

Wp 4 1996

# Gesetzliche Krankenversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst

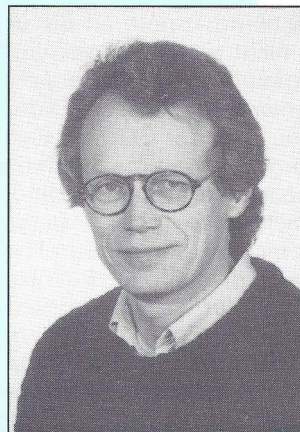
## Entwickelt sich die Kooperation durch die Modernisierung der Systeme?

Von Dr. Norbert Schmacke

Die nachfolgenden Ausführungen widmen sich der Frage, wie es um die Chancen der Weiterentwicklung von Kooperationsansätzen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) bestellt ist. Eine Zusammenarbeit würde sich vor allem auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention anbieten. Die Zwischenbilanz der Umsetzung der §§ 20, 21 und 67 SGB V zeigt, daß es zu einer systematischen und stabilen Zusammenarbeit bisher nicht gekommen ist und daß GKV und ÖGD gegenwärtig vor allem durch die ökonomische Konsolidierung des jeweils eigenen Systems beschäftigt werden. Von Seiten der GKV wird häufig geäußert, daß Länderregierungen und Gesundheitsämter unter Kooperation wohl in erster Linie die Verlagerung von Kosten aus dem staatlichen in den Bereich der Versichertengemeinschaft verstünden. Wenn Kooperation heißt, im beiderseitigen Interesse nach neuen Wegen zu suchen, so gilt es mit anderen Worten, das Feld möglicher Gemeinsamkeiten zunächst sorgfältig zu sondieren.

### Institutionen im Modernisierungsdruck

Das deutsche System der GKV ist bis heute im wesentlichen seinen traditionellen Aufgaben verpflichtet: 1. Lohnersatz und 2. solidarische Finanzierung von medizinischer Behandlung im Krankheitsfall für die Versichertengemeinschaft. Damit wurde für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung über eine jahrzehntelange Entwicklung das individuelle Risiko von Krankheit und seinen sozialen Folgen weitgehend entschärft. Auch die aktuellen Bemühungen um eine Konsolidierung der Finanzierungsbasis nimmt vor allem die Kuration ins Blickfeld. Andererseits wird Prävention mittlerweile ebenfalls als unverzichtbar betrachtet. Auch Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der WHO hat Einzug in die Formulierung der Aufgaben der GKV gefunden. Deren Umsetzung ist aber bisher weder gesundheitsökonomisch noch versorgungspolitisch



Dr.  
Norbert  
Schmacke

systematisch vorangetrieben worden, daß daraus in der Praxis ein völlig neues Versorgungsmodell entstanden wäre. Und so bleibt Gesundheitsförderung in der bisherigen Form ein Randbereich der GKV. Die Suche nach neuen Konzepten ist zudem de facto durch das politische Bemühen um Kostendämpfung im Gesundheitswesen blockiert. Ohne dramatische Leistungseinbrüche dürfte es kaum möglich sein, die bisher erstaunlich stabile Gesundheitsquote von etwa 9 % des BSP nennenswert zu senken. Daß Beitragssatzstabilität wünschenswert ist und bei schärferer Definition der genuinen Aufgaben der GKV auch realisierbar ist, steht auf einem anderen Blatt. Inwieweit ein geregelter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen den Ausgabenanstieg in der GKV senken kann, bleibt zunächst offen. Hilfreich wäre möglicherweise eine stärker dezentrale Auswahl der kassenfinanzierten Leistungen nach einer strengeren, von den Kostenträgern zu verantwortenden Qualitätssicherung. Es wird noch ein weiter Weg sein, bis die GKV die Rolle des Zahlmeisters hinter sich gelassen hat und in einem Bündnis mit den Versicherten deren Bedürfnisse dezidiert definiert und so eine Gegenmacht zum bisherigen Definitionsmonopol der Leistungsanbieter darstellen kann. Solange diese Grundfragen der ökonomischen und versorgungspolitischen Grundlagen der GKV kontrovers

diskutiert werden und der große Wurf einer Dritten Stufe der Gesundheitsreform auf sich warten läßt, wird sich vermutlich das Interesse der GKV an einer Intensivierung der Kontakte mit dem ÖGD in Grenzen halten.

Dabei gibt es durchaus verbindende historische Gemeinsamkeiten. In den sich explosionsartig vergrößernden Städten des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts waren sowohl städtische Hygienevereine und Kommunalärzte als auch Krankenkassen darum bemüht, die offenkundigen Defizite in der gesundheitlichen Betreuung jenseits des Arztpraxensystems und unter Einbeziehung sozialer Dienstleistungen abzumildern. Diese Ansätze wurden durch die NS-Machthaber als Ausdruck sozialistischer Gleichmacherei bekämpft und zerstört. Im Nachkriegsdeutschland konnte an die ursprünglichen Traditionen nicht wieder angeknüpft werden. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte schien keine Fragen unbeantwortet zu lassen. Es darf nicht unterschlagen werden, daß der ÖGD als Partner eines modernen Versorgungssystems durch die Schattenseiten seiner staatsmedizinischen Tradition in Verruf geraten war und sich zudem in der Anfangsphase der Bundesrepublik nicht an den großen Themen gleicher Behandlungschancen für alle Bevölkerungsgruppen und umfassender Präventionskonzepte orientierte. Den reformwilligen Kräften im ÖGD stand schließlich in Form der ärztlichen Standesorganisationen und ihrer politischen Repräsentanten in den Parlamenten eine unerbittliche Front gegenüber. Die langen Schlagschatten dieser Traditionslinien lassen offenbar bis heute die vorhandenen Modernisierungsbemühungen des Systems ÖGD zu unscharf erscheinen. Dies betrifft einen souveränen Umgang mit dem Subsidiaritätsprinzip ebenso wie die Herausstellung eines eigenen Profils, das nicht ein Abziehbild des Vertragsarztsystems sein will.

Es mangelt nicht an Konzepten und zeitgemäßen Landesgesetzen, diese genuinen ÖGD-Aufgaben zu formulieren: Gesundheitsberichterstattung und -planung im überschaubaren regionalen Raum, gesundheitlicher Verbraucherschutz von den übertragbaren Krankheiten bis zur modernen Umwelthygiene, kompensatorische Angebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Förderung von Gruppenprophylaxe, Verantwortlichkeit für die Schaffung gesunder Lebensräume. Die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit dieser Konzepte ist sicher auch dadurch zu erklären, daß noch nicht alle Gesundheitsämter ihre Ressourcen in ausreichendem Umfang auf diese neuen Aufgaben eingestellt haben und dies in Zeiten rigider Sparpolitik auch zunehmend schwierig wird. Die Frage bleibt, wie es gelingen kann, auf dem Boden der "Health Promotion" Philosophie über bestehende Aktivitäten der Kariesprophylaxe und Impfungen hinaus gemeinsame Ziele zu definieren, und einen solchen Arbeitsansatz nicht bereits vor der

konzeptionellen Debatte mit Fragen nach der Finanzierung zu belasten. Bevölkerungsmedizinische Themen offenzuhalten, ist aus Sicht des ÖGD nicht ganz einfach, weil im Rahmen der wirklich dramatischen Verschuldung kommunaler Haushalte das Thema Gesundheit einen Platz auf den hinteren Rängen zu erhalten droht, anstatt die Investition in Gesundheit als möglichen Teil einer antizyklischen Finanzpolitik zu begreifen.

## ***Ungleiche Gesundheitschancen als fortbestehende Herausforderung***

**D**er einprägsame Satz "Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben", ist auch heute noch aktuell. Die neuere gesundheitswissenschaftliche Forschung belegt, daß auch in entwickelten Gesellschaften mit einem hohen Bruttosozialprodukt pro Kopf der Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen der verschiedenen sozialen Schichten bestehen bleiben. Die Lebenserwartung in Ländern wie Deutschland differiert zwischen privilegierten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen um etwa acht Jahre. Besonders bedeutsam ist, daß die Schere ungleicher Gesundheitschancen durch eine stärkere Spreizung der Einkommen weiter aufgeht. Längerdauernde Erwerbslosigkeit und Angst vor Arbeitsplatzverlust sind einige der bedeutsamsten Risikofaktoren in der heutigen Landschaft. Und parallel mit dieser Zunahme sozialer Ungleichheit werden die beratenden und kompensatorischen Angebote für sozial Benachteiligte in den Kommunen tendenziell abgebaut. Ohnehin bestehende Zugangsbarrieren zu gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen erhöhen sich durch die Verschärfung sozialer Konflikte ebenso wie durch Sparbemühungen der Angebotsseite.

Dies bedeutet mit anderen Worten, daß ein kontinuierlich wachsender Teil der Bevölkerung vom Regelsystem der Versorgung nicht mehr ausreichend Unterstützung erhält, gemessen am Ziel gleicher Gesundheitschancen. Die Auswertung der bisherigen Gesundheitsförderungsprogramme zeigt, daß auch diese nicht frei vom Problem der sozialen Selektion sind. GKV und ÖGD finden hier ein gemeinsames Interessenfeld vor: diejenigen, die präventive, beratende und stützende Angebote am nötigsten haben, werden vom traditionellen kurativen Gesundheitswesen am schlechtesten erreicht und sammeln in überproportionalem Umfang Gesundheitsrisiken. Damit drohen sie von einem bestimmten point of no return, nur noch als Belastung des Finanzierungssystems wahrgenommen zu werden. Wenn man die "sozialdarwinistische Tradition" der NS-Zeit als abschreckendes historisches Lehrstück im Gedächtnis hat, so müssen hier neue Wege beschritten werden.

Diese Wege wird das System der Vertragsärzte nicht oder wenigstens nicht allein gehen können. 'Aufsuchende Dienste' und 'Multiprofessionalität der Angebote' sind hier die entscheidenden Stichworte. Die internationale Literatur sagt mit großer Übereinstimmung, daß aufsuchende Dienste insbesondere für sozial benachteiligte Schwangere, junge Familien und Kleinkinder wirksam sind. Mit anderen Worten, daß sich das bisherige System fast ausschließlich auf die ärztliche Beratung in der Sprechstundenmedizin verläßt, ist fachlich nicht gerechtfertigt. Es ist weiter unstrittig, daß wirksame Prävention und Gesundheitsberatung nicht krankheitenorientiert angelegt werden dürfen, sondern von der Frage her entwickelt werden müssen, wie Menschen in ihren spezifischen Lebenslagen motiviert werden können. Dies bedeutet ganz im Sinne der Ottawa-Charta, Gesundheitsberatung und Vermittlung von Dienstleistungen als Teil einer Ermutigungsstrategie zu verstehen und nicht als Abhaken von Screening- bzw. Vorsorgeprogrammen. Daß durch gut funktionierende aufsuchende Dienste und wirksame Präventionsprogramme auch die Teilnahme an wichtigen Vorsorgeprogrammen verbessert werden kann (Impfen, Krebs, Hochdruck), ist gewissermaßen ein sinnvolles Nebenprodukt dieses nicht arztzentrierten Ansatzes. Andere Beispiele könnten angeführt werden: so hat sich unser Medizinsystem jahrzehntelang gesträubt, angemessene Beratungs- und Versorgungsangebote für die Arbeitsmigrantinnen und -migranten und deren Familien zu entwickeln, obwohl das Verständigungsdilemma und die Fehlallokation von Ressourcen durch die Medikalisierung von psychosozialen Konfliktlagen offenkundig waren. Bei der heutigen Zuwanderungsbewegung fehlen wiederum durchgreifende Konzepte, zudem könnte es hier im Zuge der Kostendämpfungspolitik in der GKV zu einem Zwei-Klassen-Versorgungssystem kommen.

## Geänderte Morbidität und Modernisierungsdruck

Auch unabhängig von der Dimension der sozialen Benachteiligung kann der Wandel des Krankheitenspektrums zu einem gemeinsamen Thema von GKV und ÖGD werden. Für wichtige Bereiche der Akutmedizin weist unser Gesundheitswesen exzellente Antworten auf, sei es z. B. Unfallchirurgie oder die Antibiotika-Behandlung der früher gefürchteten bakteriellen Pneumonien. Bei der heute überwiegenden Gruppe der chronischen Krankheiten und bei allen psychomentalen Beschwerdebildern stößt die Praxis des isoliert arbeitenden Vertragsarztes aber auf unüberwindbare Grenzen. Der ÖGD könnte hier in Teilbereichen systematischer als bisher mit eigenen Angeboten eingesetzt werden, denkt man z. B. an das Feld der sozialpsychiatrischen Dienste. In anderen Bereichen müßte er in Kooperation mit allen

wichtigen Partnern auf eine regionale Bedarfssteuerung hinarbeiten, um beispielsweise die Brüche in der Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen zwischen Krankenhaus, hausärztlicher Betreuung und Pflegeheim abzumildern. Immer größere Teile der Ärzteschaft haben die Notwendigkeit zu entsprechenden vernetzten Lösungen und zur gleichberechtigten Hinzuziehung pflegerischer und sozialer Dienste längst erkannt. Insoweit liegen wichtige Voraussetzungen für die Arbeit an einem Modernisierungskonzept vor. Denkblockaden müssen aber in erheblichem Umfang noch auf allen Seiten überwunden werden. Hierbei könnte es eine der vornehmsten Aufgabe der neuen universitären Disziplin Public Health sein, diesen Prozeß, sowohl über die Vermittlung neuerer Forschungsergebnisse wie über Organisationsberatung und Begleitforschung über die Sphäre der Gruppeninteressen hinauszuhoben. Dies mag idealistisch oder vielleicht sogar naiv klingen, wäre aber ein wichtiges Hilfsmittel, den heutigen Streit über die Verteilung der Ressourcen zwischen Prävention, Vorsorge, Kuration und sozialer Sicherung zu überwinden.

Nicht zuletzt ist in diesem Kontext das Feld der Selbsthilfeförderung zu beleuchten. Seit den siebziger Jahren ist empirisch belegt, daß in den primären sozialen Netzwerken des Laiensystems in hohem Umfang gesundheitliche Beratung und Betreuung stattfindet. Moderne Gesundheitsplanung müßte weit stärker als bisher darüber nachdenken, wie diese Laien-Netzwerke stabilisiert werden können. Wichtige Antworten dafür liefert die Selbsthilfe-Gruppen-Bewegung. Sie kann teilweise fehlende institutionelle Unterstützung kompensieren, darüber hinaus aber eine wichtige Übersetzungs- und Anwaltsfunktion gegenüber dem professionellen System leisten. All diese überwiegend unbezahlten Dienste sind für eine angemessene Bewältigung der Folgen chronischer Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen essentiell. Sie bedürfen an wichtigen Punkten der systematischen infrastrukturellen Unterstützung. Bewährte Organisationsstrukturen finden sich z. B. in den sogenannten Selbsthilfe-Kontaktstellen der Städte und Kreise; hier liegt inzwischen ein Struktur- und Finanzierungsvorschlag auf dem Tisch, wobei die entstehenden Ausgaben zu 40 % von den Bundesländern, 30 % von den Kommunen und 30 % von den Krankenkassen zu tragen wären. ÖGD und GKV können jedoch gemeinsam darauf achten, daß die Förderung dieser Selbsthilfepotentiale in den Kommunen nicht als zusätzliches Kostenproblem abgetan, sondern als integraler Bestandteil einer modernen Gesundheits- und Sozialverfassung im kommunalen Raum begriffen wird. Derartige Aufgaben können die Systeme aber nur dann leisten, wenn sie über eine ausreichende Anzahl kompetenter, weitergebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen. Es müssen Wege gefunden werden, dies trotz der Haushaltsrestriktionen möglich zu machen.

## Wege zur systematischen Kooperation

Wenn es richtig ist, daß ein modernes Gesundheitswesen über die für zahlreiche Krankheiten bewährten Angebote der kurativen Medizin hinausgedacht werden muß, dann sollte es gelingen, daß ÖGD und GKV sich in ihrer jeweiligen Verantwortlichkeit für die Bevölkerung bzw. die Versichertengemeinschaft über Leitthemen der Gesundheitssicherung verständigen. Entlang solcher Leitthemen können unter Einbeziehung aller wichtigen gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Dienste abgrenzbare Aufgabenbereiche entwickelt werden, die mit der Erprobungsregelung des § 67 SGB V oder in Ausweitung der §§ 20 und 21 SGB V angegangen werden. Hierzu gehört z. B. das gut definierte Feld der Gruppenprophylaxe in der Zahngesundheit: ein Blick nach Dänemark und in die Schweiz zeigt, daß Deutschland von seinen Nachbarn lernen kann, ohne noch einmal viel Innovationsarbeit leisten zu müssen. Hierzu gehört auch das ebenfalls traditionsreiche Feld der Sozialpsychiatrie: wenn der ÖGD in Abstimmung mit den Krankenkassen die schwer erreichbaren chronisch psychisch Kranken betreut, beteiligt er sich am Versorgungsauftrag und könnte damit auch nach festzulegenden Kautelen über GKV-Mittel teilfinanziert werden. Schwieriger gestaltet sich die Suche nach gemeinsamen Projekten Modernisierung im Bereich der allgemeinen kommunalen Gesundheitsförderung. Hier bietet es sich vor allem an, die laufenden Modelle von Gesundheitserziehung und Betreuung von Kindern in den Institutionen Kindertagesheim und Schulen kritisch zu sichten. Defizite in der Gesundheitssituation von Kindern sprechen jedoch dafür, daß neben und mit den niedergelassenen Kinderärzten zielgerichtete kompensatorische Angebote etabliert werden sollten.

Der Dialog zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen muß gesucht und intensiviert werden. Alle müssen dabei ungewohnte Flexibilität mitbringen; wo modellhaft Wege gegangen werden, ist der Nachweis zu erbringen, daß die verwendeten Mittel effektiv und effizient verwendet wurden. Hierbei haben es Ansätze der eher unspezifischen Gesundheitsförderung in Kommunen (wie auch Betrieben) deutlich schwerer als krankheitszentrierte Programme oder schulmedizinische Therapieverfahren. Dies kann aber kein Grund sein, die Erkenntnisse der modernen Gesundheitswissenschaften zu Prävention und Gesundheitsförderung völlig beiseite zu lassen. Die enormen Verbesserungen der Behandlung von Krankheiten durch die moderne Medizin bewahren deren begrenzte Bedeutung für die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung aber durch neue Wege der integrierten pädagogischen, psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung zu erweitern: dies könnte ein gemeinsames Motto für vorwärtsblickende Akteure in GKV und ÖGD werden.

## Literatur

- Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling Inequalities in Health. An agenda for action. London: King's Fund. 1995
- Beuels FR, Wohlfahrt N. Gesundheit für die Region? Neue Konzepte der kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Bielefeld: Kleine Verlag. 1991
- Braun J, Kasemann E, Kettler U. Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Förderpraxis in den neuen Bundesländern und Empfehlungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen. (Modellvorhaben des Bundesministeriums für Familie und Senioren). Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer. 1994
- Cochrane A L. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. Abingdon: Burgess & Son, 1973
- Doorduyn A, Geiger I, Heinemann H. Gesundheitsförderung. Vom alltäglichen Umgang mit der Utopie. Frankfurt: VAS. 1995
- Evans R G, Barer M L, Marmor Th R. Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health and Populations. New York: Walter de Gruyter. 1994
- Gerich M. Bestandsaufnahme zur Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ausgewählter Weiterbildungsträger in Bremen unter besonderer Berücksichtigung der Kooperation. Dipl. Arbeit Universität Bielefeld, 1994
- Glaeske G, Pfeiffer D, Walzik E. Kein Wettbewerb um jeden Preis, sondern eine solidarische Wettbewerbsordnung - Strategien zur Weiterentwicklung der Gesetzliche Krankenversicherung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 23. Hamburg: Argument, 1994: 171-188
- Kariesprävention in der Gruppe. Die Situation nach Einführung des § 21 SGB V zur Förderung der Gruppenprophylaxe. Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. in Bad Laer am 27. 1. 1995. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Berichte & Materialien Bd. 13. Düsseldorf, 1995
- Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R. § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin: Asgard. 1995
- Kühn H. Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 22. Hamburg: Argument, 1994: 7-28
- Kühn H. Zwanzig Jahre "Kostenexplosion". Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 24. Hamburg: Argument, 1995: 145-16
- Rebscher H. Das Spannungsverhältnis zwischen Krankenversicherung und öffentlichem Gesundheitsdienst. Gesundheitswesen 57; 1995: 695-697
- Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B M (Hrsg.). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma. 1994
- Rosenbrock R. Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg. Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 23. Hamburg: Argument, 1994: 189-205
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden: Nomos 1994
- Schmacke N. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Die Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Bd. 11 Berichte und Materialien der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Düsseldorf 1995
- Schmacke N. Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Zustimmung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit? In: Kaupen-Haas H, Rothmalen Ch (Hrsg.). Sozialhygiene und Public Health, Bd. 3 "Doppelcharakter der Prävention", Frankfurt: Mabuse. 1995, 73-95
- Schmacke N. Grenzenlose Gesundheit und die Grenzen der Gesundheitsökonomie. Med Welt 3/ 1996 (im Druck)
- Schwartz F W, Busse R. Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems - Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: Blanke B. (Hg.). Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske und Budrich, 403-421
- Zenker H J. Teilfinanzierung von ÖGD-Versorgungsleistungen durch Krankenkassen - Konzeptionelle Einengung oder zukünftiges Modell? Gesundheitswesen 57; 1995: 691-694 Ersk. 4/96, S. 131