

Die Krankenversicherung

Herausgegeben vom IKK-Bundesverband

- Nüchterner Vergleich
gegensätzlicher Reformansätze
- Gesundheitsziele aus
verschiedenen Blickwinkeln
- Widersprüchliches zu
zahnmedizinischen Positionen



51. Jahrgang
Mai 1999

Erich Schmidt Verlag
Berlin · Bielefeld · München

5

Inhalt

Editorial		133
Gesundheitspolitik	Wer soll Gesundheit bezahlen? von Dr. jur. Manfred Zipperer	134
Kommentar	Praxistest nicht bestanden von Bernhard Koch	138
Standpunkt	Gesundheitspolitik ohne gesundheitliche Ziele ist unvollständig von Rolf Stuppardt	139
Gesundheitsziele	Gesundheitsziele aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von Dr. med. Norbert Schmacke	141
	Gesundheitsziele aus Patientensicht von Dr. rer. nat. Ekkehard Bahlo	145
	Umsetzung politischer Gesundheitsziele durch die GKV von Dr. med. Bernd Metzinger und Dr. med. Judith Pelikan	148
Zahnärzte	Zahnmedizinische Versorgung, Reformoptionen von Dr. med. dent. Jochen Brückmann	153
Ärzte	Neuordnung der Laborvergütung von Andreas Woggon	158
Kurzinformationen	Rechtsprechung	161
	Schlaglichter	161
	Bücherschau	162
	Impressum	163

Gesundheitsziele aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Dr. med. Norbert Schmacke*

„Gesundheitsziele beschreiben erwünschte Zustände der gesundheitlichen Lage oder der Versorgung der Bevölkerung“, so formuliert Josef Georg Brecht, einer der Pioniere moderner Gesundheitsberichterstattung in Deutschland, anschaulich das konzeptionelle Selbstverständnis hinter der Debatte um Gesundheitsziele. Und Marco Kellerhofs Formulierung „Gesundheitsziele machen der Bevölkerung die Prioritätensetzung transparent“ weist darauf hin, daß die Definition von Gesundheitszielen keine neue Spezialität von Experten ist, sondern daß es darum geht, auf dem Boden fachlich begründeter Bewertungen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung Veränderungsprozesse zu starten. Gesundheitsziele sind Herzstück einer bevölkerungsbezogenen Betrachtung von Gesundheitsfragen, und insoweit ist der öffentliche Gesundheitsdienst – angefangen vom BMG mit seinen Bundesinstituten über die Landesgesundheitsministerien bis hin zum Gesundheitsamt in jeder Kommune – in besonderer Weise aufgerufen, diese Ziele-debatte auf ein immer besseres Niveau zu heben.

Kellerhof beschreibt, worum es den Akteuren der Gesundheitsziele letztlich geht:

- Trends der gesundheitlichen Lage in der beobachteten Bevölkerung sollen umgekehrt, aufrechterhalten oder beschleunigt werden (Beispiel: Zahl der Verkehrstoten).
- Unterschiede zwischen der eigenen Region und vergleichbaren anderen Regionen sollen verringert werden (Beispiel: Häufigkeit von Krankenhausinfektionen).
- Unterschiede innerhalb einer Region sollen verringert werden (Beispiel: Durchimpfungsraten in verschiedenen Stadtteilen).
- Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen sollen verringert werden (Beispiel: Säuglingssterblichkeit in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit).
- Vermeidbare Ereignisse sollen minimiert werden (Beispiel: Asthma-Todesfälle in definierten Altersgruppen).
- Standards, Referenzwerte oder Grenzwerte sollen erreicht werden (Beispiel: Einhalten der Nitrat-Grenzwerte laut Trinkwasserverordnung).
- Überregionale Ziele können übernommen werden (Beispiel: Der WHO-Zielkatalog „Gesundheit für alle“ wird auf Anwendbarkeit in der eigenen Region hin überprüft).

Gesundheitsziele: Instrumente für Health Management

Auf den ersten Blick klingt es wie selbstverständlich: Wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sich als Anwalt der Gesundheit der Bevölkerung versteht, so liegt nichts näher, als das Eintreten für „mehr Gesundheit“ an Ziele zu binden und Wege des Errei-

chens derartiger Ziele zu beschreiben. Der ÖGD begreift dies, soweit dies mit heutigem Erfahrungswissen und wissenschaftlicher Unterstützung möglich ist, als Teil eines umfassenden „Health Management“ – das „Disease Management“ liegt primär in den Händen der GKV, der Ärzteschaft und der Krankenhäuser. Gesundheit rangiert in allen Meinungsumfragen auf vorderen Listenplätzen; also sollte es leicht sein, für Gesundheit auf diesem Weg zu werben. Die Erfahrung lehrt aber: Gesundheitsziele können nicht am grünen Tisch beschlossen werden, derartige Versuche sind zum Scheitern verurteilt. Gesundheitsziele benötigen eine Legitimation. Und alle modernen Varianten der Zieldebatte verbindet das Credo „Förderung partizipativer Ansätze bei Planungsentscheidungen und -umsetzungen“ (so das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 1995). Als eines der nationalen Großziele kann das Ziel „Gesundheit und Lebensqualität“ aus der Schweiz gelten – wobei diese Ziele gemeinsam von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft und dem Bundesamt für Gesundheit getragen werden. Es lautet: „Bis zum Jahr 2000 sollten alle Menschen die Möglichkeiten haben, ihr Gesundheitspotential so zu entwickeln und auszuschöpfen, daß sie ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen können“.

Die Bandbreite für den ÖGD ist gewaltig: Vom Einzelziel „gesundheitlich unbedenkliches Trinkwasser“ bis zum Megaziel „Gesunde Stadt“ reicht die Palette. Bei Betrachtung der Zielerreichung läßt sich folgende Gemeinsamkeit aller Gesundheitsziele feststellen: Es bedarf zusätzlicher Kräfte, die von Gesundheitsexperten für vorrangig gehaltenen Ziele zu gesellschaftlich akzeptierten und damit „aussichtsreichen“ Zielen werden zu lassen. Für den ÖGD bedeutet dies in klassischer Weise

* Dozent am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, z. Z. Leiter der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

zunächst einmal: Per Gesetz, Verordnung oder politischen Beschluß ist nach Abschluß einer parlamentarischen Beratung auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene ein Ziel definiert worden, im optimalen Fall werden zusätzlich auch die Methoden und Wege der Zielerreichung festgelegt. Bei dem Beispiel sauberes Trinkwasser ist uns das so selbstverständlich geworden, daß wir über den komplizierten Weg bis zur Einigung und Umsetzung dieses Zieles gar nicht mehr so recht im klaren sind. Dem WHO-Projekt „Healthy Cities“ als Gegenpol zu relativ umschriebenen Zielen ist oft der Vorwurf gemacht worden, es mangle eben genau an der Beschreibung der konkreten Wege, mit denen das Projekt die Vision einer gesunden Stadt über die bestehenden Diskurse um Gesundheit hinausentwickeln wolle. Die Kritik ist richtig und kurzschlüssig zugleich: Der Vorwurf mangelnder Präzision mag vielen Healthy-Cities Ansätzen wohl zurecht gemacht werden; das Projekt hat aber hervorragend aufgezeigt, daß Gesundheit im öffentlichen Raum nie anders verbessert werden kann als durch Einleitung von (immer höchst kontroversen) Debatten um Ziele und politische Entscheidungen.

Die Frage der Ziele für den ÖGD im engeren Sinne wie für Public Health im globalen Verständnis ist von der Diskussion um die Listenplätze in der Gesundheits- und Gesellschaftspolitik nicht zu trennen. Gesundheit pur gibt es zudem nicht, alles hängt auf vertrackte Weise mit allem zusammen (so Bildung und Gesundheit, so Arbeitswelt und Gesundheit), in allen Einzelzielen lassen sich verschachtelte gesellschaftliche Zusammenhänge aufspüren. Horst Heinemann vom Essener Gesundheitsamt (und Gesunde-Städte-Projekt) plädiert bezüglich der Kommunen für einen extrem pragmatischen Ansatz: „Es werden nur Themen angegangen, die ohne allzu großen Aufwand bearbeitbar sind, für die in der Öffentlichkeit und in der Kommunalpolitik mit Interesse zu rechnen ist“. Dies ist kein Opportunismus, sondern spiegelt wider, daß der kommunale ÖGD nur dann wirksam Gesundheitsziele verfolgen kann, wenn er die örtlichen Kräfteverhältnisse berücksichtigt, alle wichtigen Akteure

auf Ziele verpflichten kann (last not least die Ärzteverbände und die Krankenkassen), immer aber darauf achtet, den Prozeß der Politikentwicklung vor Ort im Auge zu behalten. Von einer „Healthy Public Policy“ ist im Jargon häufig die Rede: einer auf Gesundheit eingeschworenen Gesamtpolitik in der Kommune, dem Land, dem Staat. Gesundheitsziele zu verfolgen, bedeutet für den ÖGD deshalb auch „eher amtsuntypische Arbeitsroutinen wie Projektorientierung, Teamarbeit, Kommunikation und Verhandlungsführung“ (Heinemann).

Die Ziele im Kräftefeld von Kommunalpolitik und Bürgerinteressen

Daß die Einbindung der Akteure des ÖGD in den Sozialkörper Kommune ein anderes Handeln erfordert, als es ihnen aus der unmittelbaren Patientenversorgung bekannt ist, lehren nicht erst die heutigen Erfahrungen. Der Medizinhistoriker Labisch kommt in seiner Analyse der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens zu der Bilanz: „Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen handeln keinswegs autonom. Vielmehr bleiben die „Patienten“ des öffentlichen Arztes – Gemeinschaft und Gesellschaft, Städte und Staat – ihm gegenüber souverän. (...) Sie treten als Berater politischer Akteure bzw. als beauftragte Akteure im Rahmen formal beschriebener und damit eingeschränkter Verwaltungen auf.“ In einem sehr stark medizinisch definierten Gesundheitsdiskurs fällt die Umsetzung solcher Analysen immer wieder besonders schwer; die Einschätzung gilt im übrigen für alle Beschäftigten bevölkerungsbezogener Gesundheitsdienste, nicht nur für die Ärzte.

Die Realisierung von Gesundheitszielen innerhalb des ÖGD bleibt auch für Bereiche, die gesetzlich „up to date“ geregelt sind (so erwartungsgemäß im kommenden Infektionsschutzgesetz, das überholte Regelungen des Bundessteuergesetzes und des Geschlechtskrankengesetzes ablösen wird), in der konkreten Umsetzung schwierig. Nimmt man das Einzelziel, den Prozentsatz der im Krankenhaus erworbenen Infektionen auf den in der Fachdiskussion für

unvermeidlich gehaltenen Wert abzusinken, so kommt man rasch zu dem Ergebnis, daß hierfür die buddhistische Weisheit gilt, der Weg sei das Ziel. Alle Fachleute sind sich einig, daß die Zielerreichung in diesem Feld vor allem davon abhängt, für wie wichtig das Thema der Übertragung von Infektionskrankheiten durch medizinisches Personal und deren Aktivitäten im Krankenhaus überhaupt genommen wird, um erfolgreich Verhaltensänderungen bewirken zu können. Das Ziel mag einfach zu beschreiben sein, die Realisierung aber hängt – auch bei diesem scheinbar gut eingrenzenden hygienischen Thema – von der Beeinflussbarkeit eines hochkomplexen sozialen Mikrokosmos, hier eben des Krankenhauses, ab.

Auch Grenz- und Richtwerte können sich als nur scheinbar klar definierte Ziele herausstellen. Der erste breit in der Öffentlichkeit bekannt gewordene „moderne“ Schadstoff war das Formaldehyd. Nach einigen Jahren Fachdiskussion und Erfahrungen im gesellschaftlichen Raum wurden hier Grenzwerte für die Innenraumluftbelastung sowie Empfehlungen zur Innenraumsanierung verabschiedet. Blickt man hinter die Welt der Regelwerke, so stößt man auf ein höchst unterschiedliches Vorgehen im Erreichen des Ziels: Der Aufwand der Sanierung hängt nicht allein von Meßwerten ab, sondern auch von Einschätzungen der beteiligten Öffentlichkeit, von der Güte der Information oder dem Grad der Verunsicherung der betroffenen Individuen und Institutionen (z. B. Mieter). Wenn man davon ausgeht, daß gesellschaftliche Ressourcen immer begrenzt sind (hier z. B. die Kasse des Kämmerers, der über Schulgebäude-Sanierung befindet), so wird rasch klar, daß die Bemühungen, das Oberziel zu erreichen (beim Formaldehyd: Vermeidung von Belästigungen wie Schleimhautreizungen und Absenkung der Gesamtlast an Noxen für die gesundheitliche Bilanz), immer auch (bewußt oder unbewußt) Werteentscheidungen enthält. Es läßt sich am Beispiel der Umweltschadstoffe gut zeigen, wie wichtig das (natürlich nur sehr schwer operationalisierbare Ziel „Qualität der Risikokommunikation“ zwischen Experten, Laien und Politikern ist. Wenn die Bevölkerung nicht beteiligt wird

oder sich schlecht informiert fühlt, neigt sie in gesteigertem Umfang zu der Mutmaßung, die Experten redeten einmal wieder die Risiken zu Lasten der Bevölkerung klein. Gesundheitsziele, dies wird erneut deutlich, hängen ganz stark von der Richtung und Güte der öffentlichen Debatte über den „richtigen“ Weg der Gesundheitssicherung ab.

Lebendige Wege der Zielfindung

Die Lebensphasenorientierung ist eine wichtige Methode der Herausarbeitung von Gesundheitszielen. Kinder sollen soweit es geht vor gesundheitlichen Risiken geschützt werden, eine hohe Lebenserwartung haben, ein Leben frei von Behinderungen führen oder trotz Behinderungen und Krankheiten eine möglichst hohe Lebensqualität haben. Üblicherweise werden diese Globalziele dadurch verfeinert, daß nach den besonders gefährdeten Gruppen Ausschau gehalten wird. Gelingt es, mittels epidemiologischer Untersuchungen die Unterschiede in den Risiken und Chancen gestaffelt nach sozialer Lage, ethnischer Zugehörigkeit oder Familienstatus darzustellen, liegen die Ziele zunächst einmal auf der Hand: Unterschiede sollen beseitigt werden, bei realistischer Betrachtung: die gesundheitsförderlichen Ansätze für alle benachteiligten Gruppen optimal ausgeschöpft werden.

Zielorientierte Gesundheitsberichterstattung ist ein dynamischer Prozeß, in dessen Verlauf immer wieder auch die Sinnhaftigkeit der gewählten Ziele hinterfragt werden muß. Beispielgebend hierfür ist im ÖGD z. B. der Hamburger Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (1995), in dem jeder einzelne Zielbereich darauf hin bewertet wurde, wie weit die Zielvorgaben erreicht wurden. Einzelne Ziele wurden als nicht realisierbar ad acta gelegt, neue Ziele wurden aufgenommen, darunter auch Prüfaufträge zur besseren Bestimmung der Relevanz. Am Beispiel der Potsdamer Kindergesundheitskonferenz soll im nächsten Schritt exemplarisch erläutert werden, wie ein lebendiger Prozeß der Zielfindung und -umsetzung unter Moderation des ÖGD in einer Stadt aussehen kann:

Ausgewählte Einzelziele der ersten Kindergesundheitskonferenz Potsdam 1998		
	Einzelziel Workshop 3 „Beteiligung von Kindern, Kinderrechte, Kinderschutz“	Einzelziel Workshop 4 „Beratungs- und Betreuungsangebote für Kinder“
Ergebnis	Entwicklung von Beteiligungsverfahren für sichere Kita- und Schulwege	Entwicklung von neuen Formen der Betroffenenerbeit
Ziel und Aufgabe	Einbeziehung der Vorschüler und Schüler bei der Gestaltung sicherer Kita- und Schulwege	Einbeziehung der Eltern im sozialen Brennpunkt
Federführung	Jugendamt, Schulverwaltungsamt	Betroffeneninitiative (BISS) in Kooperation mit regionalem Begegnungszentrum
Zeitschiene	Schuljahresbeginn 1998/99	fortlaufend

Auf den ersten Blick mag erstaunen, daß es um nur sehr schwer quantifizierbare Ergebnisse geht, eher um das Anschieben von gemeindebezogenen Initiativen. Dies ist ein Typ von Zielorientierung, der „auf die Nutzung qualitativer Informationen ausgerichtet“ ist (*Streich in Heinemann*). Gesundheitsziele müssen keineswegs nur quantitativer Natur sein; noch so brillante zahlengestützte Zielbeschreibungen können wertlos sein, wenn es keine Geschäftsgrundlage auf der politischen Agenda dafür gibt.

Horst *Heinemann* kommt bezogen auf die Handlungsebene Stadt zu folgender Schlußfolgerung: Es gibt in vielen Kommunen inzwischen gute Ansätze einer zielorientierten Gesundheitsberichterstattung – aber eine nächste Stufe muß gezündet werden: „Wiewohl Gesundheitsberichterstattung eng mit gesundheitspolitischen Zielen verknüpft ist, sein sollte, im besten Falle sogar solche Ziele setzt oder zumindest setzen hilft, so muß doch festgestellt werden, daß Kommunalpolitik häufig mit wohlwollend verbalem, aber weitgehend folgenlosem Schulterklopfen auf die Vorlage der Berichte reagiert“. Dies ist – bei

näherer Betrachtung – keine Kritik der Politik schlechthin, sondern eine Besinnung auf die wirklichen Bewegungsgesetze von Politik. Und all dies ist kein begrenztes, gar deutsches Problem, sondern zeigt typische Grenzen der Ziele-Philosophie auf. Auch in England, das jüngst eine nationale Gesundheitsstrategie beschlossen hat („Our Healthier Nation“), eine Ministerin für Public Health berufen hat und über eine lange Tradition im Verfolgen von Gesundheitszielen verfügt, machen die Public Health-Akteure die Erfahrung, daß es sehr schwer ist, „gesunde Allianzen“ zu schmieden, die wirkliche Veränderungen bewirken können. *Hemingway* nennt die Mitglieder dieses „Orchesters“ wie folgt: „Solche Allianzen sollten aus Kommunalverwaltungen bestehen, Arbeitgebern auf kommunaler Ebene, dem freiwilligen und privaten Sektor, Industrie und Handel, der örtlichen Presse – kurzum allen“. Und bezüglich der Ansprechbarkeit der Kommunalpolitiker zeigt sich auch in England, daß es vor allem darauf ankommt, mit ihnen gemeinsam Ziele zu erarbeiten oder sie (als Mindestforderung) von Beginn an in Kampagnen zur Erreichung von Gesundheitszielen aktiv einzubinden.

Leitidee „Kommunaler Gesundheitsdienst“

Die Kommunale Gemeinschaftsstelle (KGSt) hat in ihrem Bericht „Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ angeregt, die Modernisierung des ÖGD unter der Leitidee des kommunalen Gesundheitsdienstes voranzutreiben und dabei die These aufgestellt, daß eine Zukunftsperspektive für die kommunale Gesundheitspolitik eine Verschiebung des Leistungsspektrums innerhalb des ÖGD voraussetzt von

- vorwiegend fallbezogenen Leistungen zu gruppen- und lebensraumbezogenen Leistungen,
- vorwiegend unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung und
- von Krisenintervention zu präventiven Leistungen.

Ein zielgesteuerter Ansatz setzt letztlich einen Paradigmenwechsel im Selbstverständnis voraus. Bezogen auf die komplementären kommunalen Angebote im Bereich Gesundheitshilfen definiert die KGSt drei Voraussetzungen für den erwünschten Kurswechsel:

- Identifizierung von Versorgungslücken.
- Belebung der Konzeptdebatte: Welche Veränderungen der Versorgungslandschaft sind erfolgsversprechend?
- Eröffnung der Strategiedebatte: Welche Rollen müssen die einzelnen Träger im Gesundheits- und Sozialwesen (inklusive des ÖGD) übernehmen?

Man könnte es fast als ein eigenständiges Oberziel begreifen, daß die Kommunen ihren ÖGD als Instrument einer ziele gesteuerten Gesundheitspolitik wiederentdecken – und daß innerhalb dieser Debatten die über den klassischen Aufgabenkatalog (z. B. Seuchengesetze) hinausgehende parlamentarische Legitimation für das Gesundheitshandeln im kommunalen Raum fortgeschrieben wird.

Fünf-Jahres-Programm zur Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen (1994-1998) in den Niederlanden

Interventionstyp	Ziele für Gesundheitsakteure
Hebung des Bildungsstandes, der Qualifikation und des Einkommens unterer sozialer Schichten	vorrangiges Ziel: bessere Gesundheitsberichterstattung nach Sozialindikatoren
Minimierung krankheitsbedingter Beeinträchtigung der sozialen Beweglichkeit	Chronisch kranke Kinder: Beratung und Unterstützung von Lehrerinnen/Lehrern durch Schulgesundheitsdienst Chronisch kranke Erwachsene: Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes oder Verbesserung der Wiedereinstiegschancen
Reduzierung ungesunder Lebensstile in unteren Sozialschichten	Entwicklung geeigneter, d. h. akzeptierter Programme von Gesundheitserziehung
Kompensatorische Gesundheitshilfen für untere soziale Schichten	Kombinieren gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen

Mit der Wiedererrichtung der Gesundheitswissenschaften (neuhochdeutsch „Public Health“) in Deutschland und vergleichbaren Ländern wird eine Vision neu formuliert: Wie kann Disease-Management und Health-Management in einem Gesamtkonzept eines nationalen Gesundheitsplans besser miteinander verzahnt werden, und wie kann das Thema „Gesundheit“ als gesellschaftliche Utopie jenseits der Strukturen des institutionalisierten Gesundheitswesens als wirklich vorrangiges Thema der Zivilgesellschaft behandelt werden?

Nationale Gesundheitsziele im vereinten Europa

Unser Nachbar Niederlande hat ein entsprechendes Megaprojekt gestartet, um das Thema „soziales Gefälle in den Gesundheitschancen“ auf die oberste Politikebene zu heben. Dabei wird deutlich, daß in diesem Feld die entscheidenden Interventionen natürlich nicht durch das Gesundheitswesen im eigentlichen Sinne erbracht werden, daß aber sehr wohl zugehörige Ziele für die Gesundheitsakteure beschrieben werden können.

Mit diesem nationalen Programm ist die Erkenntnis verbunden, daß der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit keineswegs ein Thema von gestern ist, das nach weit verbreiteter Meinung durch den Wohlfahrts- bzw. Sozialstaat gewissermaßen überholt ist. Nun ist das Aufstellen von konkreten Zielen zur Verringerung der Chancengleichheit für Gesundheit sicher eine der schwierigsten Public Health – Aufgaben überhaupt. Aber, so meint Richard Wilkinson, einer der einschlägig versierten Sozialepidemiologen und Systemforscher, bereits das fortwährende Erinnern an die Bedeutung des sozialen Gradienten für Krankheit und Gesundheit durch Public Health-Akteure ist vermutlich eines der wichtigsten Gesundheitsziele überhaupt – wenn man nicht Gesundheit mit Medizin verwechselt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Akademie für
Öffentliches Gesundheitswesen
Postfach 25 02 51
D – 40093 Düsseldorf