

Die Aufgaben von Public Health angesichts der gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit

Vortrag von Dr. Hermann *Schulte-Sasse*, Staatssekretär für Gesundheit und Verbraucherschutz, Berlin im Rahmen der 10-Jahresfeier des *Berliner Zentrums Public Health* am 08.11.2002

Quelle: <http://www.tu-berlin.de/bzph/>

Meine sehr verehrten Damen und Herren, mein Vortrag zu diesem Thema ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werde ich mich dem Themenvorschlag entsprechend allgemein mit den Aufgaben von Public Health angesichts der gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit befassen. Ich vermute vorweg, dass kein Dissens darüber bestehen wird, dass die Herausforderungen einerseits und die entsprechenden Aufgaben andererseits gewaltig sind.

Im zweiten Teil, bei den Fragen wie und wo diese Herausforderungen und Aufgaben bewältigt werden, kommen wir um eine Eingrenzung der Fragestellung auf die föderative Gestaltungsmacht des Gesundheitswesens - d.h. der Gesundheitspolitik in Berlin - und die Rolle der Akteure von Public Health in dieser Stadt nicht herum und ich hoffe, dass auch hierbei mehr Konsens als Dissens zu verzeichnen sein wird.

Meine Damen und Herren, der Ort der heutigen Veranstaltung - das Kaiserin Friedrich Haus als Institution der organisierten ärztlichen Fortbildung zu Beginn des vorigen Jahrhunderts - hätte nicht besser für die Veranstaltung gewählt werden können. Denn ein Teil der zu lösenden Aufgaben wird auch darin bestehen, in der Aus- und Fortbildung der Ärzteschaft einige bisher vernachlässigte Gebiete und Disziplinen wieder deutlich zu verstärken. Der auch räumliche Bezug zur Vergangenheit führt aber auch zurück zu der einst großen Bedeutung der Bevölkerungsmedizin in unserem Land.

Deutschland kann im Vergleich zu anderen Ländern nicht nur auf eine sehr frühe Sozialgesetzgebung zurückblicken, die Bevölkerungsmedizin und ihre methodischen Grundlagen in der Gesundheitsstatistik waren schon früh weit entwickelt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gehörte Deutschland in der Gesundheitsstatistik zu den führenden Nationen. Auch wenn bereits in dieser Zeit individualmedizinisch-kurative Konzepte mit bevölkerungsmedizinischen Ansätzen konkurrierten, war auch in der Mehrheit der Ärzteschaft der Glaube an die Wirksamkeit primärpräventiver, bevölkerungsbezogener Maßnahmen ungebrochen. Wie wir alle wissen, hat der Nationalsozialismus hier eine lange und tiefe Zäsur hinterlassen.

Nach dem zweiten Weltkrieg und der späteren Gründung der beiden deutschen Staaten spielte die Bevölkerungsmedizin in der damaligen Bundesrepublik Deutschland kaum noch eine Rolle. Mehr noch: Gesundheitspolitik als spezifisch staatlich-administrative Regulierung von Gesundheitsrisiken der Bevölkerung findet zunächst kaum mehr statt. Kennzeichnend für die Gesundheitspolitik in Deutschland seit Mitte der 50er Jahre ist die Delegation von Zuständigkeiten an Dritte und die Beschränkung auf die Setzung genereller sozialrechtlicher und fiskalischer Rahmenbedingungen. Gesundheitspolitische Regulierungen erfolgen in einem komplexen System „korporatistischer Zuständigkeitsdelegation“ unterschiedlicher Akteure (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften, Bundesländer). Der Öffentliche Gesundheitsdienst - formal noch immer eine der drei Säulen der gesundheitlichen Versorgung - verliert immer mehr Zuständigkeiten und auch praktische Bedeutung innerhalb des Versorgungssystems.

Die primär individualmedizinische, kurative Orientierung des sich mit dem Kassenarztrecht von 1955 etablierenden Gesundheitssystems in Westdeutschland erhält mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem Optimismus hinsichtlich der therapeutischen Beherrsch- oder gar Heilbarkeit der großen Volkskrankheiten zunächst eine ausreichende Legitimation und Handlungsorientierung, die sich durch diagnostische und therapeutische Fortschritte auf einigen Gebieten (z.B. medikamentöse Ulcus Therapie) zunächst auch zu bestätigen schien. Die primäre Prävention - das Werkzeug der Bevölkerungsmedizin - geriet mit Ausnahme des Impfens völlig aus dem Blickfeld. Noch in der Logik der kurativen Individualmedizin verhaftet waren die in den siebziger bzw. achtziger Jahren etablierten sekundärpräventiven Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung auf bestimmte Krebsarten und Krankheiten des Herzkreislaufsystems mit dem Ziel, bestehende Krankheiten bei besserer therapeutischer Prognose früher zu erkennen.

Damals schon geäußerte Zweifel an der Effektivität und Effizienz dieser Maßnahmen bestehen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – bis heute.

Die Regulierung von Gesundheit und Krankheit auf der Grundlage der Delegation von Zuständigkeiten an Dritte war begleitet von einer lange nicht thematisierten Desinteresse der staatlichen Gesundheitspolitik an Gesundheitsstatistik und Epidemiologie. Es darf daran erinnert werden, dass der erste nationale Gesundheitssurvey in Deutschland im Jahr 1984 durchgeführt worden ist, weit später als entsprechende Untersuchungen in vielen anderen vergleichbaren Ländern. Aber auch die jeweils für die Regulierung von Gesundheit und Krankheit zuständigen Institutionen entwickelten z.T. aus verständlichen Gründen kein Interesse an der Erhebung von Informationen über Gesundheit der Bevölkerung, der Versicherten oder der Patienten und die Inputs und Outputs medizinischer Maßnahmen. Die gesundheitsstatistische, epidemiologische und auch gesundheitsökonomische (mikroökonomische und makroökonomische) Datenglage muss trotz einiger Verbesserungen auch noch heute als insgesamt unbefriedigend bewertet werden, u.a. auch weil sich die Datenerhebung vorrangig an ökonomischen und weniger an epidemiologischen Parametern orientiert.

Bei insgesamt wachsender ökonomischer Prosperität funktionierte dieses System der gesundheitlichen Versorgung weitgehend ohne Informationen und Daten, Ziele und Planungsgrößen bis Anfang der 80er Jahre erstaunlich gut. Der schon damals gültig Grundsatz einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik glich Kostensteigerungen recht einfach über Beitragssatzerhöhungen aus. Erst mit den wachsenden wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Problemen treten die Finanzierungs- und Kostenprobleme dieses Gesundheitswesens immer deutlicher hervor. Gesundheitspolitik wird zu einem recht kontinuierlichen Prozess der Kostendämpfungs- und Krankenversicherungspolitik, der bislang noch keinen Abschluss gefunden hat.

In der politischen Auseinandersetzung um diese Art von Gesundheitspolitik und in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dieser Thematik sind allerdings auch einige gegenläufige Entwicklungen zu konstatieren, die natürlich in einem engen Zusammenhang mit dem Jubiläum stehen, das wir heute feiern:

Hinzuweisen ist zunächst auf die kritische Gesundheitsbewegung, die schon Ende der 70er Jahre Alternativen einer wirksameren und wirtschaftlicheren und auch stärker patientenorientierten und stärker präventiv ausgerichteten Gesundheitsversorgung anmahnte und z.T. auch aufzeigte

Hinzuweisen ist sicher auch auf die Rolle der WHO in Zusammenhang mit der Definition von Gesundheitszielen und der Wiederbelebung und Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention mit Ottawa und den Nachfolgekonferenzen

Hinzuweisen ist auch darauf, dass es in einem wenn auch zeitraubenden und anstrengenden Prozess zwischen Wissenschaft und staatlicher Administration im Bund und in den Ländern gelungen ist, zumindest tragfähige Ansätze von Gesundheits- und Sozialberichterstattung, von gesundheitlicher Zielplanung - ja von rationaler Gesundheitspolitik überhaupt - zu entwickeln.

Im Rahmen dieser Entwicklung kann die Bedeutung der verschiedenen Public Health Zentren mit dem entsprechenden Forschungsverbund in Deutschland nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Historisch betrachtet kann organisiertes Gesundheitshandeln immer als spezifisches Mischungsverhältnis bevölkerungs- und individualmedizinischer, präventiver und kurativer Maßnahmen und Strategien verstanden werden. So hatte z.B. schon Hippokrates 400 vor Christus präventive Bewegungstherapien entwickelt. Vor dem Hintergrund der sich aufdrängenden Frage, ob mit einem mehr an kurativer Medizin der Gesundheitszustand einer Bevölkerung tatsächlich verbessert werden kann, sehen manche Verfechter der Prävention heute bereits das Zeitalter der präventiven Bevölkerungsmedizin wieder heraufziehen. Doch hier ist Vorsicht geboten: Mit der Gentechnologie und der prädiktiven Medizin ist der Bevölkerungsmedizin ein sehr ernsthafter Konkurrent erwachsen. Und dies nicht nur ideell, sondern vor allem auch hinsichtlich der finanziellen Dimensionierung.

Vor diesem Hintergrund steht unser Gesundheitssystem zu Beginn dieses Jahrhunderts vor einer ganzen Reihe schwieriger Herausforderungen, wie sie in vielen Bereichen - nicht zuletzt im Gutachten des Sachverständigenrates 2001 - klar benannt worden sind.

1. Veränderung des demographischen Aufbaus der Bevölkerung / Wachsender Anteil älterer Menschen / Reduktion der Erwerbsbevölkerung / Zunahme der Lebensarbeitszeit
2. Anhaltend hohe strukturelle Arbeitslosigkeit / Finanzierungsprobleme der GKV

3. Effektivitäts- und Effizienzprobleme in nahe zu allen Bereichen der medizinischen Versorgung (Unter-, Über- und Fehlversorgung)
4. Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen
5. Probleme in der epidemiologischen Datenlage und Gesundheitsberichterstattung
6. Mangelhafte Ziel- und Maßnahmenplanung / Mangelhafte Evaluation
7. Fehlende bzw. unzureichende präventive Orientierung
8. Unzureichende Finanzierungs- und Handlungsstrukturen auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung
9. Ethische Probleme (z.B. Gentechnologie, Rationalisierung und Rationierung)
10. Soziale Lage und Gesundheit

Meine Damen und Herren, die genannten gesundheitspolitischen Herausforderungen sind nicht nach der Höhe ihrer Bedeutung geordnet, sonst hätte ich den Punkt 10 an die erste Stelle setzen müssen. Nach allem was wir aus der Epidemiologie heute wissen, ist die soziale Lage der entscheidende Risikofaktor für ein mehr an Gesundheit oder ein mehr an Krankheit. Schon aus diesem Grund ist allen Überlegungen, die zur Lösung der genannten Probleme am System einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung oder an einer Privatisierung von Leistungen ansetzen, eine deutliche Absage zu erteilen.

Meinen Ausführungen zu den Aufgaben von Public Health möchte ich folgende Definitionen voranstellen, die die verschiedenen Aspekte von Public Health deutlich machen:

Das US-amerikanische *Institute of Medicine* formuliert 1988 sehr allgemein :
 “ Fulfilling society’s interest in assuring conditions in which people can be healthy” .

Danach hat Public Health die Aufgabe, das gesellschaftliche Interesse an gesundheitsgerechten Lebensbedingungen sicherzustellen.

Schon sehr viel praktischer formulierte Winslow¹ schon 1920:
 “The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health and efficiency through organized community effort.“

Vier wesentliche Aspekte sind Teil dieser Definition:

1. Public Health ist eine Wissenschaft und eine Kunst, oder ein Handwerk
2. Es geht nicht nur um Gesundheitsförderung, Prävention und die damit auch intendierte Verlängerung der Lebenserwartung sondern
3. um die Förderung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung insgesamt, die
4. in einem organisierten gemeinschaftlichen Prozess erreicht werden soll.
- 5.

Aus dieser Definition leiten sich folgende Aufgaben und Funktionen von Public Health ab:

Assessment:

Assessment und monitoring der gesundheitlichen Lage von Kommunen und Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel, Gesundheitsprobleme zu identifizieren und Prioritäten festzustellen.

Policy development:

Gesundheitsziele zu formulieren, die in Abstimmung von Beteiligten und politisch Verantwortlichen mit dem Ziel umgesetzt werden, die benannten lokalen und nationalen Gesundheitsprobleme und deren Prioritäten in Angriff zu nehmen.

Assurance:

Es ist zu gewährleisten, dass alle Bevölkerungsgruppen eine angemessene Kosten-effektive gesundheitliche Versorgung erhalten, die Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Evaluation dieser Leistungen einschließt.

Meine Damen und Herren, die vorhin genannten gesundheitspolitischen Herausforderungen sind an viele Akteure gerichtet und nicht wenige richten sich zunächst und prioritär an die Politik des Bundes: dies gilt z.B. für die demographischen Probleme, die arbeitsmarktpolitischen Probleme und auch die Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, die zu einer bundeseinheitlichen partiellen Revision und Neubestimmung bisheriger Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten führen müssen und führen werden. Dies gilt auch für eine Reihe ethischer Fragen, die sich in Weiterentwicklung von diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen und oder neuer Steuerungsmethoden im Gesundheitswesen ergeben.

Von den genannten zehn gesundheitspolitischen Herausforderungen bleiben damit sechs, von denen wir auf Landesebene betroffen sind und die wir auf Landesebene zum Teil prioritär, zum Teil in Zusammenarbeit mit Bund und Ländern lösen können und müssen. Dies sind:

1. Effektivitäts- und Effizienzprobleme in nahezu allen Bereichen der medizinischen Versorgung (Unter-, Über- und Fehlversorgung)
2. Probleme in der epidemiologischen Datenlage und Gesundheitsberichterstattung
3. Mangelhafte Ziel- und Maßnahmenplanung / Mangelhafte Evaluation
4. Fehlende bzw. unzureichende präventive Orientierung
5. Unzureichende Finanzierungs- und Handlungsstrukturen auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung
6. Soziale Lage und Gesundheit
- 7.

Meine Damen und Herren, die vielfältigen Versorgungsdefizite, die das Gutachten des Sachverständigenrates in nahezu allen untersuchten Indikationen ermittelt hat, sind ja nichts Abstraktes, sie betreffen die gesundheitliche Versorgung und die Lebensbedingungen auch der Berliner Bevölkerung und sie betreffen die Budgets der Krankenkassen in dieser Stadt. Der Sachverständigenrat sieht in einer stärkeren evidence based medicine durch Disease Management und Managed Care einen wesentlichen Weg, diese Probleme zu lösen. In der Ausdifferenzierung der Befunde und in der entsprechenden Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Strategien besteht entsprechend ein großer Forschungs- und Entwicklungsbedarf für Public Health.

Auch wenn sich die Gesundheits- und Sozialberichterstattung in diesem Land sehen lassen kann, so fehlt es in Deutschland und auch in den Ländern nach wie vor an einem integrierten Konzept der sozialepidemiologischen „Überwachung“ - monitoring - der Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsrisiken der Bevölkerung. Vielfach lassen sich daher gesundheitliche Probleme und Versorgungsprobleme der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen nicht richtig abbilden. Über Problemlagen, die nicht im Rahmen unserer Routinestatistiken und –daten abgebildet werden können, wissen wir zu wenig. Auch dies ist natürlich ein prioritäres Aufgabenfeld auch für Public Health, wobei ich schon an dieser Stelle leider auf die äußerst begrenzten finanziellen Ressourcen sowohl im Bund als auch in den Ländern hinweisen muss.

Die mangelhafte Ziel- und Maßnahmenplanung in einem integrierten gesundheitspolitischen Programm muss durch eine Diskussion und Ableitung von Gesundheitszielen für Berlin überwunden werden. Auch an diesem Vorhaben wird sich - da bin ich mir sicher - das Berliner Zentrum Public Health intensiv beteiligen.

Eines der größten Defizite des Gesundheitssystems in unserem Land ist die völlig unzureichende präventive Orientierung. Sie wissen - meine Damen und Herren - dass die föderalen gesundheitspolitischen Handlungsspielräume in Deutschland deutlich begrenzt sind. Wir haben i.w. zwei Handlungsmöglichkeiten, um Gesundheitsförderung und Prävention zu verstärken:

1. Unsere diesbezüglichen Vorstellungen gemeinsam mit den anderen Bundesländern in die gesundheitspolitische Diskussion des Bundes einzubringen
2. Im Rahmen unserer bestehenden Zuständigkeiten auf Länderebene in dieser Richtung mehr zu tun.

Was die Neuausrichtung der präventiven Gesundheitspolitik des Bundes betrifft - an deren Diskussion wir beteiligt sind -, so bin ich fest davon überzeugt, dass wir uns beim Kampf gegen die (drei) großen chronischen Volkskrankheiten (Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, rheumatische Erkrankungen) an den Erfolgen der Bevölkerungsmedizin bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten vor über 100 Jahren orientieren sollten oder sogar müssen.

Die Begrenzung und weitere Verringerung gesundheitlicher Risiken der Bevölkerung gehörte einst zu den Grundelementen und wichtigsten Instrumenten bei der Herausbildung einer eigenständigen Gesundheitspolitik in der damaligen Zeit. Durch Gesetze, Verbote und Verordnungen wurden und werden in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens – z.B. im Arbeitsleben und bei der Versorgung der Bevölkerung mit Nahrungsmitteln und Produkten – Standards geschaffen, um gesundheitliche Risiken der Bevölkerung so weit wie möglich zu reduzieren. Durch vorwiegend bevölkerungsmedizinische Maßnahmen ist es gelungen, wesentliche gesundheitliche Risiken und deren Gesundheitsfolgen deutlich zu senken, z.T. auch vollständig zu eliminieren.

An dieser Entwicklung waren viele Personen und Institutionen beteiligt: die Wissenschaft, die staatliche Administration, Behörden, der öffentliche Gesundheitsdienst, Verbände, die Krankenkassen und auch die Industrie. Die erzielten Erfolge wurden also - wie man heute sagt - nur in einer konzertierten Aktion vieler Akteure erreicht. Ähnliche Erfolge wie bei den Infektionskrankheiten wird man im Bereich der chronischen Erkrankungen allerdings kaum durch zusätzliche Gesetze erreichen können, sondern ebenfalls durch konzertierte Aktionen.

Mit einer derartigen Perspektive wird deutlich, dass der beim Thema Prävention und Gesundheitsförderung häufig erfolgende Verweis auf den § 20 SGB V und die Krankenkassen allein nicht ausreicht, sondern die vor uns stehende Herausforderung sollte gesehen und aufgegriffen werden.

Erforderlich ist eine grundsätzliche Umorientierung der Gesundheitspolitik auf Gesundheitsförderung und Prävention. Mit der gegründeten Stiftung Gesundheitsförderung und Prävention ist hier - so ist zu hoffen - möglicherweise der erste Schritt gemacht.

Allerdings sind unsere Handlungsmöglichkeiten auch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention sowohl im Bund als auch in den Ländern durch die aktuelle wirtschaftliche Situation und die Haushaltslage deutlich begrenzt. Gleichwohl können wir nicht auf morgen warten. Deshalb haben wir auch in der Berliner Gesundheitspolitik die Prävention und Gesundheitsförderung zu einem prioritären Handlungsfeld erklärt. In der Vereinbarung der Regierungskoalition von SPD und PDS heißt es: Die Koalitionspartner räumen der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Berliner Bevölkerung durch die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention eine hohe Priorität im Rahmen ihrer Gesamtpolitik ein. Gemeinsam mit den Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen wird ein Bündnis für Gesundheitsförderung geschlossen, das insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsförderung zum Ziel hat sowie die Unterstützung von chronisch Kranken verbessern soll mit dem Ziel, abgestimmte und gemeinsam zu tragende Maßnahmen und Projekte schnell, koordiniert, effizient und evaluierbar umsetzen zu können.

Die Arbeiten für dieses Bündnis für Gesundheitsförderung und Prävention sind weit vorangeschritten. Gerade in diesem Bereich ergeben sich erhebliche Aufgaben für Public Health.

Das Thema soziale Lage und Gesundheit ist nicht nur ein prioritäres Thema der sozialepidemiologischen Forschung, wir müssen uns in dieser Stadt diesem Thema auch noch stärker praktisch stellen. Die geplante Neufassung des Gesundheitsdienst-Gesetzes und die Neustrukturierung des ÖGD wird wesentlich von der Frage geprägt sein, wie und womit sozial bedingte Gesundheitslagen besser und effektiver angegangen werden können.

Sie sehen, meine Damen und Herren, die gesundheitspolitischen Herausforderungen und die Aufgaben für Public Health sind enorm. In vielen Fällen wird es darum gehen müssen, neue und innovative Wege zu gehen. Dies wird auch für die Finanzierung dieser Aufgaben gelten müssen.