

Public Health

Individualisierung der Prävention

Nach 1945 wurde Prävention immer mehr zu einer Subsparte der klinischen, individualmedizinisch ausgerichteten Medizin. Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe von Kommunen und Staat bleibt auch heute noch eine Wunschvorstellung.

Die Tradition der deutschen Sozialmedizin ist nicht zuletzt mit dem Namen Rudolf Virchows verbunden: Sein Programm setzte gleichermaßen auf die große Politik (Armutsbekämpfung und Verbesserung der Bildungschancen) wie auf die Ärzteschaft als Träger der Präventionsbotschaften. Das lange Zeit tragende Hygieneparadigma wurde in Sanierungsprogrammen der wachsenden Industrienationen außerordentlich wirksam, so wie auch die Medizin selbst vom Fortschritt der bakteriologischen Ära profitieren konnte. Gleichzeitig sind die Untersuchungen von Thomas McKeown oder später von McKinlay und anderen zur Bedeutung der Medizin für die Steigerung der Lebenserwartung eine heilsame Lektion, die vor der Überschätzung medizinischer Ansätze schützen könnten. Und es muss daran erinnert werden, dass Präventionskonzepte keineswegs davor geschützt sind, nicht die Ursachen von Erkrankungen, sondern die Kranken zu „bekämpfen“. Die NS-Rassenhygiene legt für alle Zeiten Zeugnis davon ab, dass Gesundheitsutopien und Menschenverachtung in bedrückender Weise zusammenfallen können.

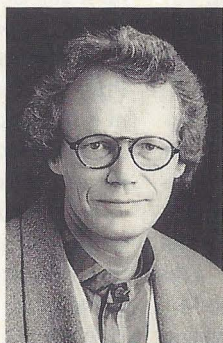
1945 waren Strukturen und Visionen einer gesundheitsbezogenen Prävention in Deutschland verbrannt. Mit der sozial-darwinistischen so genannten Verhütung erbkranken Nachwuchses,

mit der Vernichtung für unwert erklärten Lebens und der Indienstnahme der Institutionen der psychiatrischen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes hatte sich die Idee der Prävention in die Wahnidee der Vernichtung von Kranken und der Schaffung einer genetisch wertvollen Population verwandelt.

Es dauerte etwa vierzig Jahre, ehe medizinische Fakultäten und Gesundheitspolitik die NS-Präventionsverbrechen thematisierten. Prävention hatte als ausgewiesenes Programm in keinem Bereich des Gesundheitswesens einen zuverlässigen Ort. Die auch weiterhin bedeutsamen Elemente des gesundheitsbezogenen Verbraucherschutzes mittels Seuchen-, Lebensmittel- und Arbeitshygiene gaben keine ausreichende Basis ab für Präventionsstrategien in der Nachkriegsgesellschaft. Es gelang den Kassenärzten fast mühelos, das Vakuum für moderne Präventionsstrategien zu füllen und dabei

das Denk- und Handlungsmuster der kurativen Medizin der Prävention überzustülpen. Politik und Gesellschaft zeigten in den ersten Nachkriegsjahrzehnten kaum Interesse an einer Präventionspolitik für das Gesundheitswesen. Prävention wurde immer mehr zu einer Subsparte der klinischen, individualmedizinisch ausgelegten Medizin, welche die so genannten Volkskrankheiten als Schlachtfeld der pharmakologischen Bekämpfung entdeckt hatte.

Definieren von Surrogatparametern und breite individualmedizinische Dia-



Norbert Schmacke ist Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband in Bonn.

Foto: privat

gnostik erschienen plötzlich als probate Ansätze zur Prävention der neuen „Killer“. Die Fettstoffwechselstörungen wurden zum Leitthema, das massenmedial wirksam kommuniziert werden konnte. „Primärprävention“ durch obligatorische Einnahme von Statinen für die Gesamtbevölkerung stellt den aktuellen Schlusspunkt dieser Philosophie dar.

„Zivilisationskrankheiten“ wurde seit den 60er-Jahren ein Schlüsselbegriff, Risikofaktoren „bekämpfung“ feste Denkfigur. In den parallel stattfindenden bevölkerungsbezogenen Kampagnen dominierten Appelle an gesundheitsbewusstes Verhalten und Unverständnis für die „Unvernünftigen“. Die Mittel- und Oberschichten entwickelten eine teils kultische Gesundheitsphilosophie (Healthismus).

Individualmedizinische Prägung

Das Gesetz über das Kassenarztrecht markiert bereits 1955 die Wende zur individualmedizinischen Prägung von Prävention. Früherkennung wurde zunehmend mit Prävention verwechselt und ungezieltes Screening zur Erschließung von Patientenströmen eingeführt. Mit der Zuweisung der Krankheitsverhütung an den Kassenarzt – mit seiner Arbeitsweise eines allein praktizierenden Kleingewerbetreibenden – verschwand die gruppenbezogene Prävention von der Tagesordnung. Die leitenden Medizinalbeamten in den Ministerien und die Amtsärzte waren nicht in der Lage, den Unterschied zwischen individualmedizinischer Vorsorge und populationsbezogener Prävention in der gesundheitspolitischen Debatte mit Erfolg darzustellen. Der öffentliche Gesundheitsdienst konzentrierte sich bei den „modernen“ Präventionsstrategien – jenseits der klassischen Themen wie Impfen und Karies – auf ein zum Scheitern verurteiltes Konkurrieren mit der kassenärztlichen Praxis. Alle Versuche, die Kommune und den öffentlichen Gesundheitsdienst stärker in das Zentrum des Gesundheitsversorgungssystems zu stellen, scheiterten; dies ist bei wichtigen Zeitzeugen wie Wilhelm Hagen und Ludwig von Manger-König im Detail nachzulesen. Im Verständnis des so genannten Wohl-

fahrtsstaates galt gruppen- und bevölkerungsbezogene Prävention als Anachronismus, den sich die moderne Gesellschaft angesichts der Fortschritte der Medizin und des Sieges über die Armut nicht mehr zumuten müsse.

Wirksame Prävention fand wie in allen prosperierenden Gesellschaften auch in der Bundesrepublik Deutschland statt, so ganz sicher durch die Zivilisierung der industriellen Arbeitswelt und die Hebung des Lebensstandards und des Bildungsniveaus breiter Bevölkerungsschichten. Die Diskussion um die Gewichtung von Prävention zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen – Erziehung, Bildung, soziale Unterstützungssysteme, Gesundheitsversorgung – gelingt aber bis heute kaum.

Seit den 60er-Jahren gewinnt das Fortschrittsparadigma der Medizin erheblich an Boden. Medizin kommt nicht mehr, wie es vorherige Generationen gewohnt waren, mit leeren Händen daher, wenn es um Leben und Tod geht, sondern es werden immer erkennbarer bedeutende Heilungsversprechen realisiert. Und parallel findet die schleichende Dethematisierung der primären Prävention statt, die nicht einmal mehr in einem Kernbereich wie dem Impfen die notwendige Systematik von Public-Health-Kampagnen wiedererlangt.

In den späten 80er-Jahren kommt es wieder zu einer Diskussion um Konzepte wirksamer und gesundheitsbezogener präventiver Ansätze in Gemeinden und Betrieben – in bewusstem Kontrast zur Risikofaktorenmedizin. Mit „Health Promotion“ wird ein Nachfolgeparadigma für den Präventionsansatz der Hygiene-Ära etabliert. Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe von Kommunen und Staat bleibt aber bislang eine Wunschvorstellung, da es nicht gelingt, die Beteiligten auf diese gemeinsame Idee hin einzuschwören.

Der erste Anlauf einer der Krankenkassen verpflichtenden Verortung von Prävention im Sozialgesetzbuch V hielt einer populistischen und berufspolitischen Offensive der ausgehenden Seehofer-Ära nicht stand. Der zweite Anlauf der jungen rot-grünen Koalition ringt um die Focussierung auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und moderne betriebliche Gesundheitsför-

derung. Evaluation von Präventionsprogrammen wird zur Losung, nachdem der erste Anlauf mit der populistischen Losung vom „Bauchtanz auf Kassenschein“ desavouiert werden konnte. Immerhin wird heute wieder ernsthafter diskutiert, ob neue Strategien der Prävention und des Managements der Versorgung erforderlich sind. Mit der auf Empowerment und Lernerfahrungen setzenden Aids-Präventionsstrategie wurde erfolgreich die Bedeutung von primärer Prävention demonstriert, was seither erheblichen Einfluss auf die Bundes- und Landesgesundheitspolitik genommen hat.

Immer subtilere Frühdiagnostik

Im Gegenzug wird die dem Individuum zentrierten Heilungsversprechen verpflichtete Medizin in der molekularbiologischen Ära zu neuen Höhenflügen anheben und die alten Public-Health-Erkenntnisse zur Bedeutung der sozialen Determinanten von Krankheit und Gesundheit an den Rand drängen. Die Medizin wird ihre unglaubliche Expansion in den Alltag der Menschen hinein fortsetzen, ihr Präventionsversprechen aber vor allem zu einer immer subtileren Frühdiagnostik nutzen, ohne nach dem präventiven Stellenwert zu fragen. Die sozialen Voraussetzungen von Prävention werden durch diesen neuen Individualisierungsschub erneut in den Schatten gestellt. Aus dieser Perspektive ist Evidence based Medicine ein echter Hoffnungsträger. Wenn es nämlich gelingt, die Frage nach der wissenschaftlichen Begründung von Konzepten in Politik und Gesellschaft stärker als bisher zu verankern, könnte dies am Ende das einzige Gegenmittel gegen unrealistische Heilungsversprechungen und gefährliche Gesundheitsutopien bleiben.

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

Facharzt für Innere Medizin und Sozialmedizin
Leiter des Stabsbereichs Medizin
des AOK-Bundesverbandes
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Der Autor referierte zu diesem Thema auf der Tagung „Gesund in Gesellschaft“ – Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Präventionskonzepten, Hannover 1./2. März 2001; auf dieser Grundlage formulierte er den vorstehenden Beitrag.