzierte Systeme
- sozialversicherungsorientierte Systeme bzw. Umlagesysteme, auch parafiskalische Systeme genannt
- kapitalgedeckte Systeme (freiwillige oder obligatorische) auf der Basis einer Äquivalenz des Preises für ein Versicherungsprodukt und dem damit individuell erworbenen Leistungsanspruch
- eine Vielfalt von Misch- und Übergangsformen

Die Art des Finanzierungssystems hat in der Regel weitreichende Folgen für

- Leistungsnormen
- Zugänglichkeit
- Organisation, Regulation und Steuerung der Versorgung
- Die Entgeltungskonzepte medizinischer und sonstiger Gesundheitsdienstleistungen

Da sich die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für Gesundheitssysteme immer wieder ändern, unterliegen die Gesundheitssicherungssysteme einem ständigen Reformdruck. Zusätzlich erzeugen wechselnde politische und wirtschaftliche Interessen Druck, der beständig auf das Interesse an entsprechenden Systemtransformationen abzielen kann.

Das Gesundheitsversorgungssystem umfasst alle jene Infrastrukturen und Leistungsprozesse, welche die notwendigen bzw. jeweils als Rechtsanspruch definierten Leistungen zur Gesundheitsversorgung erbringen. Das System der medizinischen Versorgung ist hierbei nur ein Teil des gesamten Gesundheitsversorgungssystems.

#### ■ Erläuterung:

Ein leistungsfähiges Gesundheitsversorgungssystem ist auch daran zu messen, ob Infrastruktur und Leistungsangebote den Hilfebedürfnissen aller Menschen angemessen entsprechen. Ob also ein Gesundheitsversorgungssystem zweckdienlich (effektiv) ist, hängt auch von der sozialen Struktur einer Bevölkerung ab.

Um dies entscheiden zu können, ist eine kontinuierliche Beobachtung des Bedarfs (quantitativer Aspekt) und der Bedürfnisse (inhaltlicher Aspekt) nach Maßnahmen der Gesundheitsversorgung erforderlich. In allen Systemen, bei denen die Chance Hilfe zu erlangen, nicht von der individuellen Kaufkraft abhängt, ist deshalb die Bedarfsermittlung eine der wichtigsten praktischen Aufgaben der Sozialmedizin.

Die Effektivität eines Gesundheitsversorgungssystems hängt vor allem von zwei Aspekten ab. Diese sind

- die medizinische und soziale Problemadäquanz und
- Anpassungsfähigkeit des Systems an sich ändernde Rahmenbedingungen und Handlungserfordernisse.

## 1.2. Gesundheitliche Handlungsziele

Schutz, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit beschreiben ein breites Spektrum von Handlungszielen:

- die Verhinderung, Beseitigung und Kontrolle von Gesundheitsgefährdungen
- die Verhinderung von vorzeitigem Tod
- die Sicherung des Zugangs zu Prävention und medizinischer Versorgung
- die rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten
- die Milderung der physischen, psychischen und sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung
- die Schaffung von Voraussetzungen, die auch bei chronischer Krankheit, schwerwiegenden Krankheitsfolgen oder Behinderungen eine aktive und möglichst selbständige Lebensgestaltung gestatten
- die Hilfe und Unterstützung bei eingeschränkter oder verllorener Selbständigkeit

Hieraus folgen die **Interventionsfelder** in

- der Gesundheitsförderung
- der Prävention
- der medizinischen Versorgung
- der Rehabilitation
- der Pflege

Gesundheitsversorgung ist an vielfältige **Voraussetzungen** gebunden:

- Forschung, Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung
- Arbeitsteilung und Kooperation der Institutionen und Professionen
- leistungsfähige Infrastrukturen und Versorgungsprozesse
- ethische Standards und Rechtssicherheit für Patienten und Gesundheitsberufe
- Beachtung und Respektierung kultureller Traditionen und der Würde des Menschen
- ausreichende Unabhängigkeit des Hilfeanspruchs von den individuellen finanziellen Ressourcen

In gleicher Weise vielschichtig sind die **Verantwortlichkeiten** in der Gesundheitsversorgung:

- gesellschaftliche Verantwortung (Selbstverantwortung der Individuen und der wirtschaftlich Tätigen, gemeinschaftliche Verantwortungen von Familien, Bürgerinitiativen und Selbsthilfen, von Gewerkschaften, Kirchen, karitativen Organisationen u.ä.m.)
- staatliche Verantwortung (Legislative, Judikative, Exekutive, Bund, Länder, Gemeinden u.ä.m.)

- professionelle Verantwortungen (medizinische und pflegende Berufe, Wissenschaftler, Warenproduzenten u.ä.m.)

Vor diesem Hintergrund können prioritäre Handlungsziele immer nur für bestimmte Zeitabschnitte, Regionen, Teilaufgaben und Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung oder für Teilgruppen der Bevölkerung benannt werden.

Gesundheitsbezogene Handlungsziele werden von der Sozialmedizin mit vorbereitet, jedoch nicht von ihr entschieden. Die Festlegung prioritärer Handlungsziele ist eine öffentliche Aufgabe.

### 1.3. Sozialmedizin – Konturen einer Wissenschaft

#### 1.3.1. Sozialmedizin – Skizze zur Geschichte der Sozialmedizin

Die Herausbildung der Sozialmedizin als eine eigenständige medizinische Wissenschaft zu Beginn des 20. Jahrhunderts – in der deutschen Wissenschaftstradition zunächst unter der Bezeichnung Sozialhygiene – ist das Ergebnis von Entwicklungen, die in das 18. Jahrhundert zurückreichen.

Drei wichtige Entwicklungen sind:

- ① die wachsende Verantwortung des Zentralstaats bei der Regulierung der sanitären und hygienischen Lebensbedingungen und bei der Fürsorge für eine wachsende Anzahl armer, gebrechlicher und alter Menschen vor allem in den Städten und das Interesse an der Vermeidung sozialer Unruhen
- ② die Entstehung der empirischen und methodischen Grundlagen der Demografie und der Medizinalstatistik
- ③ vielfältige philosophische Einflüsse auf das theoretische Denken in der Medizin

#### ■ Erläuterung:

① Der Übergang von der feudalen zur frühen kapitalistischen Gesellschaft war mit der Auflösung tradierter bäuerlicher Lebensformen, der Herausbildung großer Siedlungsgebiete, einem neuen Typus von Städten, der unregulierten industriellen Produktion und der Entstehung des Industriearbeiters verbunden. Neue Lebensweisen, Lebensstile und Gesundheitsgefahren im Gefolge neuartiger Produktions- und Verteilungsweisen, Massenarmut und industrielle Kinder- und Frauenarbeit

bewirkten neuartige Ungleichheiten vor Krankheit und Tod. Dem Zuwachs an sozialen und ökonomischen Möglichkeiten und Perspektiven der Besitzenden standen Erscheinungen der Verelendung, des Hungers, des Mangels, der menschlichen Erniedrigung, der Kinderarbeit und der Auflösung sozialer Bindungen gegenüber. Kranksein und Behinderung sowie früher Tod wurden Massenphänomene. Gleichzeitig fehlten angemessene und für die Masse der Menschen verfügbare Infrastrukturen der sozialen und medizinischen Hilfeleistung.

Dieser Gegensatz wurde (zunächst in Frankreich und England) immer deutlicher als eine gesellschaftliche Verantwortung wahrgenommen und förderte reformerische Bemühungen. Dies setzte die Einsicht voraus, dass das gesundheitliche Elend seine Ursachen in den gesellschaftlichen Zuständen fand, also durch die sozialen Existenzbedingungen selbst erzeugt war, zumindest aber die Einsicht, dass dies auch Folgen für die Zukunftsfähigkeit der neuen kapitalistischen Produktions- und Verteilungsweise hat, also nicht allein ein Problem der "Eigenverantwortung" der unteren sozialen Schichten war.

Der französische Philosoph J. J. Rousseau (1712-1778) und sein englischer Zeitgenosse D. Hume (1711-1776) übten mit ihren reformistischen Bestrebungen einen nachhaltigen Einfluss auf viele Intellektuelle und Ärzte jener Zeit aus. So auf J. P. Frank (1745-1821). Dessen Schrift "System einer vollständigen Medizinischen Polizey" war der bis dahin bedeutendste Versuch, eine Konzeption des staatlichen Gesundheitsschutzes (vor allem in der Produktionswelt) zu schaffen. In den theoretischen Voraussetzungen verlangte das eine Prämisse, für die zunächst noch die Basis fehlte: ein am Gesamtwohl interessierter Zentralstaat, der bereit und fähig gewesen wäre, auch Verantwortung für den Gesundheitsschutz zu übernehmen.

J. P. Frank, "Akademische Rede vom Volkseleud als der Mutter der Krankheiten", Pavia, 1790: "Da jeder Grundbesitz zwischen den Mächtigen und Reichen im Staate geteilt ist, so besteht kaum ein anderer Unterschied zwischen dem gemeinen Mann und dem eigentlichen Zugvieh, als daß dieses vorausgeht und den Pflug zieht, jener aber ihn lenkt und hinterdrein geht. Können wir da etwa erwarten, daß bei einer solchen sklavischen Verfassung der Bürger, die von jedem Besitzrecht ausschließt, ihre Hinneigung zum Vaterland größer als die der Haustiere, welchen sie

*sich im Wert so ziemlich gleichgestellt finden?... Daß sie durch Erzeugung von Nachkommen die Unmöglichkeit ihres eigenen Lebensunterhaltes noch zu vergrößern trachten? Daß sie die Geborenen am kalten Busen mit warmer Liebe hegen und aufziehen? Daß sie sie bei gefährlichen Krankheiten zu einem noch größeren Elend des Lebens, zu dem gleichen ihrer Eltern zu erhalten trachten?... Daß sie sie mit Beharrlichkeit zu einer sittlichen Haltung anhalten, die ihnen nur Schimpf und Schelte, drückenden Hunger und schließlich den Tod selbst von anderen geduldig hinzunehmen gebietet?"*

So forderte der hessische Staatsrechtler und Abgeordnete Franz Josef von Buss (1803-1878), in seiner berühmten "Fabrikrede" (1837), die Industrialisierung mit sozialpolitischen Grundsätzen zu vereinen. Buss verlangt im Besonderen staatliche Hilfsmaßnahmen für die Opfer der Industriearbeit, Arbeitszeitbegrenzung, Unfallschutz, Bildungsmaßnahmen und staatlicher Hilfe bei Existenzgründungen.

Der Wandel der Gesundheitsprobleme hat die Wissenschaften immer wieder beschäftigt, u.a., weil er ein Indikator der sozialen Entwicklung ist.

C.H.F. Marx, 1843, "Über die Abnahme der Krankheiten durch die Zunahme der Civilisation", Abh. d. Königl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen, Bd. 2, 1842-1844, Göttingen 1845, 43-96): "Man hört... die Klagen, daß unsere Zeit, so sehr sie in materieller und geistiger Hinsicht vorwärts schreite, doch in physischer Hinsicht zurückkomme, dass das Befinden der Menschen gegen sonst schwächer und schwankender geworden, dass es von weit mehr Gefahren bedroht sey, und dass überhaupt die Krankheiten sowohl an Extensität als auch an Intensität zugenommen hätten. Vieles scheint für diese Klagen zu sprechen, besonders aber die Überfeinerung der Sitten und Genüsse, welche die Civilisation mit sich führt, wovon Abspannung und Schwäche als eine nothwendige Folge und die wachsende Zahl der Krankheitsnamen, so wie der zu ihrer Heilung bestimmten Einrichtungen als hinreichende Beweise gelten.... Zwar möchte man leicht versucht seyn zu glauben, dass ein freies, naturgemäßes Leben dem Menschen am zuträglichsten sey, dass man dem Ackerbaue, dem Fischfange, der Jagd die meisten Stunden widmen müsse, um eines ungestörten Befindens sich zu erfreuen... So richtig diese Vorstellung in mehrerer Beziehung seyn mag, so sehr ist der Unterschied zu beachten, welcher zwischen der Beschäftigung mit der Natur, die aus Vergnügen für eine kurze

*Zeit gewählt wird, stattfindet und zwischen der, welche als nothwendige und beständige Forderung der Existenz, des Lebensunterhalts erscheint. Der Bauer, der Fischer, der Jäger wissen noch von anderen als von den bloss angenehmen Empfindungen und Folgen ihres Berufs zu erzählen."*

Mit der industriellen Revolution änderte sich der gesellschaftliche Rahmen der Gesundheitsprobleme dieser Zeit. Die Einführung neuer Produktionsmittel, weit reichende Umgestaltungen in der Produktionsorganisation, Kapitalakkumulation in der Produktionswelt in geschichtlich nicht gekannten Dimensionen und vor allem die Entstehung der Industriearbeit schufen neue Erfordernisse und Interessen am Gesundheitsschutz. Die rapide Urbanisierung, die Verelendung des Industrieproletariats, die wachsende Ausbeutung von Mensch und Natur praktisch ohne jede Form der Regulation, Monokultivierung des nutzbaren Bodens, der allein ökonomisch regulierte Verbrauch und Verschleiß menschlicher Arbeitskraft, der zunehmend auch Frauen und Kinder erfasste, das Fehlen hygienischer Normative, die Auflösung tradierter sozialer Strukturen, vor allem der Familie, wurden Quellen eines Elends, das in dieser Konzentration neu war.

Gelehrte, Vertreter der Kirchen und auch Repräsentanten der Medizin beunruhigte diese Entwicklung. In Deutschland seien R. Virchow (1821-1902), S. Neumann (1819-1908) und R. Leubuscher (1828-1861) als Beispiele für Ärzte genannt, die vehement für eine Besserung oder Linderung des gesundheitlichen Elends eintraten. Die maßgebliche Mitwirkung Virchows an der Entscheidung über den Bau einer leistungsfähigen Kanalisation in Berlin darf zu seinen hervorragenden Verdiensten gezählt werden. Seine Analyse über die Ursachen des Hungertyphus in Oberschlesien ist ein frühes Dokument für das wachsende sozial- und gesundheitspolitische Engagement in Teilen der Ärzteschaft. In England waren es z.B. J.B. Bentham (1748-1832) und E. Chadwick (1800-1890), die sich für *Public Health* einsetzten, in Frankreich bemühte sich J. Guérin (1801-1886) um öffentliche Fürsorge für die Armen und den Schutz der Kinder. Das Verbot der Kinderarbeit in Deutschland 1878 ist vor diesem Hintergrund auch als ein präventiver wie auch zivilisatorischer Fortschritt zu werten. Bereits im 16. Jahrhundert waren auf Betreiben von T. Renaudot (1586-1653), einem Freund Richélieus, in Frankreich sog. Dispensaires

zur kostenlosen ärztlichen Behandlung und Versorgung der Pariser Armen mit Arzneien eingerichtet worden. Ähnliche Entwicklungen von Dispensaires folgten 17. und 18. Jahrhundert auch in England. Später fanden diese Zeugnisse einer entstehenden staatlichen Verantwortung für gesundheitliche Belange auch in den USA Verbreitung und hatten dort noch bis in das 20. Jahrhundert in vielen bedeutenden Wirtschaftszentren, wie Philadelphia, New York, Boston oder Baltimore, eine wichtige Versorgungsfunktion.

Die neuen Fragen drängten auf die Etablierung einer eigenständigen wissenschaftlichen Basis zu ihrer Beantwortung. In Deutschland seien aus der Vielzahl von Ärzten, die für die Entstehung einer sich dieser Fragen annehmenden selbständigen medizinischen Disziplin eintraten und sich mit den Zusammenhängen von sozialer Lage, Gesundheit und Gesundheitsfürsorge beschäftigten, A. Gottstein (1857-1941), A. Fischer (1873-1936) und A. Grotjahn (1869-1931), erster Lehrstuhlinhaber für Sozialhygiene (1920) an der Berliner Universität, genannt.

Die Entwicklung der Sozialhygiene in Deutschland endete nach nur 13 Jahren 1933. Mit dem Machtantritt des Nationalsozialismus wurde die junge Disziplin verboten und viele ihrer Exponenten emigrierten in die USA oder erhielten Berufsverbot. Versuche, die Sozialhygiene als methodisch und theoretisch einheitliche Disziplin nach 1945 im Westen Deutschlands bzw. nach 1949 in der Bundesrepublik akademisch erneut zu etablieren, misslangen. 1968 forderte der damalige Minister für Arbeit und Sozialordnung die Etablierung der Sozialmedizin an den Hochschulen. Dies ist bis heute nur teilweise gelungen. Einen etablierten Platz hat die Sozialmedizin hingegen an den Hochschulen mit Ausbildungsrichtungen für nicht ärztliche, soziale und weitere Gesundheitsberufe.

② Eine zweite wichtige Quelle des neuen Fachgebiets **Sozialhygiene** war die Herausbildung methodischer Grundlagen. Um die Gesundheitsverhältnisse einer Bevölkerung abbilden zu können, bedurfte es hinreichend qualifizierter und systematischer demografischer und medizinalstatistischer Aufzeichnungen. Eine erste große Leistung auf diesem Gebiet vollbrachte in Deutschland der Feldprediger J. P. Süssmilch (1707-1767), der eine umfangreiche demografische und medizinalstatistische Datensammlung vorlegte. Hundert Jahre zuvor hatte in England J. Graunt (1620-1672)

bereits erste Grundlagen für eine systematische Sterblichkeitsanalyse ("*Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality*", 1662) erarbeitet. Diese Arbeiten können als Beginn der Todesursachenstatistik angesehen werden. G. W. Leibnitz (1646-1716) forderte die Aufzeichnung wesentlicher medizinischer Daten für die gesamte Bevölkerung und deren Verknüpfung mit Klimadaten, Angaben zur landwirtschaftlichen Produktion, Lebensmittelpreisen usw..

In Frankreich erstellte L. R. Villermé (1782-1863) auf der Basis von eigenen Untersuchungen an 760.000 (!) Arbeitern Frankreichs und der Schweiz ein einzigartiges Dokument zu deren gesundheitlicher Lage und Lebensbedingungen. Angesichts so großer Materialsammlungen wurden Fortschritte in der medizinisch-statistischen Methodik unbedingt erforderlich. Um sie machte sich frühzeitig ein Freund Villermés, der belgische Astronom und Mathematiker L. A. J. Quetelet (1796-1874) verdient. Selber Verfasser bemerkenswerter Schriften über gesundheitliche Belastungen in Belgien, verdienen seine Arbeiten noch heute Beachtung.

In England war es S. Smith (1788-1861), der die statistische Analytik mit praktischen Veränderungen der untersuchten Zustände zu verbinden suchte (*sanitary movement*).

Die rasch wachsenden dokumentarischen Materialien, nicht allein von Ärzten erhoben, sondern auch von den Kirchen und vom Staat oder den sich dann im 19. Jahrhundert rasch entwickelnden kommerziellen Versicherungsunternehmen, machten konzeptionelle Fortschritte immer dringender. Auch hierfür können nur Beispiele genannt werden.

1843 hielt C. H. F. Marx (1796-1877) vor der Königlichen Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen einen Vortrag "Über die Abnahme der Krankheiten durch die Zunahme der Civilisation", der als methodisches und methodologisches Konzept durchaus als weit in die Zukunft reichende Basis sozialmedizinischer und sozialepidemiologischer Forschung angesehen werden kann. Leider geriet diese bemerkenswerte Schrift offenbar in Vergessenheit, ebenso wie L. Mosers (1805-1880) Schrift "Die Gesetze der Lebensdauer" (1862). Die Lebensdaueranalytik war von dem Astronomen E. Halley (1656-1742) begründet worden. F. Oesterlen (1812-1877) veröffentlichte 1865 das erste "Handbuch der medizinischen Statistik".

③ Ein dritter Aspekt, der für die Herausbildung der Sozialhygiene Erwähnung finden muss, ist der Einfluss der Philosophie und Gesellschaftstheorie sowie von Entwicklungen in den Naturwissenschaften.

Mit I. Kant (1724-1804) und G. W. F. Hegel (1770-1831) hatte die Philosophie einen Höhepunkt erreicht und die Verantwortung der Menschen als eine staatsbürgerliche Maxime bestimmt. Die Ethik Kants und die Hegelsche Dialektik in der Natur- und Geschichtsphilosophie entsprachen jedoch nicht ausreichend den gesellschaftlichen und sozialen Bedürfnissen der industriellen Lebensweise. Neue soziale Schichten suchten nach Gesellschaftskonzepten, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse orientiert waren. Die Philosophen der Arbeiterbewegung wurden K. Marx (1818-1883) und F. Engels (1820-1895), auf die bürgerlichen Schichten übten z.B. A. Comte (1798-1857), L. Feuerbach (1804-1872) und H. Spencer (1820-1903) einen nachhaltigeren Einfluss aus.

Glaubte Comte noch an eine ideale menschliche Ethik, die durch die Herrschaft der kapitalistischen Produktionsweise und ihre intellektuellen Repräsentanten zur vollen Entfaltung gelangte, war Spencer Apologet des Kampfes ums Dasein. Die Teilung der Gesellschaft in soziale Klassen sah er als notwendiges und somit moralisch legitimes Ergebnis eines naturgesetzlichen Kampfes. Angesichts der erdrückenden Materialien über die soziale Ungleichheit unter den Menschen mussten solche Auffassungen verheerende Folgen haben. Auch die Philosophen O. Spengler (1880-1936) und H. Bergson (1859-1941) gewannen mit ihren Lehren großen Einfluss auf die Medizin, besonders durch die Verbindung ihrer philosophischen Auffassungen mit der Evolutionslehre C. Darwins (1809-1882).

Der sich nun herausbildende und weite Teile der Medizin und der Gesellschaft durchdringende **Sozialdarwinismus** schien die soziale Ungleichheit der Menschen vor Krankheit und Tod als eine naturgesetzliche Tatsache zu erklären und zu rechtfertigen. Diese Anpassung der Darwinschen Lehre an die Erklärung sozialer Phänomene, vor allem bei der Erklärung der sozialen Teilung der Gesellschaft als ein angebliches Ergebnis biologischer Auslesevorgänge, hatte für die Ursprünge einer sozialen Medizin verheerende Konsequenzen.

Mitte des 19. Jahrhunderts war es de Gobineau (1816-1882), dessen Theorie über die Ungleichheit

der Rassen große Bedeutung für die Wissenschaftsentwicklung und für die Anschauungen in dieser Zeit nicht nur in Deutschland, sondern praktisch in allen europäischen Staaten fand. Dieser Rassismus in Verbindung mit dem Sozialdarwinismus beeinflusste die Politik, die Wissenschaft, die Kultur, das Recht, vor allem das Familienrecht, und auch die Medizin. Als Beispiele seien hier P. Broca (1824-1884), Begründer der französischen Anthropologie, die Eugenik von F. Galton (1822-1911) oder die Ausarbeitung der Rassenhygiene durch A. Ploetz (1860-1940) genannt.

Vor diesem Hintergrund stellte sich das hygienische Elend zum Anfang des 20. Jahrhunderts als eine soziale Herausforderung in vielfacher Gestalt dar:

- soziale Ursachen des Erkrankens sowie mangelnde Hilfe bei der Heilung und der Bewältigung von Krankheitsfolgen mussten durch die Wissenschaften und die Politik anerkannt werden
- schlechte Gesundheitsverhältnisse als Folge sozialen Elendes musste als soziale Bedrohung der gesamten Gesellschaft und ihrer Zukunftsfähigkeit in das öffentliche Bewusstsein gelangen
- der Konflikt zwischen einer sozialen und einer biologischen Erklärung für die Ungleichheit musste in der Gesellschaft und in den Wissenschaften geführt werden

Beeinflusst von dem Ökonomen G. v. Schmoller (1838-1917), suchte A. Grotjahn (1869-1931) nach einer normativen sozialen Hygiene, die mittels der Legislative eine Besserung der verheerenden gesundheitlichen Verhältnisse (1900 starben noch 25 % aller Neugeborenen vor Vollendung des 1. Lebensjahres) herbeiführen konnte. Grotjahn war als prominenter Vertreter der Sozialhygiene und deren Namensgeber (1904) auch sozialdemokratischer Reichstagsabgeordneter und zeitweise maßgeblicher Berater sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Auch er geriet ab Mitte der 1920er Jahre zunehmend unter den Einfluss des Sozialdarwinismus, also der Entwicklungen, welche die soziale Spaltung der menschlichen Gesellschaften als natürlichen Selektionsvorgang deuteten und die dann konsequent in die eugenischen und rassenhygienischen Verbrechen der nationalsozialistischen Ideologie führten.

A. Fischer (1873-1936), eine weitere Schlüsselfigur in der Sozialhygieneentwicklung, war in der Frage der Eugenik zurückhaltender als Grotjahn. Die

durch die historisch neue Lebensweise erzeugte gesundheitliche Ungleichheit reduzierte sich für ihn jedoch auf negative Begleiterscheinungen der Industrialisierung und der Urbanisierung.

Mit dem Machtantritt des Faschismus verfiel das Fachgebiet, wurde an den Universitäten in die Rassenhygiene überführt und verlor ihre wichtigsten Vertreter durch Emigration oder physische Vernichtung.

### 1.3.2. Sozialmedizin – Einordnung in das Ensemble medizinischer Fachgebiete

Die sozialen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung hängen weitgehend von den ökonomischen Ressourcen und den rechtlichen Rahmenregelungen ab.

Die Schaffung der wissenschaftlichen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung verlangt hingegen das Zusammenwirken aller Humanwissenschaften und die Nutzung von Erkenntnissen der technischen Wissenschaften.

Die Medizin, sowohl in ihrem forschenden wie in ihrem praktischen Handeln, erfüllt in der Gesundheitsversorgung wichtige, insgesamt aber dennoch nur Teilaufgaben.

Der besondere Zugang der Sozialmedizin zu den Phänomenen von Gesundheit und Krankheit kann auf folgende Weise beschrieben werden:

Der Mensch ist das einzige Lebewesen das seine Gesundheitsverhältnisse aktiv verändern kann. Dies hat er in seiner bisherigen geschichtlichen Entwicklung erfolgreich getan, in dem er die Bedingungen seines Lebens, die Art und Weise der Erzeugung und Verteilung menschlicher Existenzmittel sowie seiner gesamten Lebensweise immer wieder verändert hat. Diese Erfahrung belegt, dass Krankheit kein Schicksal ist, also durch kausale (Prävention und Therapie) und finale Interventionen (Rehabilitation und Pflege) beeinflusst werden kann.

#### ■ Erläuterung:

Aus diesem Grunde haben die Art und Weise der Produktion, die Ernährungsweisen, die Wohnbedingungen, die Bildung, die rechtlichen und sozialen Sicherungen, die sozialen Normen und Traditionen, aber auch die Zugänglichkeit zu medizini-

scher Hilfe, einen direkten Bezug zu den jeweiligen historischen Gesundheitsverhältnissen. Mit dem Wandel solcher Bedingungen wandeln sich die vorherrschenden Gesundheitsprobleme, die so ihrerseits zu Indikatoren des sozialen Wandels und des Wandels der Beziehungen der Menschen zu ihrer Lebensumwelt werden.

Der Wandel der Gesundheitsprobleme in einer Bevölkerung lässt sich demnach durch seine

- Richtung
- Geschwindigkeit und
- soziale Differenzierung

beschreiben.

*Sozialmedizin* ist die Wissenschaft von der Phänomenologie, den sozialen Ursachen und den Folgen sich wandelnder Gesundheitsprobleme in Bevölkerungen sowie den sich jeweils ergebenden Aufgaben bei der Ausgestaltung der Prävention, der medizinischen Betreuung, der Rehabilitation und der Pflege. Das schließt die Evaluation der sozialen Wirksamkeit entsprechender Leistungsangebote sowie der hierfür vorhandenen Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie einzelne Programme und Maßnahmen ein.

#### ■ Erläuterung:

Die Sozialmedizin versteht den epochalen Wandel der Gesundheitsprobleme als Folge komplexer gesellschaftlicher Prozesse. Deshalb untersucht sie die Wechselwirkung zwischen dem gesellschaftlichen und sozialen Wandel und den jeweiligen Folgen für die Gesundheit.

Gesundheitsprobleme sind in diesem Sinne

- Gesundheitsgefährdungen
- Krankheiten und Todesursachen
- Krankheitsfolgen
- Behinderungen
- Selbstständigkeitsdefizite

Die Sozialmedizin ist ein Zweig der Medizin, der auf medizinische und sozialwissenschaftliche Methoden und Theorienkonzepte zurückgreift, so z.B.

- auf andere medizinische Fachgebiete wie z.B. die klinischen Disziplinen, die Hygiene und die Infektologie oder die medizinische Psychologie
- auf sozialwissenschaftliche Disziplinen wie z.B. die Soziologie, speziell Medizinsoziologie, die

Demografie, die Ökonomie, die Politologie oder die Rechtswissenschaften

- auf die Informatik und die Statistik.

Die Sozialmedizin ist sowohl Teil der Medizin und der *Public-Health*-Wissenschaften.

### 1.3.3. Sozialmedizin – praktische Aufgaben

An der Schnittstelle von Medizin und der rechtlichen Ausgestaltung von Versorgungssystemen ist sozialmedizinische ärztliche Kompetenz auch die Voraussetzung der Beurteilung (Begutachtung) notwendiger und wirksamer Maßnahmen der Gesundheitsversorgung.

#### ■ Erläuterung:

Die praktischen sozialmedizinischen Handlungsfelder ergeben sich vor allem in

- der Gesundheitsberichterstattung
- der Vorbereitung von prioritären gesundheitspolitischen Handlungszielen
- der Verhältnisprävention
- der Evaluation der sozialen Effektivität von Hilfeangeboten und -leistungen
- der Zugangssicherung zu medizinischer Hilfeleistung für sozial benachteiligte Gruppen, bzw. für Menschen mit Zugangsbarrieren zu solchen Hilfeleistungen (Begutachtung)
- der sozio-demografischen und regionalen Allokation von Versorgungsressourcen
- bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben im Gesundheitsschutz
- der sozialmedizinischen Beratung der Öffentlichkeit

International hat sich die Sozialmedizin sehr unterschiedlich entwickelt. Die Fachgebetsbezeichnungen und -strukturen sind nicht einheitlich. Die wissenschaftlichen Arbeitsthemen sind jedoch im Grundsatz ähnlich und werden in vielen Ländern unter dem Dach von *Public Health* oder den *Health Sciences* (Gesundheitswissenschaften) bearbeitet.

In der Bundesrepublik ist die Situation des Fachgebets wenig befriedigend. Eine Besonderheit besteht darin, dass in der Bundesrepublik auch die Aufgaben bei der Durchführung der Sozialversicherung und hier vor allem in der individualmedizinischen ärztlichen Begutachtung für die Träger der Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen

gen der Sozialmedizin zugewiesen sind. Deshalb sind in der Praxis die Grenzen zwischen dem Fachgebiet und der Versicherungsmedizin, bzw. den Interessen der Versicherungsträger nicht immer klar zu ziehen. Das Selbstverständnis des medizinischen Begutachtungswesens der Versicherungsträger als **praktische Sozialmedizin** führt so zu einer Kluft zwischen dem wissenschaftlichen und dem praktischen Selbstverständnis.

## 1.4. Modelle zur Beschreibung von Gesundheit

### 1.4.1. Dimensionen des Problems

Der Begriff der **Gesundheit** durchzieht vieldeutig praktisch alle Lebensbereiche mit jeweils verschiedenen Bedeutungsinhalten. Immer aber ist dem Begriff **Gesundheit** eine Deutung von

*positiv, gut, richtig, normal, normativ gebilligt, erstrebenswert, funktionstüchtig, zuverlässig, widerstandsfähig, wünschenswert, selbständig usw.*

zugeordnet. Entsprechend vielgestaltig sind die Konflikte bei der Interpretation des Begriffs **Gesundheit**.

Es lassen sich zumindest **vier Deutungsbereiche** unterscheiden:

- **Physiologische Deutung:** Gesundheit ist ein Prozess der ständigen (erfolgreichen) Auseinandersetzung (Adaption, Regulation) mit sich wandelnden äußeren und inneren Bedingungen zur Sicherung der elementaren Lebensfunktionen (Homöostase).
- **Normative Deutung:** Gesundheit ist ein visionärer Entwurf für Handelnde mit dem Ziel, eine (noch) nicht existierende aber erstrebenswerte Wirklichkeit zu schaffen. Hier begründet der Gesundheitsbegriff ein auf die Zukunft orientiertes prädiktives Handlungskonzept: "Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit" (Präambel der Charta der *World Health Organization*).
- **Pragmatische Deutung:** Gesundheit ist ein Zustand, der keinen medizinischen Handlungsbedarf begründet. Eine solche Deutung ist für die medizinische Versorgungspraxis charakteristisch. Da medizinische Handlungskonzepte (im Wesentlichen) immer krankheitsorientiert sind, genügt hier die praktische Deutung von

Gesundheit als Zustand des "nicht Krankseins". In dieser pragmatischen Deutung sind die Zustände "Gesundsein" und "Kranksein" zueinander dichotom.

- **Funktionelle Deutung:** Gesundheit entspricht der Fähigkeit zur möglichst autonomen und selbstbestimmten Teilhabe am Leben. Der Normalzustand des Lebens ist die Heterostase und die Fähigkeit, bzw. die Verfügbarkeit von Bedingungen, um die Herausforderungen dieses Ungleichgewichts erfolgreich zu bewältigen. (Konzept der Salutogenese nach Antonovsky).

Für die **Sozialmedizin** ist der Gesundheitsbegriff ein kulturelles und ein theoretisches Konstrukt. Es dient der quantitativen Beschreibung sozio-psycho-physischer Eigenschaften von Bevölkerungen oder Teilen einer Bevölkerung sowie der Bewertung und der Entwicklung von praktischen Handlungsempfehlungen.

#### ■ Erläuterung:

Der Gesundheitsbegriff selbst ist wertfrei. Diese Sichtweise vermeidet die "qualitative" Unterscheidung der Menschen in Gesunde und Kranke. Sie akzeptiert die große Variabilität des Menschseins auch in ihren unterschiedlichen Formen des "Gesundseins". Krankheit und Behinderung sind so besondere Erscheinungsformen von Gesundheit. Die Unterscheidung ist an den Hilfebedarf und ggf. den Interventionsbedarf, also an Zwecke gebunden. Es existiert für die Sozialmedizin so keine Notwendigkeit zur Normierung von Gesundheit. Zu normieren sind jedoch die Anlässe zur Hilfe, Unterstützung oder medizinischen Intervention aus fachlicher wie aus rechtlicher Sicht.

### 1.4.2. Die Funktion von Gesundheitsleitbildern

Eine wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtete Medizin gründet auf dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Interventionsbedarf und -möglichkeiten. Entsprechend sind die Grundlagen des Krankheitskonzeptes eng mit den (jeweiligen) Auffassungen zu "Normalität" von Leben und Krankheit verknüpft.

### ■ Erläuterung:

Dem Begriff der Krankheit liegen wissenschaftliche Konzepte zugrunde. Gesundheit ist hingegen maßgeblich sozial konstruiert. In diesen Konstruktionen spiegeln sich die Vorstellungen der Menschen von einem Leben, indem sie ihren Anspruch an Glück erfüllen, ihre persönlichen Ziele erreichen und Anforderungen des täglichen Lebens erfolgreich bewältigen können.

In einer Bevölkerung existieren deshalb stets sehr unterschiedliche soziale Konstruktionen von dem, was Gesundheit ist. Diese Vorstellungen sind individuelle Handlungsorientierungen. Sie wirken als Leitbilder für das persönliche Lebenskonzept. Es ist anzumerken, dass es aus unterschiedlichen Motiven einen öffentlichen und politischen Normierungsdruck auf die Gesundheitsleitbilder der Menschen, also auf ihre persönlichen Entwürfe vom Leben gibt oder geben kann. In diesem Spannungsfeld entstehen dann auch Normensysteme für die soziale Kontrolle solcher Leitbilder.

**Gesundheitsleitbilder sind soziale Entwürfe und Konzepte vom Leben und unterliegen sozialer Kontrolle.**

### ■ Erläuterung:

Leitbilder haben eine normative Funktion, die im Erziehungs- und Sozialisationsprozess erworben und vermittelt wird. Sie sind typischerweise zwischen den Geschlechtern, aber auch unterschiedlichen sozialen Schichten und Gruppen verschieden und verändern sich im Verlaufe des Lebens. Solche Leitbilder sind selbst eine kulturelle Wirklichkeit mit relativer zeitlicher Stabilität, die über Jahrhunderte weitergegeben werden kann und in Form von Traditionen und Lebenserfahrungen das Leben prägen. Solche Leitbilder sind aber auch soziale Muster, die aktuellen Moden und Veränderungen unterworfen sein können.

**Gesundheitsleitbilder und die Mechanismen ihrer Durchsetzung sind Teil der menschlichen Kulturgeschichte.** Da sie normative Bedeutung haben, sind Leitbilder auch reguliert und sanktioniert. Diese normative Funktion kann eine deutliche Gruppenspezifität haben und für soziale Gruppen identitätsbildend sein. Dieser Sachverhalt ist z.B. in der Prävention dann von großer Bedeutung, wenn solche sozialen Leitbilder im Widerspruch zu einem rationalen Konzept von einem gesundheitsgerechten Leben stehen.

Der Blick in die Geschichte zeigt, dass vorherrschende Gesundheitsleitbilder auch in politische und ethische **Spannungsfelder** führen können.

#### Beispiele:

- die soziale Ausgrenzung kranker und hilfebedürftiger Menschen
- die Verfolgung psychisch Kranker
- Eugenik und Rassenhygiene
- die repressive soziale Kontrolle nicht gesundheitskonformen Verhaltens
- die Idealisierung bestimmter körperliche Erscheinungsbilder als Norm

### 1.4.3. Vorwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle

Durch alle Kulturen ziehen sich Erklärungsversuche für das Phänomen Krankheit bzw. analog dann auch für die Gesundheit. Soweit diese Deutungen nicht das Ergebnis systematischer Beobachtung und empirisch bestätigter Erklärung sind, sind sie vorwissenschaftlich. In der praktischen ärztlichen Arbeit sollte immer beachtet werden, dass solche vorwissenschaftlichen Modelle eine Realität sind, die auch im Behandlungsfall wichtig werden kann. So schwierig der Umgang mit ihnen sein kann, verlangt der Respekt vor den Patienten dennoch, sich hiermit auseinander zu setzen.

Die Leitmodelle zu Gesundheit und Krankheit sind unterschiedlich komplex, münden aber immer in **Verhaltensstrategien**, z.B.

- der Schmerz- und Gefahrenabwehr
- der Nachfrage von professioneller medizinischer Hilfe
- des präventiven Verhaltens
- des Verhaltens gegenüber den Hilfebedürfnissen und Leiden von Mitmenschen
- der Handlungsbereitschaft zur Sicherung der Lebensumwelt

Solche Modelle sind keineswegs immer mit wissenschaftlichen Einsichten kongruent. Sie sind vorwissenschaftlich im Sinne von individueller Erfahrungs- und Interpretationsgebundenheit, sie werden durch Erziehung und Traditionen vermittelt und besitzen eine große Bedeutung für persönliche Verhaltensentscheidungen. In diesem Sinne sind vorwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle keine Objekte historischen Interesses, sondern Teil der täglichen Praxis der Gesundheitsvorsorge und -versorgung.

### 1.4.4. Wissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle

Wissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle wirken als Norm und geben dem Hilfesuchenden und dem Helfer Rechtssicherheit. Sie müssen auf eine überprüf- und nachvollziehbare Art und Weise einen Beobachtungsgegenstand erklärbar machen und die medizinische Intervention rechtfertigen.

#### ■ Erläuterung:

Dies schließt nicht aus, dass auch wissenschaftliche Anschauungen fehlerhaft sind. Mit der Existenz eines wissenschaftlichen Erklärungsmodells für Krankheit und eines sich hierauf gründenden Therapiemodells ist allein noch keine hinreichende Begründung für eine medizinische Intervention gegeben. Hierzu bedarf es einer komplexen Rechtfertigung:

- die wissenschaftlichen Modelle müssen in der "scientific community" ausreichend anerkannt sein
- die Methoden müssen sozial und ethisch akzeptiert sein
- sie müssen vom Patienten akzeptiert sein
- sie müssen im Rahmen des Rechts legitimierbar sein.

Eine solche Rechtfertigung für das medizinische Handeln setzt voraus:

- die Kalkulierbarkeit der Wirkung (Nutzen-Schaden-Relation),
- die Beherrschung und instrumentelle Sicherheit der Maßnahme (Wissen und Erfahrung)
- die Gefährdungsfreiheit für Dritte

Es lassen sich zumindest drei wissenschaftliche Erklärungsebenen für Gesundheit und Krankheit unterscheiden:

- naturwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle (Genetik, Infektionsbiologie, Immunologie, Endokrinologie, Pathophysiologie, Pathobiochemie, Toxikologie),
- psycho-soziale Gesundheits- und Krankheitsmodelle (Klinische und Medizinische Psychologie, Sozialpsychologie, Anthropologie),
- soziale Gesundheits- und Krankheitsmodelle (Sozialmedizin, Sozialepidemiologie, Medizinische Soziologie)

Die Rechtfertigung medizinischer Interventionen wirft die Frage auf, auf welches Wissenschaftskonstrukt sich diese Legitimation berufen kann. Unterschiedliche Auffassungen zum Wissenschaftsbegriff werden so in der Medizin in besonderer Weise handlungsrelevant.

Die hiermit verbundenen praktischen Probleme spiegeln sich in den Konzepten der *Evidence-based Medicine* und des "Evidence-based decision making". Als "beweisgestützte" Medizin steht der Begriff der *Evidence-based Medicine* (EbM) für deren Anspruch, praktizierte Wissenschaft zu sein und möglichst nur Maßnahmen anzuwenden, deren Nutzen in Studien quantitativ belegt ist.

Da die Medizin eine angewandte Humanwissenschaft ist, reicht der Anspruch an die Wissenschaftlichkeit ärztlicher Entscheidung über den Kontext einer klinischen Studie und ihres Krankheitsverständnisses oft hinaus. Zumindest sind in der Regel psychische und soziale Zusammenhänge von erheblicher, zumindest aber ergänzender Bedeutung. Die Praktizierung der *Evidence-based Medicine* stellt deshalb hohe Anforderungen an die Fähigkeit zur Integration humanwissenschaftlicher, also nicht nur medizinischer Erkenntnisse, durch den Nutzer. Dies kann ggf. strittig stellen, ob allein mit einer klinischen Studie medizinische Interventionen ausreichend begründet werden können. Da Medizin nicht mit Krankheit, sondern mit kranken Menschen konfrontiert ist, muss sich mit der *Evidence-based Medicine* also auch die Erwartung an ein integratives Wissenschaftskonzept verbinden.

**Eine wissenschaftliche medizinische Praxis ist folglich immer eine individuen- und nicht eine fallorientierte Handlungsweise.**

Die Begrenzung der EbM auf ein bio-medizinisches Krankheitsmodell (*disease*) sowie die an die EbM gerichtete Erwartung von Experten, Versicherungen und Politik, die praktische Medizin könne auf vorstandardisierte Produkte zurückgeführt werden, führt besonders in der Grundversorgung (*primary care*) eher zu Konflikten als zu einer *evidence-based practice*. Zur Lösung des Konflikts zwischen dem bio-medizinischen Modell und einem psycho-sozialen Krankheitsverständnis (*illness*) wird deshalb versucht, das Konzept des *Evidence-based Patient Choice* (EBPC) zu etablieren. Diese Sichtweise ist im sog. *Shared Decision Making* als Bedingung für den angemessenen Umgang mit der *Evidence-based Medicine* weitergeführt.

Aus der Sicht der praktischen Sozialmedizin gibt es vor allem vier Berührungsflächen zu dem Werkzeug "Evidence-based Medicine":

- Die Sozialmedizin gibt gutachterliche Empfehlungen und muss diese auf der Grundlage des Standes der Wissenschaften ("Evidence") geben (können).
- Die Sozialmedizin berät in grundsätzlichen Fragen des medizinischen Leistungsbedarfs und der Entwicklung von Gesundheitssystemen und muss hierbei auf wissenschaftlich belastbare Studien zurückgreifen (z.B. Bedarfsanalytik, Versorgungsstudien, Studien zur Folgeabschätzung von politischen Eingriffen in das Versorgungssystem).
- Die Sozialmedizin hat die Aufgabe, die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen analytisch aufzuarbeiten und zu den Wirkungen von Steuerungskonzepten (☞ Kap. 9, 10) in der medizinischen Versorgung nach den Zielgrößen Notwendigkeit, Erfordernis, Effektivität und Effizienz Stellung zu nehmen.
- Sozialmedizin vermittelt in der medizinischen Praxis das Krankheitsverständnis zwischen den Polen "Krankheit" und "individuelles Kranksein".

## 1.5. Klassifikationen

Klassifikationen sind Ordnungen. Das Prinzip dieser Ordnungen ist die Zuweisung von Sachverhalten zu Ordnungsbegriffen nach dem Merkmal der Ähnlichkeit.

### ■ Erläuterung:

Die praktische Anwendung von Klassifikationen gehört zum Kern medizinischer Leistungserbringung. So ist etwa jede Zuordnung einer individuellen Erscheinungen des Krankseins zu einer Krankheitsbezeichnung (also die Diagnosestellung) eine praktische Anwendung von Klassifikationen. Außerhalb von Klassifikationen gibt es kein wissenschaftlich begründetes praktisches Handeln.

Die wichtigsten in der Medizin und in der medizinischen Versorgung gebräuchlichen Klassifikationen können selbst wieder zu Klassen zusammengefasst werden. Aus sozialmedizinischer Perspektive sind drei solcher Klassen von besonderer Bedeutung. Das sind:

- **1. Klassifikationen von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und deren Folgen, z.B.**
  - die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD),
  - die Internationale Klassifikation der psychischen Störungen,
  - die Internationale Klassifikation der onkologischen Krankheiten (ICD-O),
  - die *International Classification of Functioning* (ICF).
- **2. Klassifikationen medizinischer Leistungen, z.B.**
  - die *International Classification of Procedures in Medicine* (ICPM),
  - der Operationsschlüssel (OPS),
  - der Einheitliche Bewertungs- und Bemessungsmaßstab (EBM, EBM 2000+),
  - die *Diagnosis Related Groups* (DRG),
  - die *Adjusted Clinical Groups* (ACG),
  - die *Clinical Risk Groups* (CRG)
  - die *Diagnostic Cost Groups* (DCG),
  - das *Disability Payment System* (DPS).
- **3. Klassifikationen von Gründen und Anlässen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, z.B.**
  - die Internationale Klassifikation der primärmedizinischen Versorgung (ICPC),
  - die *International Classification of Health Problems in Primary Care* (ICHPPC),
  - die *International Classification of Processes in Primary Care* (ICPPC),
  - *Current Procedural Terminology* (CPT, derzeit in der vierten Version für die ambulante Versorgung)
  - die *Reason for Visit Classification of Care* (RVC).

Alle diese Klassifikationen haben in ihren Namen und Abkürzungen oft noch zusätzlich Hinweise auf ihre jeweiligen Revisionen sowie die jeweiligen nationalen Adaptionen (z.B. DA für deutsche Ausgabe), so dass oft weder Lesbarkeit noch Übersicht gegeben sind und deshalb auch zusätzlich eine "Systematisierte Nomenklatur der Medizin" (SNOMED) erforderlich ist.

Es ist anzustreben, dass solche Klassifikationen möglichst einem international vereinbarten bzw. vereinbarungsfähigen Standard entsprechen.