

Nur ein Gesamtkonzept kann die Krise lösen

Vor dem „Jahrhundert des Patienten“

Doch Bundesminister Horst Seehofer setzt nach wie vor auf Sparen und Kürzen bei der Gesundheitsvorsorge

Von Norbert Schmacke

Die Gesundheitsförderung und -vorsorge ist in die Kritik geraten – „Bauchtanz auf Kosten der Krankenkassen“, so heißt die landläufige Meinung. Doch das ist in doppelter Hinsicht unfair. Schließlich ist es extrem schwer, den Nutzen und die Erfolge von Vorsorgeprogrammen zu beweisen. Vor allem aber muß dieser Bereich mit völlig anderen Maßstäben gemessen werden als die an konkreten Erkrankungen orientierte Medizin.

Viele Kursangebote der Kassen stoßen an Grenzen; dies war von Anfang an klar. Dennoch macht es sich die Politik zu leicht, wenn sie die bereits vorhandenen internationalen Studien zur Gesundheitsförderung nicht würdigt. Sie künftig im Prinzip auf den Anbietermarkt zu verweisen, wäre ein massiver Rückschritt in der Gesundheitspolitik. Dazu gehört auch die geplante Demontage des Sozialgesetzbuches, das 1988 die Gesundheitsförderung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen hat, sowie die weiteren Beschlüsse der Bundesregierung zur Begrenzung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Es ist verkürzt, wenn Gesundheitsförderung mit Prävention oder Vorbeugung gleichgesetzt wird. Es geht bei *Health Promotion* um etwas viel Weitergehendes: um die Aktivierung von individuellen wie gesellschaftlichen Impulsen, die Gesundheit erhalten oder wiederherstellen können, von der Prävention bis zur Rehabilitation. Hinter den Äußerungen von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer, man müsse dafür sorgen, daß die „wirklich wichtigen“ Leistungen für Schwerkranke morgen noch finanzierbar sind, verbirgt sich das Fehlen eines integrierenden Konzeptes. Gerade die chronisch Kranken können nämlich mit dem alten Strickmuster an medizinischer Diagnostik und Therapie nicht ausreichend versorgt werden.

Der Geriater Carsten Hendriksen vom Kopenhagener *Kommunehospitalet* untersuchte, welche präventiven Effekte sich durch Hausbesuche bei über siebzighjährigen Menschen durch erfahrene Krankenschwestern und Ärzte erzielen lassen. Erstaunliches Ergebnis: Die Beratung führte dazu, daß weniger Kranken-

hausaufenthalte und Heimeinweisungen erforderlich wurden. Lebensqualität und Lebenserwartung der beratenen Gruppe alter Menschen wuchsen.

Die deutsche Medizin und Gesundheitspolitik jedoch setzt bislang lediglich auf das breite Angebot an Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte, Hausärzte und weitere Spezialisten. Aber für die Wirksamkeit vieler dieser sogenannten Vorsorgeuntersuchungen gibt es keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege. Auch bei den unstrittig sinnvollen gynäkologischen Abstrich-

Nicht erst Ertrinkende retten

Untersuchungen wird nicht diskutiert, ob ein jährlicher Rhythmus erforderlich ist und wie vor allem diejenigen Frauen zu erreichen sind, die bisher überhaupt nicht zur gynäkologischen Untersuchung gehen.

Grundsätzlich gilt: Man darf nicht immer nur die Ertrinkenden aus dem Wasser ziehen (das muß man selbstredend auch tun), sondern man muß danach suchen, warum sie stromaufwärts ins Wasser fallen – vielleicht, weil sie dort hineingestoßen werden. Der englische Sozialmediziner McKeown hat in den sechziger Jahren nachgewiesen, daß der Rückgang der Infektionskrankheiten lange vor dem Aufkommen der modernen Medizin einsetzte und daß die Ursachen in der Verbesserung der Trinkwasser- wie der Abwassersysteme der Großstädte und besserer Ernährungsbedingungen zu finden sind.

Soziale Faktoren sind auch heute bei völlig verändertem Krankheitspektrum häufig für das Auftreten von Krankheiten und die Chancen ihrer Heilung verantwortlich. In den siebziger Jahren begannen amerikanische Forscher eine Langzeitstudie (*Perry Preschool Study*), mit der sie den Einfluß einer gezielten Vorschulerziehung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen untersuchten. Nach 15 Jahren zeigte sich, daß gute Erziehungsprogramme nicht allein die späteren Bildungs- und Berufschancen verbessern, sondern auch die Kriminalitätsrate und die Zahl unerwünschter

Schwangerschaften senken sowie insgesamt ein selbstbestimmtes, weniger auf Sozialhilfe angewiesenes Leben ermöglichen.

Die Bundesregierung will krankheitsbedingte Fehlzeiten in Betrieben durch gekürzte Lohnersatz-Leistungen und schärfere Kontrollen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen beikommen. Es gerät fast aus dem Blickfeld, daß die Höhe des Krankenstandes in Betrieben auch von äußeren Rahmenbedingungen diktiert wird (Lärm, Schadstoffe, körperlicher Streß, Schichtsysteme) und daß die Abwesenheitsraten damit zusammenhängen, ob die Mitarbeiter Einfluß auf Betriebsabläufe haben, die ihrer Gesundheit nutzen oder schaden könnten. Diese Erkenntnisse hat die moderne betriebliche Gesundheitsförderung zum Programm erhoben, zum Beispiel mit Einführung von Gesundheitszirkeln in den Firmen. Der Ansatz wird durch zahlreiche Wirksamkeitsstudien seit mindestens zwanzig Jahren gestützt. Es handelt sich um einen Glücksfall der Interes-

„Etwas mehr“ ist zu wenig

senidentität von aufgeklärten Unternehmern und Beschäftigten.

Das Bismarcksche Krankenversicherungssystem stößt an der Schnittstelle von Finanzierungslogik (Halbierung der unmittelbaren Krankheitskosten zwischen Kapital und Arbeit), gesellschaftlicher Entwicklung (Massenerwerbslosigkeit, und Wandel des Krankheitspektrums (Zunahme der chronischen Krankheiten, psychoemotionalen Störungen und Süchte) an seine Grenzen. Ergänzende Lösungen, nicht das Prinzip „Etwas mehr oder weniger vom selben“ sind erforderlich. An Gruppen und Institutionen orientierte Ansätze der Gesundheits-sicherung müssen stärker entwickelt werden:

□ Individualmedizinische müssen durch gruppenbezogene Angebote ergänzt werden. Defizite bestehen selbst in einem so gut entwickelten Gebiet wie der Karies-Vorsorge. Fortschritte sind hier in erster Linie durch fundierte Ansätze der Gruppenprophylaxe zu erwarten. Eine vernünftige, rechtlich verbindliche Fi-

nanzierungsstruktur fehlt aber. Dabei bleibt auszuloten, was sinnvollerweise steuer- und was beitragsfinanziert werden sollte.

□ Die „Komm-Struktur“ der Arztpraxis erreicht gerade Menschen mit einer Bündelung von Gesundheitsrisiken nicht ausreichend. Hier ist vor allem eine Vernetzung von kommunalen Angeboten im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich erforderlich. Die klassische Rollenaufteilung zwischen steuerfinanzierten Angeboten einerseits und Leistungen der Krankenversicherung andererseits ist nicht sinnvoll.

Ein positives Beispiel hierfür sind die sozialpsychiatrischen Dienste. Beratung und Betreuung müssen nicht nur im Medizinsystem – etwa in Form von ärztlichen Gruppenpraxen – gebündelt werden, sie müssen im Sinne sozialer Kompensation und niedrigschwelliger Zugänge auch in Kindertagesheimen, Schulen und Stadtteilen angemessen finanziert werden. Hier sind Experimentierklauseln in den Bundes- und Landesgesetzen erforderlich.

□ Die betriebliche Gesundheitsförderung muß wegen ihrer hohen Wirksamkeit weiterentwickelt werden.

□ Konzepte für eine integrierte Prävention, Versorgung und Gesundheitsberichterstattung müssen kleinräumig entwickelt werden. Hierfür sind staatlicherseits Voraussetzungen zu schaffen, da diese Steuerungsfunktionen nicht zum Nulltarif zu haben sind. In Nordrhein-Westfalen wird dies unter dem Motto „wohnortnahe Koordinierung“ gegenwärtig erprobt.

Derartige Regionalisierung darf nicht verwechselt werden mit der Deregulierung, die momentan vielfach betrieben wird. Der Berliner Gesundheitswissenschaftler Rosenbrock weist darauf hin, daß unter modisch klingenden Überschriften wie etwa der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ de facto ein Rückzug aus der staatlichen Regulierungskompetenz vollzogen wird, an dessen Stelle die ökonomische Konkurrenz zwischen Krankenkassen und Produzenten treten soll, die unter den jetzigen Vorzeichen nur zum Buhlen um die „guten Risiken“ führen kann.

□ Kooperation im Gesundheitswesen darf kein Zauberwort bleiben. Die Experten müssen Berufsegoismus und Fachbor-niertheit überwinden. Die Laienperspek-tive muß systematisch in Forschungs- und Planungsüberlegungen einbezogen werden. Der US-amerikanische *Public Health*-Experte Reiser spricht etwas pa-thetisch vom kommenden „Jahrhundert des Patienten“ und trifft damit einen zen-tralen Punkt: Der ernstgemeinte Dialog zwischen Experten und Laien ist keine Sache von Freundschaft oder gar Herab-lassung. Er ist für eine integrierte Ge-sundheitsvorsorgenotwendig. Eine ange-messene Förderung der Selbsthilfe setzt voraus, daß die sogenannten Experten umdenken, vom hohen Roß steigen, res-sortübergreifendes Handeln lernen. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind bis-lang unzureichend.

Wenn die Modelle „lean management“ staatlicher Dienstleistungen und Neoli-beralismus im kurativen Versorgungssy-tem weiter gepflegt werden, wird die Chancengleichheit im Gesundheitswe-sen bewußt aufs Spiel gesetzt. Es ist para-dox: In Ländern mit stark deregulierten Systemen wird das deutsche Modell des Gesundheitswesens gelobt. Die notwen-digen Reformen könnten ohne Hektik eingeleitet werden. Das vorhandene Ge-samtbudget erlaubt dosierte Reformen, wenn Steuer- und Kassenmittel gebün-delt werden.

Wir geben momentan etwa neun Pro-zent des Bruttosozialproduktes für ge-sundheitliche Dienstleistungen aus. Das am Markt orientierte Modell der USA verbraucht 14 Prozent. Wer sagt eigent-lich, daß neun Prozent die absolute Schmerzgrenze sind? Die „Kostenexplo-sion“ liegt in erster Linie daran, daß die Gesundheitspolitik bislang immer wei-ter auf ihrer Einbahnstraße gefahren ist. Damit entfällt nicht die Notwendigkeit, den Leistungsrahmen unter Qualitätsge-sichtspunkten zu durchforsten, um Res-sourcen sinnvoll umlenken zu können. Dies muß aber in einem breit und nicht partei- und tagespolitisch angelegten ge-sellschaftlichen Diskurs geschehen. Wer die Ausgaben nur unter dem Aspekt der Gewinne für Leistungsanbieter oder des Verlustes für Kapitalinvestitionen sieht, kann kein zukunftsweisendes Konzept der Gesundheitssicherung entwerfen.

Mit dem Namen des Konservativen Bismarck verbindet sich die erste epocha-le Weichenstellung im deutschen Gesund-heitswesen, die auf gesellschaftlichen Ausgleich bedacht war: zwischen dem

Expansionsstreben der Industriegesell-schaft und den gesundheitspolitischen Forderungen der erstarkenden Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung. Die For-mel für das 21. Jahrhundert muß wohl noch erfunden werden.

Der Autor ist Internist und Sozialmedi-ziner; er leitet die Düsseldorfer Akade-mie für öffentliches Gesundheitswesen