

Zur Konstruktion des Sozialen – Sozialmedizin und klinische Medizin im Nachkriegsdeutschland¹

JENS-UWE NIEHOFF

*„Gute Leute kauft man auf dem Markt, man bildet sie nicht aus“.
(Hochschullehrer (West) im Zusammenhang der Evaluation eines Universitätsklinikums
(Ost), 1992)*

1.	Zum Selbstverständnis und zur Diskursfähigkeit des Faches Sozialmedizin	1
2.	Vier grundlegende Erkenntnisprobleme des Faches Sozialmedizin	8
2.1	Das Verhältnis von Biologischem und Sozialem am Beispiel von biologischer Variabilität und umweltabhängiger Modifikabilität	8
2.1.1	Beispiel: Der Lebensverlängerungsprozess	9
2.1.2	Beispiel: Die Modifikabilität des Phänotyps	10
2.2	Individualität, Gleichheit und Ähnlichkeit	13
2.3	Soziale Gleichheit versus soziale Verschiedenheit	16
2.4	Das Verhältnis von Autonomie und Intervention	18
3.	Die Frage nach den Praxisaufgaben der Sozialmedizin	21
3.1	Problemkomplexe für den intensiven Dialog mit der klinischen Medizin	23
3.1.1	Die Zukunft der Systemgestaltung zwischen Sozialkompensatorik und individueller Risikoadjustierung	23
3.1.2	Rationierung von Hilfeleistungen	23
3.1.3	Seltene Behandlungsanlässe	24
3.2	Die Zukunft des Faches	25

1. Zum Selbstverständnis und zur Diskursfähigkeit des Faches Sozialmedizin

Eine Wissenschaft stellt sich in ihrer Erkenntnisgeschichte dar. Zwar ist diese von äußeren Rahmenbedingungen, Motivationen und Handlungszielen, Institutionalisierungen und prägenden Wissenschaftlerpersönlichkeiten nicht unabhängig, doch wird die Identität eines Fachgebiets letztlich durch dasjenige Wissen bestimmt, das es über die Wirklichkeit erzeugt und anderen Wissenschaften ebenso wie der Praxis zur Verfügung stellt. Die Wirklichkeit eines Fachgebiets zeigt sich aber ebenso an den Schnittstellen zu den „benachbarten“ Disziplinen.

100 Jahre Sozialmedizin können folglich ein guter Anlass sein, einigen Erkenntnisproblemen des Faches mit Blick auf die Zukunft nachzugehen. Ein solcher Versuch erfüllt seinen Sinn, wenn auch der Anschluss an die praktischen Aufgaben deutlicher bestimmt werden kann. Diese beiden Seiten der Sozialmedizin sollen – wenngleich nur punktuell – hier der Gegenstand von „Anmerkungen“ sein.

Medizin gründet ihren helfenden Anspruch auf anwendungsfähiges Wissen über den Menschen, also auf natur- wie sozialwissenschaftliche Erkenntnisse. Angewandte technische Wissenschaften kommen hinzu. Wozu also ein eigenständiges Fachgebiet in der Medizin, das sich mit dem „Sozialen“ auseinandersetzt? Eine solche eigenständige Disziplin kann offen-

1 Der Diskurs ist in den beiden deutschen Nachkriegsstaaten, der BRD und der DDR, unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen vonstatten gegangen. Dennoch soll hier unterstellt werden, dass es im Verhältnis zur Klinik auch hinreichend Ähnlichkeiten gegeben hat. Statt eines weiteren „Ost-West-Vergleichs“ versucht dieser Aufsatz deshalb den Blick auf Gegenwart und Zukunft zu richten und hält es für gerechtfertigt, von einem „Nachkriegsdeutschland“ zu sprechen. Dies begründet auch, weshalb „100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland“ nicht zum Anlass genommen werden, die Bezeichnungen unseres „sozialen“ Fachgebiets hier erneut differenzierend zu diskutieren.

sichtlich nur gerechtfertigt werden, wenn sie durch ein besonderes Erkenntnis- und ein diesem dann nachfolgendes praktisches Handlungsfeld begründet ist.

Als Summe ihrer forschenden und praktizierenden Teilwissenschaften ist die Medizin selbst nur Teil der Wissenschaften vom Menschen und findet in der rechtlich und ethisch einigungsfähigen Intervention

- in kranke Individuen und
- in deren soziale Lebensbedingungen und Lebensstile

ihr Maß.

Eine solche Interventionsabsicht unterliegt gesellschaftlichen Normen, vor denen diese Absicht sich folglich auch immer wieder neu legitimieren muss. Eine dieser Legitimationen ist die Nutzung des jeweils besten verfügbaren Wissens. Dieser Imperativ bezieht sich allerdings nicht allein auf die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Methoden. Er bezieht sich unvermeidlich auch auf die Nutzung des komplexen Wissens über das Leben der Menschen und der Bedingungen ihrer Existenz. Die biologischen Eigenschaften des Menschen sind zwar die materiellen Voraussetzungen aller menschlicher Lebensäußerungen. Die soziale bzw. gesellschaftliche Lebensweise der Menschen kann andererseits aus den biologischen Eigenschaften auch nicht annähernd erklärt werden. Dieser Sachverhalt schließt ein, dass die menschliche Evolution nicht allein als ein biologischer Prozess verstanden werden kann. Für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist die Erkenntnis des „Sozialen“, d.h. der gesellschaftlichen Lebensweise des Menschen, in gleicher Weise essenziell wie die Erkenntnis des „Biologischen“.

Medizin ist immer auch eine soziale Wissenschaft und sie ist erst recht soziale Handlungspraxis². Ohne ein entsprechendes „soziales“ Grundverständnis fehlte der Medizin die wichtigste Legitimation, nämlich kranken Menschen Dienste und Hilfe leisten zu *wollen*. Außerhalb eines analogen „biologischen“ Grundverständnisses fehlte ihr aber auch die ebenso unverzichtbare Fähigkeit, Methoden für diese Hilfeleistung bereitstellen zu *können*.

Was hat eine soziale Wissenschaft in der Medizin zu leisten? Was für Fragen stellt sie? Was bildet sie ab? Welche Bereiche oder Aspekte der komplexen Wirklichkeit im Blickfeld der medizinischen Wissenschaften sind hinreichend spezifisch und homogen, um ein eigenständiges Fachgebiet unverzichtbar zu machen? Wenn diese Fragen beantwortet werden können, kann auch eine andere – wenngleich nachgeordnete – Frage beantwortet werden, nämlich die nach den Folgerungen für das praktische Tun³.

Wenn „evidence“ als Maßstab des Handelns anerkannt und gefordert wird, stellt sich auch die Frage nach den spezifischen sozialmedizinischen Beiträgen zur „evidence“ in der Medizin.

2 Dies bleibt auch angesichts der aktuellen Entwicklungen richtig, die medizinische Versorgung auf das Ausreichen von vordefinierten „Leistungsprodukten“ an einen durchschnittlichen „Standardkunden“ (der Fall) zu reduzieren. Die sozialen Besonderheiten von Hilfebedürftigkeit und Hilfeleistung können auch bei größter politischer Anstrengung, humane Handlungsziele durch einen „Produkt- und Kundenwettbewerb“ zu ersetzen, nicht eliminiert werden.

3 Ich halte es für eine Fehlentwicklung, wenn vor der Wissenserschaffung und -distribution zunehmend intensiver die Frage nach dem wirtschaftlichen Nutzen gestellt wird, Wirtschaftsinteressen also zum Maßstab der Erkenntnisentwicklung und der Bildungserfordernisse gemacht werden. Die Welt zu erkennen, ist für den Menschen schließlich so essenziell wie zu essen und zu trinken.

Wissenschaft, also auch eine das „Soziale“ erkennende Wissenschaft, hat nur ein Ziel, nämlich reproduzierbare und nachprüfbar Abbilder der Wirklichkeit zu schaffen und diese im allgemeinen Wissensbestand der Menschheit zu hinterlegen.

Entsprechend ist dann auch ein wissenschaftlich begründetes (oder modischer „evidence basiertes“) Handeln⁴ eines, das Erkenntnissen und nicht nur Absichten folgt. Wäre ein Fachgebiet eine Sammlung von Handlungsmotiven und -zielen, handelte es sich schließlich nicht um eine Wissenschaft, sondern lediglich um eine Aktionsgemeinschaft, ein Bündnis Gleichgesinnter, eventuell in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins.

Es ist vor allem die Frage nach den Zielen und Zwecken des Faches, die in der Diskussion um das disziplinäre Selbstverständnis immer wieder aufgerufen wird. Das Jahr kann ich nicht exakt erinnern. Es sollte jedoch Anfang der 1980er Jahre gewesen sein, als mir Joachim Rothe⁵ erläuterte, das Fachgebiet Sozialhygiene hätte seine Aufgabe erfüllt, wenn „dessen soziales Anliegen“ erfolgreich in die Klinik getragen worden sei⁶. Diese Äußerung kann prototypisch für das Spannungsfeld zwischen den Erkenntniszielen und den Handlungsmotiven einer sozialen Medizin seit den Anfängen stehen: die Reduktion des Faches auf eine Absicht. Wie kann erreicht werden, dass Ärzte ihre Patienten als soziale Individuen, nicht nur als „Fälle“, womöglich „Abrechnungsfälle“ sehen? Dieses aus dem Versorgungsalltag immer wieder auch neu entstehende Motiv ist nachvollziehbar. Ein solches Motiv trägt allerdings keine Wissenschaftsdisziplin.

-
- 4 Tatsächlich geht es bei dieser aktuellen Diskussion natürlich nicht um die Überführung der Medizin in eine Wissenschaft. Das ist längst (von den Gegnern einer „Schulmedizin“ eventuell unbeachtet) geschehen. Es geht tatsächlich um die Einführung eines neuen politischen, hier gesundheitspolitischen „Akteurs“ in die Steuerung medizinischer Versorgung bzw. in die Abwägung konfliktierender Gruppeninteressen. Hier schlüpft die Beratung durch wissenschaftlich ausgebildete Akteure unkontrollierbar in neue Rollen in Gestalt ernannter wissenschaftlicher Beratungspersonen oder -gesellschaften. Diese politisch zugewiesene Funktion wird sie letztlich nie leisten können. Die Rolle der Wissenschaften in der Politikberatung ist schließlich demokratisch noch schwerer zu kontrollieren als klassische Lobbyarbeit.
 - 5 Joachim Rothe (1928-1988), Facharzt für Gynäkologie und Facharzt für Sozialhygiene, damaliger Präsident der „Gesellschaft für die gesamte Hygiene“ und zugleich Vorsitzender der „Fachgesellschaft für Sozialhygiene“ in der DDR. Diese Fachgesellschaft vereinigte sich 1990 mit der DGSM, die in ihrer heutigen Form also das Ergebnis der Integration der Sozialhygiene der DDR in die Sozialmedizin der Bundesrepublik ist (oder hätte sein können).
 - 6 Diese Auffassung orientiert sich natürlich auch an A. Grotjahn, der 1912 die Bedeutung der sozialen Verhältnisse für ein medizinisches Krankheitsverständnis darin zusammenfasste, dass diese die Krankheitsanlage begünstigten, Träger der Krankheitsbedingungen seien, die Krankheitserregung vermitteln und den Krankheitsverlauf beeinflussen würden. Es ist hier nicht der Raum zu einer Kritik dieser Postulate. Eine solche Kritik hätte sich allerdings mit mindestens zwei Aspekten auseinander zu setzen. Einmal damit, dass das „Soziale“ hier implizit auf einen Milieubegriff reduziert wird, und zum anderen damit, dass Grotjahn hier offenbar den methodologischen Konzepten der Pathologen D. v. Hansemann und M. Verworn (Konditionalismus) folgt. Als Entwurf für eine „soziale“ Wissenschaftsdisziplin ist der Konditionalismus jedoch nun wahrlich unzureichend, wenngleich das Problem etwa in Bezug auf die methodologischen Prinzipien der Risikofaktorenmedizin sehr aktuell ist. Es geht hierbei letztlich um das Verhältnis von Phänomenologie und Erkenntnis. Siehe hierzu auch Niehoff, J.-U.: Risikofaktor - Risikofaktorentheorie - Risikokonzept (theoretische Voraussetzungen und Schwierigkeiten bei der Interpretation). Teil 1: Ztschr. ärztl. Fortb. (1978) 72, S. 84-89; Teil 2: Ztschr. ärztl. Fortb. (1978) 72, S. 145-149; Niehoff, J.-U.: Epidemiologie - methodologische Probleme und Möglichkeiten einer Wissenschaftsdisziplin. Teil 1: Ztschr. ärztl. Fortb. (1979) 73, S. 967-974; Teil 2: Ztschr. ärztl. Fortb. (1979) 73, S. 1026-102; Teil 3: Ztschr. ärztl. Fortb. (1979) 73, S. 1076-1080.

Diese Mitteilung musste jemandem, der dieses Fachgebiet aus Neugier auf Wissen und dessen Erzeugung gewählt hatte, irritieren, denn es konnte ja nicht ausgeschlossen werden, dass das Ende eines Fachgebiets, das sich selbst auf ein „Anliegen“ reduziert, noch in das eigene Berufsleben fallen würde⁷. Dieser Denkweise entsprach in der DDR eine reale Entwicklung, die sich in der „Angliederung“ des „Sozialen“, bzw. entsprechender praktischer Aufgaben an die etablierten klinischen Disziplinen äußerte, z.B. in Gestalt einer „Sozialen Gynäkologie“, einer „Sozialen Onkologie“, einer „Sozialen Pädiatrie“, einer „Sozialen Psychiatrie“ und diese Entwicklung als Interdisziplinarität interpretierte. Keine dieser Konstruktionen hat das „soziale“ Wissenschaftsgebäude in der Medizin tatsächlich gestärkt, eher Anteil an seiner Demontage gehabt, weil sie der Vermutung Vorschub leisteten, gute Absichten habe man oder nicht. Folglich ginge es um die „Bildung und Erziehung“ von ärztlichem Nachwuchs, nicht um Erkenntnis.

Meine damalige Schlussfolgerung aus diesem Gespräch bestand darin, dass wir nicht das gleiche Grundverständnis hatten, wenn wir von einer „sozialen“ Disziplin in der Medizin sprachen. *Rothe* und mit ihm vielen anderen (auch in der „alten“ Bundesrepublik), ging es um ein ärztliches Handeln, das Menschen in ihrer konkreten Lebenswirklichkeit unmittelbar als soziale Individuen wahrnehmen soll und diese Absicht als eine der maßgeblichen „Botschaften“ der Sozialmedizin/Sozialhygiene sahen. Ein solches Motiv war dann natürlich gegenüber der klinischen Medizin normativ zu vertreten – offenkundig ein schwieriges Unterfangen und kein guter Beginn für den Diskurs mit der Klinik.

Rothe stand für eine Strömung in der Sozialhygiene, die dieses Fachgebiet zu einer Art Zusatzweiterbildung für klinisch arbeitende Ärzte machen wollte. Im Grunde reduzierte sich hierauf dann auch der Dialog mit der klinischen Medizin. Letztere war der handelnde Akteur, die Sachwalter des „Sozialen“ sahen sich (im Rahmen dieses Diskurses) für den normativen Handlungsrahmen zuständig.

Respekt vor der sozialen Wirklichkeit, den Erfahrungen und den Lebensrealitäten der Individuen waren das Thema einer solchen sozialen Hygiene⁸, die sich dann auf „dem Weg in die Klinik“, allerdings auch mit einer edukativen Idee vom an den Normen des „Gesunden“ ausgerichteten „richtigen“, ggf. „korrekten“ Verhalten verband. Die Kontroversen um eine paternalistische Gesundheitserziehung betrafen hier eine der Gemeinsamkeiten im „Nachkriegsdeutschland“.

7 Der Gesamtzusammenhang dieses Problems, das mit wissenschaftspolitischen Entwicklungen zu dieser Zeit in der DDR zusammenhing, kann hier nicht aufgerufen werden. Ich verweise deshalb lediglich auf die gescheiterten Versuche zur Ausgliederung der Verhältnisprävention aus den Aufgaben der Medizin in der DDR. Siehe hierzu z.B. auch Niehoff, J.-U.; Schrader, R. R.: Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der DDR. In: Prävention und Prophylaxe. Hrsg.: T. Elkeles, J.-U. Niehoff, R. Rosenbrock, F. Schneider. Berlin 1991; Niehoff, J.-U., Schneider, F.: Sozialepidemiologie in der DDR – Probleme und Fakten. In: Das Risiko, zu erkranken. Jahrbuch für kritische Medizin 16 (= Argument-Sonderband, 193). Hamburg 1991, S. 53-83.

8 Auf die Schwierigkeiten, mit dem Begriff „Sozialhygiene“ umzugehen, will ich hier nicht eingehen. Der Mangel dieses Begriffs besteht jedoch nicht nur in seiner Missdeutbarkeit als „soziale Sauberkeit“, sondern in seiner primären gegenüber der Gestaltung gesellschaftlicher Wirklichkeiten normativen Handlungs-, nicht Erkenntnisorientiertheit. Diejenigen, die mit dieser normativen Seite gegenüber dem „Sozialen“ im Konflikt stehen, seien jedoch auch daran erinnert, dass es sich hierbei nicht um eine Normierung gegenüber den Opfern sozialer Verhältnisse handelte, sondern um eine gegenüber den Verantwortlichen für die sozialen Verhältnisse selbst. Die normative Sozialhygiene folgt historisch aus der Sozialkritik, nicht aus der sozialen Normierung der Individuen.

Unser Fazit aus dem Jahre 1991,⁹ nach dem die Etablierung einer eigenständigen Lehr- und Forschungsdisziplin „Sozialhygiene“ (oder wie sonst man dieses Gebiet bezeichnen mag) mit dem Zusammenbruch der DDR im Grunde gescheitert sei, bezog sich allerdings nicht auf die von Rothe prognostizierte Etablierung des „Sozialen“ in der Klinik, auch nicht auf ein nun erfolgreich Wirklichkeit gewordenenes „soziales“ Medizinkonzept, das die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin aus dem jeweils verfügbaren komplexen humanwissenschaftlichen Erkenntnisstand und nicht allein aus randomisierten klinischen Studien oder aus vergleichenden gesundheitsökonomischen Nutzwertanalysen erzeugte. Es bezog sich auch nicht auf die Überwindung krankmachender sozialer Lebensbedingungen. Und sie bezog sich auch nicht allein auf die DDR. Dieses Fazit stützte sich vor allem auf die Einschätzung, dass das Fachgebiet als Wissenschaft zu wenig zum Erkenntnisbestand der Medizin¹⁰ beigetragen und seinen disziplinären Bezug zur Praxis der Gesundheitsversorgung verloren habe.

Das Scheitern hat sicherlich viele Ursachen, drei will ich hier herausheben:

1. Die unzureichende Etablierung als Wissenschaft

Das Fachgebiet hat die potenzielle Bedeutung ihrer Beiträge zu grundlegenden Erkenntnisfragen der Medizin selbst nicht angenommen. Es hat stillschweigend akzeptiert, dass maßgebliche Handlungsorientierungen in der Medizin nicht erkenntnisgeleitet, sondern interessengeleitet sind. Sozialmedizin kann unter solchen Voraussetzungen gegenüber den gesellschaftlichen und sozialen Orientierungen in der Gesundheitspolitik nicht wirksam werden.

2. Das Desinteresse an einer erkenntnisbasierten Ausgestaltung des Gesundheitssicherungs- und Versorgungssystems

Eine an Wirtschafts- und Wettbewerbsinteressen orientierte Multiplikation¹¹ von Interventionsmethoden und Versorgungsstrukturen hat in der Vergangenheit kaum Praxisdefizite etwa in Bezug auf die Ermittlung prioritärer Versorgungsprobleme oder die Folgeabschätzung sozialer Entwicklungen für die Gesundheit oder die Evaluation von Leistungen deutlich werden lassen, die dann zu einem Erkenntnisdruck auf die Sozialmedizin geführt hätten.

3. Die Teilung des Fachgebiets in „Teildisziplinen“, bevor eine disziplinäre Konsolidierung einsetzen konnte.

9 Niehoff, J.-U.; Schneider, F.: Sozialhygiene - das Ende einer Wissenschaftsdisziplin? In: „Wer oder was ist Public Health“. Jahrbuch für kritische Medizin 18 (= Argument Sonderband, 198). Hamburg 1992.

10 Dies soll keine Schuldzuweisung, sondern nur eine Beschreibung sein. Eine Analyse zu dieser Meinungsäußerung hätte jedoch mindestens zur Kenntnis zu nehmen, dass längst zum Standardwissen Gehörendes nur immer wieder neu erzeugt wird, theorien- und hypothesengeleitete Forschung kaum zu finden ist, der Verflechtungsgrad mit den Hauptlinien der Erkenntnisgewinnung in der Medizin sehr gering ist, theoretische Modelle und Simulationsmethoden in der Sozialmedizin kaum je angewandt werden und viel Mühe auf die Bewältigung allein praktischer Fragen verwandt wird. Die Ursachen sind vielschichtig, nur sie liegen eben auch im Fachgebiet bzw. im Fachgebietsensemble selbst. Sie sind nicht allein auf die Fakultäten oder die Forschungspolitik zu verweisen.

11 Dieser Sachverhalt wird häufig und gern auch als Innovationsdruck bezeichnet. Man kann natürlich darüber streiten, ob sich der Innovationsbegriff tatsächlich auf eine bloße Vermehrung von Angeboten oder nicht zumindest auch auf eine bedarf- und innovationsadäquate Versorgung beziehen muss. Wenn dies richtig ist, ist Bedarfsadäquanz zunächst ein Forschungsproblem, keines der Aushandlung auf Märkten, die ihr Verkaufsinteresse als Innovationsdruck deklarieren.

Es scheint eine Art von Naturgesetz zu sein, dass unzureichend etablierte Fächer sich gern in ein Wettrennen um die weitere Zersplitterung in Teilgebiete begeben¹².

Die Ausgestaltung historisch gewachsener medizinischer Versorgungssysteme unterliegt kaum je eigenständigen und durch wissenschaftliche Erkenntnisprozesse begründeten Konzepten, sondern folgt durchsetzungsfähigen Gruppeninteressen und deren Ideologien¹³.

An dem Urteil des Scheiterns der *Sozialhygiene Grotjahnscher* Prägung ändert sich auch nichts, wenn sie heute Public Health genannt wird. Es ändert sich schon gar nichts an diesem Urteil, wenn man sich auf jene Sozialmedizin begrenzt, für die die Bundesärztekammer ein Weiterbildungscurriculum für klinische Fachärzte bereithält und die allein ergänzendes Wissen für Gutachter der sozialen Leistungsträger vermitteln soll¹⁴ und so das Versicherungswesen¹⁵ und dessen (nach eigenem Bekunden zunehmend unternehmerische) Interessen in der Klinik verankert. Die Hybridisierung der Namensgebungen, aktuell in Gestalt von gesundheitswissenschaftlichen Zentren, löst keines dieser grundsätzlichen Probleme im Verhältnis von (hier medizinischer) Sozialforschung und politischer Interessenverwaltung.

Die Frage nach der Zukunft zu stellen und möglichst zu beantworten ist nicht wegen des Faches wichtig. Die Frage gewinnt ihre Bedeutung in einer anderen Perspektive, die hier als These formuliert sein soll:

Disziplinäre Defizite sind stets Defizite für die Medizin insgesamt. Wenn ein das Soziale in der Medizin konstruierendes Fachgebiet unverzichtbar und integriert sein will, muss es belegen (können), welche besonderen, unverwechselbaren, spezifischen und die Medizin insgesamt voranbringenden Erkenntnisse es erzeugt, an welchen spezifischen Fragestellungen diese Disziplin sich mit den gesamten medizinischen Erkenntnisprozessen verbindet und sich in diese einordnet.

Folglich muss die Ausarbeitung theoretischer Schlüsselfragen des Faches auch im Kontext der Schlüsselfragen der medizinischen Forschung gesehen werden und muss an der Diskussion um diese Schlüsselfragen selbst auch teilnehmen können. Nur dieser Weg wird schließlich in die disziplinäre Methoden- und Theorienentwicklung führen und das Fachgebiet in einer Weise stärken können, die es für die Medizin insgesamt wesentlich werden lässt. Die

12 Ein Folge dieser Entwicklung besteht darin, dass Universitätsinstitute versuchen, in der Namensgebung möglichst viele Subdisziplinen und „Verwandtschaften“ mit aufzuführen. Die Addition von Bezeichnungen löst jedoch kein Profilproblem.

13 Krugman, P. A.: Private Obsession. The New York Times (April 29, 2005). Die Einschätzung von Paul Krugman zur Gesundheitspolitik der US-Administration besagt, diese sei das Ergebnis von Gruppeninteressen und Ideologien. Dies gilt wohl allgemein. Dann allerdings braucht es auch keine Wissenschaft. Das Verhältnis der Gesundheitspolitik und des Versorgungsmanagements zur Wissenschaft ist ohnehin ambivalent und reduziert sich im Wesentlichen auf die Selektion solcher Wissenschaftler, die jeweils das eigene politische Interesse stützen, es zumindest nicht in Frage stellen. Ich sehe keinen Grund, diese Position zu relativieren, auch wenn die Mode des Evidence Based Everything längst z.B. auch ein Evidence Based Decision Making, ein Evidence Based Health Planning oder eine Evidence Based Health Policy kennt und es zu einem solchen Urteil natürlich auch Ausnahmen gibt.

14 Siehe hierzu auch „Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (= DRV-Schriften, 53). Sonderausgabe der DRV. Frankfurt/M. 2004.

15 Diese Klammer existiert ohnehin nur solange, wie die Sozialversicherung von einer sozialkompensatorischen Absicht getragen ist. Zerbricht diese (schwache) Klammer, bleibt der Sozialmedizin nur die kritische Distanz oder das Wirken für Unternehmensinteressen.

Lebensfähigkeit des Faches hängt von seiner Erkenntnisfähigkeit, nicht von der Zufälligkeit und Beliebtheit eines Praxis- oder Politikinteresses ab. Ein Forschungs- und Lehrgebiet verkommt schließlich zur Scholastik und zu praktischer Bedeutungslosigkeit, wenn an die Stelle von fundamentalem Wissen über die Wirklichkeit nur noch Absichten und Wünsche (Ideologien also) als Leitorientierungen des Handelns treten¹⁶.

Ein Grundverständnis darüber,

- was ein eigenständiges „soziales“ Fachgebiet systematisch erkennt (Gegenstände der Forschung), und
- über wen es seine Aussagen macht (Objekte der Forschung),

ist folglich unverzichtbar.

Die Ausformulierung eines solchen Grundverständnisses ist nicht definitorisch zu lösen, sondern muss den disziplinären Erkenntnisprozessen immer wieder neu nachfolgen.

Bevor ich mich zu ausgewählten Erkenntnisfragen des Faches äußere, will ich auf einige Aspekte der originären empirischen Problemwahrnehmung verweisen.

1. Mit der Entstehung von quantitativem Wissen über die Verteilung von menschlichen Merkmalen und Eigenschaften wie z.B. die Lebensdauer, die Sterbeursachen, die Häufigkeit und Verteilung kranker Personen in einer Bevölkerung oder über die Verteilung von phänotypischen Merkmalen des Wachstums, der Reifung und der Alterung wird ein Sachverhalt regelhaft und reproduzierbar beschrieben: *Häufigkeit und Ausprägung solcher Merkmale sind weder symmetrisch noch gleich verteilt*. Diese Verteilungen sind folglich nicht vom Zufall bestimmt.
2. Im Ablauf der Zeit erweisen sich die Konfigurationen solcher Verteilungen als veränderbar. Diese Veränderungen sind in ihrer zeitlichen Verlaufsdynamik, in ihrer Intensität und ihrer Richtung zwischen den sozialen Gruppen und Schichten verschieden.
3. In unterschiedlichen Bevölkerungen laufen solche Veränderungen epochal weder (1) gleichzeitig und (2) stetig, noch (3) gleich gerichtet und (4) in gleicher Geschwindigkeit ab. Sie führen deshalb in einzelnen Beobachtungszeitpunkten zu gruppenspezifischen Verteilungsunterschieden. Da solche Strukturunterschiede sich als veränderbar erweisen, werden sie zwangsläufig im Kontext von Wertesystemen wahrgenommen und als handlungsrelevant erkannt.
4. Diese Beobachtungen treffen mindestens für alle nach biologischen (z.B. Alter, Geschlecht) und sozialen Merkmalen (z.B. Zugang zu Existenzmitteln wie Wasser, Nahrung, Bildung, Arbeit, soziale Sicherung, Kultur usw.) differenzierten Bevölkerungen zu und können für alle historischen Zeiten (soweit hierfür entsprechende Befunde vorliegen) bestätigt werden.

Die Art der Verteilung, die Differenzierung und die Veränderbarkeit gesundheitsassoziierter Merkmale in räumlich und zeitlich definierten Bevölkerungen sind damit die primären und

16 Die Notwendigkeit nach einer sozialen Wissenschaft in der Medizin wird auch dadurch nicht außer Bedeutung gesetzt, dass heute an den medizinischen Fakultäten praktisch flächendeckend Professuren für Ethik oder Theorie der Medizin etabliert sind. Ob sie die Lücke der erkenntnistheoretischen Defizite in der Medizin schließen werden, wird sich noch zeigen müssen, eine soziale Wissenschaft in der Medizin werden diese Einrichtungen in keinem Fall ersetzen können.

maßgeblichen Beobachtungen in dem hier interessierenden medizinischen Forschungsfeld. Soweit die Verschiedenheit der Menschen sich als veränderbar erweist, kann auch davon ausgegangen werden, dass diese Verteilungsänderungen letztlich Folge der Rückwirkungen des Menschen auf sich selbst, also Folge seiner sozialen Existenz sind. Der Begriff des „Sozialen“ ist damit über die Folgeabschätzung und die Gestaltbarkeit menschlichen Seins bestimmt, meint also insgesamt die Rückwirkungen der gesellschaftlichen Existenzweise auf das Sein der Menschen.

Sozialmedizin steht mindestens in drei Erkenntnisfeldern. Diese betreffen

- die Messung der Ähnlichkeit und Verschiedenheit von Menschen,
- die Erklärung entsprechender Befunde und
- die Ableitung von Handlungsorientierungen.

Hier ist der Hinweis auf die potenziell konfliktträchtigen Ergebnisse solcher Forschungen notwendig, weil es zwei Verführungen gibt, diesen Konflikten auszuweichen: eine erste liegt in der Beschränkung auf rein deskriptive und faktologische Darstellungen, die zweite in der Reduktion des Erklärungsanspruchs auf individuelle Bedingungsgefüge, die Beschreibung sozialer „Milieus“ und deren Bedeutung im Kontext einer „soziale Ätiologie“.

Da es nicht die Aufgabe einer sozialen Forschungslinie in der Medizin sein kann, selbst Theorien über die Ursachen der sozialen Teilung der Menschen zu entwickeln, musste der jeweilige externe Theorienbezug in dieser Frage gleichsam zu einem Schlüsselproblem des Faches wie der Positionen zu ihm werden¹⁷.

2. Vier grundlegende Erkenntnisprobleme des Faches Sozialmedizin

2.1. Das Verhältnis von Biologischem und Sozialem am Beispiel von biologischer Variabilität und umweltabhängiger Modifikabilität

Der Mensch ist das einzige Lebewesen, das seine Existenzmittel selber erzeugen und verteilen, die Art der für ihn essenziellen gemeinschaftlichen Lebensweise selbst gestalten und seine Zukunft (bzw. Zukunftsfähigkeit) maßgeblich selbst entscheiden kann. Der Mensch als gesellschaftlich existierendes Gattungswesen, nicht der Zufall, bestimmt also darüber, welche der ihm eigenen biologischen Möglichkeiten Wirklichkeit werden. Das trifft auch für die Gesundheitsprobleme, deren Häufigkeit und Verteilung sowie die Möglichkeiten von Hilfeleistungen zu. Hier entstehen jene Fragen, mit denen sich die Sozialmedizin spezifisch auseinandersetzt und von denen hier zwei mit Blick auf den schwierigen Diskurs mit anderen medizinischen Fachrichtungen zur Illustration herausgegriffen seien.

17 Wegen der Bündigkeit seiner Stellungnahme illustriert M. Pflanz dieses Problem besonders präzise, wenn er in Bezug auf die so genannte Zivilisationskrankheitentheorie feststellt, es handele sich hier um den „Ausdruck eines Kulturpessimismus Spenglerscher Prägung“ (Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962, S. 37). Es zeigt sich hier sehr deutlich, dass ein beschriebenes Phänomen der epidemiologischen Transition, nämlich die „Zunahme“ einer Sterbeursache, seine Deutung als Zivilisationskatastrophe durch ein externes und außerhalb der „zuständigen“ Disziplin liegendes Bewertungskonzept erfahren hat. Pflanz macht so exemplarisch deutlich, welche weitreichenden Konsequenzen es hat, wenn eine Wissenschaftsdisziplin ihre eigene Theorienentwicklung vernachlässigt und sich der Spekulation öffnet.

2.1.1. Beispiel: Der Lebensverlängerungsprozess

Es kann unterstellt werden, dass zur Sicherung der einfachen Reproduktion der Gattung die mittlere Lebenserwartung von 18 Jahren im epochalen arithmetischen Mittel nicht unterschritten werden darf und dass nach heutigem Stand die maximal erreichbare mittlere Lebenserwartung bei etwa 95 Jahren liegen dürfte. Damit ist dann auch das Potenzial für den historischen Lebensverlängerungsprozess beschrieben. Was ist hieran aus sozialmedizinischer Perspektive von besonderer Bedeutung?

- a. Das Wesentliche an den bisherigen historischen Lebensverlängerungsprozessen besteht offenbar nicht darin, dass die Menschen heute älter werden als früher, sondern darin, dass die Mehrheit der Menschen heute ein Alter erreichen, das in der Geschichte stets nur selten bzw. nur von einigen wenigen erreicht wurde. Der Lebensverlängerungsprozess ist folglich auch ein Vorgang der sozialen Deprivilegierung der Chancen, alt zu werden, ein Vorgang, der im Verhältnis zur gesellschaftlich-sozialen Entwicklung zugleich als eine der Ursachen und Folgen zu beschreiben ist.
- b. Der Mechanismus dieses Prozesses besteht darin, die Ursachen „vorzeitigen“ Sterbens zu vermeiden und/oder darin, mit nicht oder noch nicht vermeidbaren Krankheiten länger leben zu können, also ggf. auch die Dauer von Kranksein zu verlängern bzw. vermeidbare gegen nicht vermeidbare Ursachen des Sterbens zu „tauschen“.
- c. Dieser Vorgang macht deutlich, dass die reale Lebensdauer kein gattungstypisches Merkmal ist, sondern durch den Menschen bzw. die Bedingungen, die er sich schafft, selbst modifiziert werden kann. Die biologische Variabilität des Merkmals Lebensdauer verschwindet also gleichsam hinter dem „Schleier“ der unterschiedlichen sozialen Gegebenheiten, unter denen Menschen leben. Biologische Variabilität und soziale Modifikabilität sind (hier am Beispiel Lebensdauer) also gemeinsame fundamentale Probleme des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit.
- d. Der Lebensverlängerungsprozess (als Teilprozess der so genannten demographischen Transition) ist ein grundlegender sozialer Prozess. Ohne ihn wäre die soziale und gesellschaftliche Entwicklung der menschlichen Gattung in den letzten Jahrtausenden unmöglich gewesen. Dies ist u.a. wichtig festzuhalten, weil auch die Art und Intensität möglicher Krankheiten über das Alter ungleich verteilt sind, jede Veränderung der durchschnittlichen Lebensdauer also das Möglichkeitsfeld für Gesundheit und Krankheit verändert. Dieser Vorgang bestimmt nicht allein die sozialen Potenziale einer Bevölkerung mit, sondern hat auch Konsequenzen für die Medizin und die Erfordernisse von Hilfeleistung¹⁸.

Die Lebensverlängerung hat in Bezug auf den Wandel der Gesundheitsprobleme eine Struktur- ebenso wie eine Risikokomponente. Welche der Komponenten einem beobachteten Veränderungsphänomen in der Inzidenz und der Prävalenz von Gesundheitsproblemen jeweils ursächlich zuzurechnen ist, ist auch für die klinische Forschung von erheblicher und unmittelbarer Bedeutung.

18 Von diesem so wichtigen Prozess der Lebensverlängerung wird interessanterweise nur die Zunahme der ferneren Lebenserwartung wahrgenommen und als bedrohlich für die sozialen Sicherungssysteme gedeutet. Geflissentlich wird übersehen und in den Konsequenzen folglich kaum diskutiert, dass sich natürlich vor allem die Lebensarbeitszeit verkürzt hat und diese Verkürzung ein prominentes Politik- und Wirtschaftsinteresse gewesen ist, das u.a. nur wegen der Existenz von sozialen Sicherungssystemen möglich war. Wenn die Folgen dieses Tuns nun als Begründung für die Abschaffung der Sozialversicherung herangezogen werden, sollte die Sozialmedizin empirisch-analytisch „schweres Geschütz“ auffahren können.

2.1.2. Beispiel: Die Modifikabilität des Phänotyps

Zwei Dinge sind unstrittig: Zum einen die Tatsache, dass die Individualität des Phänotyps in der genetischen Information ihre materielle Grundlage hat, zum anderen, dass sich die Verteilung und Ausprägung bestimmter phänotypischer Merkmale im Zusammenhang mit solchen ontogenetischen Teilprozessen wie Wachstum, Reifung und Alterung im Ablauf der epochalen Zeit verändert¹⁹. Die systematische Untersuchung entsprechender Vorgänge, die heute auch unter dem wenig glücklichen Begriff „compression of morbidity“ subsumiert werden, ist zweifellos einer der wichtigsten und ältesten, derzeit in Deutschland allerdings auch nahezu vollständig vernachlässigten sozialmedizinischen Forschungsfelder. Phänotypische Merkmale erweisen sich in diesem Zusammenhang selbst als Sozialindikatoren.

Nach dem Zweiten Weltkrieg und den Erfahrungen mit den Folgen des Sozialdarwinismus war eine kritische Debatte um die Bedeutung der Biologie beim Verständnis des Menschen unvermeidlich. Seitens der Sozialhygiene bestand der Beitrag zu dieser Diskussion um die Ursachen und Folgen des Sozialdarwinismus u.a. in Studien zur Modifikabilität ontogenetischer Prozesse. Eine der unmittelbar einsichtigen Folgerungen bezog bzw. bezieht sich auf das Verständnis bzw. die medizinische Interpretation des „Normalen“. Wenn der Phänotypus des Menschen modifikabel ist und sich entsprechende Vorgänge epochal gerichtet vollziehen, muss dies für das Normenverständnis aller modifikablen menschlichen Merkmale Folgen haben. Die Konsequenzen für die medizinische Orientierung am „Normalen“ können erheblich sein, sofern reale Verteilungen und nicht Idealitätserwägungen ohne Empiriebezug normativ handlungsbegründend sind.

Die Diskussionen hierum waren zumal zwischen der Sozialhygiene und der Klinik dramatisch kontrovers, emotionsgeladen und standen nicht immer auf dem festen Boden von belastbarer Empirie. Für die einen war die Auseinandersetzung mit der Modifikation der Ontogenese das Argument gegen eine strenge genetische Determination der Individualität, für die anderen war sie platter *Lamarckismus*. Folgerichtig gab es auch kaum Ansätze zur konstruktiven Integration von biologischer und sozialmedizinischer Forschung²⁰.

19 Da solche Beobachtungen zunächst auf Teilaspekte des Gesamtprozesses wie kindliches Wachstum und Reifung begrenzt bleiben, wurden solche Phänomene in der Sozialhygiene der Weimarer Republik und dann nach dem Zweiten Weltkrieg unter der Bezeichnung „Akzeleration“ zusammengefasst. Diese Sicht wurde jedoch zu eng, als sich also zeigte, dass auch Alterungsprozesse umweltabhängiger Modifikation unterworfen waren, die sich „verlangsamen“, als sich also zeigte, dass Menschen auch „langsamer“ alt wurden bzw. in aufeinander folgenden Geburtsjahrgängen Menschen länger jung blieben. Beispiele für solche Untersuchungen waren z.B. die Verzögerung des alterungsbedingten Elastizitätsverlustes der Haut in aufeinander folgenden Geburtsjahrgängen, der Gefäßelastizität, der Menarche oder der Altersmyopie. Diese Forschungen der Sozialhygiene in der DDR vor allem aus den 1960er und 1970er Jahren erwähne ich aus der Erinnerung; die dazugehörigen bibliographischen Angaben konnten nicht mehr recherchiert werden, siehe dazu aber insbesondere die Zeitschrift für ärztliche Fortbildung der entsprechenden Jahrgänge. Die um 1980 in den USA geprägte neue Begriffswelt der „compression of morbidity“ bezeichnet den gleichen Sachverhalt, nämlich die sozial bedingte Modifikation des Phänotyps und einzelner ontogenetischer Prozesse.

20 Soziales wird hier wegen der Einfachheit auch für Umwelt genommen. Dies ist zwar nur begrenzt gerechtfertigt, soll aber einschließen, dass „Umwelt“ heute so weitgehend vom Menschen beeinflusst ist, dass auch sie in die Reihe der Einflüsse gehört, mittels derer der Mensch durch sein Tun auf sich selbst zurückwirkt. Die Summe dieser Wirkungen ist dann das „Soziale“ in der Medizin.

Die grundsätzliche Bedeutung der Integration von Wissen unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete soll hier an einem schwierigen und konfliktbesetzten, allerdings auch besonders prototypischen und beinahe schon historischen Beispiel aus der DDR illustriert werden. Es geht um ausgewählte Arbeiten von Günter *Dörner*.

Endokrinologische Forschungen²¹ schienen in den 1970er Jahren den Weg in eine tatsächlich neue Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Biologischem und Sozialem zu weisen. Deren Kern bestand darin, dass die Expression genetischer Information während der fötalen Entwicklung durch Neurohormone gesteuert wird. Die Konzentration dieser Neurohormone und damit die „Regulationsqualität“ erwies sich als möglicherweise umweltabhängig. Hieraus leitete der Autor u.a. die Hypothese ab, dass bei einer systematischen und gerichteten Veränderung der sozialen Lebensumwelten in der menschlichen Geschichte es auch zu einer systematischen und in den aufeinanderfolgenden Geburtsjahrgängen dann „gerichteten“ Veränderung in der „Qualität“ der Expression genetischer Information gekommen sein müsse, folglich also zu einer analogen gerichteten Veränderung der Determinationsqualität elementarer Lebensprozesse. In zahlreichen Publikationen und Medienauftritten verwies der Autor darauf, dass dieser neu erkannte grundlegende biologische Mechanismus zur irreversiblen Prädetermination mindestens der körperlichen und intellektuellen Leistungsfähigkeit, des Sexualverhaltens, speziell hinsichtlich der Geschlechterorientierung, der Prägung von „weiblichen“ und „männlichen“ Gehirnen, des Thermoregulationsverhaltens und der Regulation des Hunger-/Sättigungsverhaltens im gesamten späteren Erwachsenenleben führen würde.

Damit waren u.a. drei grundsätzliche Fragen berührt, die auch und ganz besonders die Sozialmedizin herausfordern mussten. Die eine Frage betraf die der Strenge und die Irreversibilität einer Determination des individuellen menschlichen Lebensverlaufs durch diesen beschriebenen Mechanismus. Eine weitere betraf die Frage nach den hieraus abzuleitenden Folgerungen für das Gesundheits-, Krankheits- und Kausalitätsverständnis. Und schließlich betraf dies auch die Bedeutung epochaler Veränderungen menschlicher Lebensweisen für die „Qualität“ dieser Prädetermination der Individualität.

Der Autor G. *Dörner* verwies nachdrücklich und mit Folgen für medizinische Handlungsleitlinien in der DDR auf die erheblichen Potenziale für eine präventive Intervention in die Expression genetischer Information während der prä- und frühpostnatalen Entwicklung. Immerhin folgerte er, dass Eingriffe in die neurohumoral gesteuerte Genexpression u.a. die

21 Vgl. hierzu als kleine Auswahl: Dörner, G. et al: Zur möglichen Bedeutung der prä- und/oder frühpostnatalen Ernährung für die Pathogenese der Arteriosklerose. *Acta biol. Med. germ.* 31 (1973) K31-K35; Dörner, G.: Die mögliche Bedeutung der prä- und/oder frühpostnatalen Ernährung für die Pathogenese der Obesitas. *Acta biol. Med. germ.* 30 (1973) K19-K22; Dörner, G.: Die mögliche Bedeutung der prä- und/oder frühpostnatalen Ernährung für die Pathogenese des Diabetes mellitus. *Acta biol. Med. germ.* 31 (1973) K7-K10; Dörner, G. et al: Überernährung in den ersten drei Lebensmonaten als entscheidender Risikofaktor für die Entwicklung der Fettsucht und ihrer Folgekrankheiten. *Dtsch. Ges.wesen* 32 (1977) 1, S. 6-9; Dörner, G.: Further Evidence of Permanent Behavioural Changes in Rats Treated Neonatally with Neurodrugs. *Endokrinologie* 68 (1976) 3, S. 345-348; Dörner, G.: Hormone und Gehirndifferenzierung. *Leopoldina* (1976) (R. 3) 22, S. 93-101; Dörner, G.: Zur Bedeutung frühpostnataler Umwelteinflüsse für die spätpostnatale Lernfähigkeit von Kindern. *Acta. Biol. Med. germ.* 31 (1973) K53-56; Dörner, G. et al.: Androgen Dependent Brain Differentiation an Life Span. *Endokrinologie* 65 (1975) 3, S. 378-380; Dörner, G.: Environmental-dependant brain differentiation and fundamental processes of life. *Acta biol. Med. germ.* 33 (1974) S. 129-148.

Homosexualität, den Diabetes mellitus, das Übergewicht, die Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs sowie die postulierte epochale Abnahme der körperlichen und der intellektuellen Leistungsfähigkeit der Kinder u.ä.m. verhindern könnten²². Die Problematik dieser Schlüsse soll im Folgenden aufgezeigt werden.

Welche Bedeutung hat dies für die hier behandelten disziplinären Forschungsfragen? Um dies deutlich zu machen, muss auf eine der zentralen Besonderheiten der Argumentationsführung durch *Dörner* verwiesen werden. Sie bezieht sich durchgängig auf Annahmen, die zunächst empirisch zu prüfen gewesen wären. Eben diese Prüfung berührt Kernaufgaben unserer eigenen disziplinären Verantwortung. Diese ist berührt, weil die Sozialmedizin Wissen über die Richtung, die Geschwindigkeit, die soziale Differenziertheit und letztlich über die „Qualität“ des säkularen Wandels der Gesundheitsprobleme, also die „epidemiologische Transition“ bereitstellen muss. Eben hier liegt die Schnittstelle zu anderen medizinischen Forschungsgebieten. Das Problem *Dörners* war eben, dass er Phänomene der epidemiologischen Transition, deren Ursachen und Folgen als etwas deutete, was den Menschen gleichsam von seinen natürlichen Grundlagen wegführe. Die Rückwirkungen sozialer und gesellschaftlicher Entwicklung des Mensch auf sich selbst, seine soziale Existenzweise, seien, so die Annahme, also gegen die menschliche Natur gerichtet und verlangten deshalb nach Korrektur. Hierzu bedürfe es des präventiven Eingriffs in die prä- und postnatale Genexpression, spezifisch ausgerichtet auf den individuellen genetischen Typus (hier speziell durch die Schaffung von differenzierten und individuell spezifischen Entwicklungsbedingungen während der Phasen der neurohumoralen Determination von Individualität) und eine dementsprechende Überwachung der frühen kindlichen Entwicklung. Prävention müsse deshalb vor allem heißen, jene Lebensumweltbedingungen wieder zu erzeugen, die in der Evolutionsgeschichte als natürlich und positiv und für die Gesundheit als wirksam vermutet wurden. Es sei deshalb auch falsch, die sozialen Lebensverhältnisse zu egalisieren, sie müssten vielmehr nach biologisch-genetischen Kriterien typengerecht differenziert werden und zwar besonders während kritischer prä- und frühpostnataler Entwicklungs- und Determinationsphasen.

22 Vgl. zu dieser Kritik: Niehoff, J.-U.: Zur Bedeutung der prä- und/oder frühpostnatalen Ernährung für die Prophylaxe der Fettsucht und ihrer Folgekrankheiten. *Ztschr. ärztl. Fortb.* 75 (1978) S. 40-51. Der Verweis auf diese Quelle betrifft lediglich eine „Miniversion“ der originären Stellungnahme. Die Publikation ist unter unmittelbarer Mitwirkung einer eigens geschaffenen Arbeitsgruppe der Medizinischen Fakultät der Charité sowie nach umfangreichen Untersuchungen und Beratungen entstanden. Diese waren nötig geworden, weil eine Würdigung der Originalarbeiten zu erheblicher Kritik und auch zum Nachweis von Fälschungen geführt hatten. Die politische Vorgabe für diese Untersuchungen der Fakultät war allerdings, dass das internationale Ansehen des Betroffenen nicht beschädigt werden dürfe. Das bereits für den Druck fertig gestellte Heft der Zeitschrift mit der ursprünglichen kritischen Publikationsserie wurde nach politischer Intervention nicht ausgeliefert. Nachfragen im Jahr 1994 haben ergeben, dass alle diesen außergewöhnlichen Vorgang betreffenden Unterlagen bei der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität nicht auffindbar seien. Leider waren auch die Belege zu diesem Vorgang bei dem betroffenen Zeitschriftenverlag schon Anfang der 1990er Jahre nicht mehr auffindbar. Da es mir hier um exemplarische Probleme des eigenen Faches, seine Diskurse und seine Diskursfähigkeit innerhalb der Medizin insgesamt geht, sei auch nur am Rande auf die diesbezüglichen Kontroversen in den wissenschaftlichen und öffentlichen Medien der Bundesrepublik verwiesen. Der Sachverhalt ist allerdings weder randständig noch „historisch“. *Dörners* Forschungen aus den 1970er Jahren waren immerhin nicht nur mit hohen staatlichen Ehrungen in der DDR ausgezeichnet worden. Für diese Forschungsergebnisse erhielt (gleichsam rückwirkend) der Autor im Jahre 2004 auch das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland.

Es zeigt sich hier in ganz besonderer Weise, wie wichtig eine systematische Forschungsarbeit an der Schnittstelle von Lebensverlängerungsprozess, epidemiologischer Transition und sozial bedingter Modifikation von ontogenetischen Vorgängen in den aufeinander folgenden Geburtsjahrgängen ist. Wenn dieses Wissen nicht bereitgestellt werden kann, hat das Fachgebiet versagt.

2.2 Individualität, Gleichheit und Ähnlichkeit

Zu den großen Problemen des Faches gehört die Auseinandersetzung mit der Individualität, der Gleichheit und der Ähnlichkeit. Nicht die Erzeugung von quantitativem Wissen, sondern dessen Nutzung ist hier unmittelbar betroffen. Das Spannungsfeld könnte auch heißen, aus Populationsstudien verallgemeinertes Wissen über ein Gesundheitsproblem auf einzelne Menschen anzuwenden. Unter welchen Voraussetzungen sind also z.B. verallgemeinerte medizinische Handlungsempfehlungen, Leitlinien, Richtlinien und Standards mit normativer Konsequenz zu formulieren und im Einzelfall normativ zu fordern?

Der Astronom und Mathematiker A. *Quetelet* (1796-1874)²³, der auch als einer der Begründer quantitativ forschender Sozialmedizin gesehen werden kann, hat sehr wohl das Potenzial erkannt, das in der vergleichenden Messung und Beurteilung (auch) von Krankheits- und Gesundheitsmerkmalen in einer Bevölkerung liegt. Ihn hat folgerichtig auch die Frage beschäftigt, ob ein solches Wissen jenseits der Handlungsebene „Bevölkerung“ auch auf die Interventionsebene in Individuen transponierbar ist, wie also die Relation von Individualität, Gleichheit und Ähnlichkeit, von Einzelfall und statistischer Mengenbetrachtung beschaffen ist.

Hier ein Schlüsselproblem für die Ausfaltung eines disziplinären Erkenntnisgebäudes zu sehen, schließt ein, dass es sich um ein inhaltliches Problem und erst dann u.a. auch um ein methodisches (etwa der Standardisierung oder des „matching“ oder – in klinischen Studien – der Randomisierung) handelt.

Die Bedeutung quantitativen Wissens auch für die individuelle Patientenversorgung ist nicht ernsthaft zu bestreiten. Eben dieser Nutzen macht die medizinische Versorgung zu einem praktischen Anwendungsfeld von Wissenschaft und grenzt sie vom Kunstbetrieb („ärztliche Kunst“) ab. Das ändert jedoch nichts daran, dass die „Schnittstelle“ von quantitativem Wissen und klinischer Expertise im Einzelfall nicht nur ethisch und rechtlich respektiert werden muss²⁴, sondern auch selbst ein Forschungsproblem darstellt.

Quetelet versuchte, die hier entstehenden Probleme mit der „Konstruktion“ eines durchschnittlichen Menschen zu bewältigen. Offenbar leitete ihn die der Physik nahe Vorstellung, dass auch menschliche Eigenschaften „natürlicher Weise“ symmetrisch verteilt sein müssten und zwar bei geringer Varianz. Dieser „statistische“ Mensch war dann einer, der durch den arithmetischen Mittelwert gut zu beschreiben war bzw. durch ihn gut repräsentiert war.

23 Siehe hierzu Quetelet, A. C. J.: Über den Menschen und die Entwicklung seiner Fähigkeiten. Stuttgart 1838. Die Bedeutung von Quetelet wird in der deutschen Sozialmedizin interessanterweise kaum wahrgenommen, obwohl er z.B. der „Erfinder“ des Body-Mass-Indexes ist, großen Einfluss auf Comte hatte und diesen offenbar (s. www-groups.dcs.st-and.ac.uk/~history/Mathematicians/Quetelet.html, Zugriff am 3.8.2005) veranlasste, den von Quetelet selbst geprägten Begriff der „Sozialen Physik“ nicht zu verwenden, sondern die neue Wissenschaft Soziologie oder die „positive Wissenschaft vom Sozialen“ zu nennen.

24 Vgl. hierzu z.B. das Konzept des Evidence based Patient Choice (EBPC).

Waren solche Merkmale in unterschiedlichen (sozialen) Gruppen durch voneinander verschiedene Mittelwerte charakterisiert, musste es sich wegen der unterstellten (natürlichen) Verteilungssymmetrie und der geringen Varianz ggf. auch um unterschiedliche Menschengruppen handeln²⁵. Der Mittelwert als Verteilungsparameter konnte so erheblich folgenreich zur Begründung des „Normalen“ und so dann auch zur Begründung der Norm werden.

Die seit *Quetelet* fortwirkenden Sichten auf den „Durchschnitt“ sind somit in jedem Falle folgenreich. Aus der Sicht der Sozialmedizin ist eine solche Annahme jedoch nur ausnahmsweise richtig, weil beide Bedingungen zumindest bei umweltmodifizierbaren Merkmalen regelhaft nicht erfüllt sind. Das bedeutet zunächst nichts anderes, als die Ermittlung der Verteilung menschlicher Eigenschaften als essenzielle Grundlage für die Zuweisung der Attribute „individuell“ und „gleich“ aufzufassen. Immerhin entsteht nur so ein wissenschaftlicher Zugang zur Begründung einer Norm.

Das Problem der „Individualität“ bzw. das von „Gleichheit“ und „Ähnlichkeit“ gewinnt an Gewicht, wenn nicht allein Verteilungen wissenschaftliches wie praktisches Interesse beanspruchen, sondern zusätzlich festgestellt wird, dass diese Verteilungen auch veränderbar sind. Damit tritt eine Dimension in das Blickfeld, die empirisch nur schwer zu handhaben ist: die Zeit. Ohne Bezug zur Zeit kann es keine Vorstellung von Veränderungen geben. Da soziale Unterschiede sich aber nur aus sozialen Prozessen und Entwicklungen herleiten können, kann auch soziale Verschiedenheit ohne den Bezug zur „Zeit“ nicht verstanden werden. Wenn dieser elementare Zusammenhang vernachlässigt wird, ist die Bewertung von Verschiedenheit nur noch im Rahmen einer a priori konzipierten abstrakten Werteordnung möglich. Hier würden dann ethische Imperative sozialmedizinische Forschung in der Tat überflüssig machen²⁶. (Die Anfang der 1980er Jahre von der WHO getroffene Einschätzung, nach der das Rauchen die weltweit wichtigste vermeidbare Krankheitsursache sei, verdeutlicht das Problem. Die Einschätzung war weder zeitlich noch räumlich noch sozial konditioniert. Sie war eine fortwirkende prioritäre Festlegung, die zwangsläufig alle anderen weltweiten Präventionsprobleme als nachrangig einstufte. Sie gilt seither als eine Grundsäule, die folgerichtig auch nur noch moralische Kategorie ist (Drogen sind schlecht) und sich so folglich auch jeder weiteren analytischen (sozialmedizinischen) Begründung entzieht²⁷.

Die Zeit verknüpft die individuelle Ontogenese und Lebensgeschichte mit epochaler Geschichte. Sie verknüpft biologische Determination mit sozialer Modifikation. Das Lexisdi-

25 In welche Irrwege dies führt, zeigt sich auf exemplarische Weise am Beispiel P. Brocas, Begründer der französischen Anthropologie. Siehe hierzu auch Kreuz et al.: Ein Beitrag der Sozialhygiene zur gegenwärtigen Fettsuchtdiskussion. Teil 1-3. Ztschr. ärztl. Fortb. 72 (1978) S. 439-450, 487-494, 631-640.

26 Ein sehr frühes Beispiel ist hierfür auch J. P. Süssmilch (1707-1767).

27 Wegen der großen Bereitschaft, solche Diskurse falsch zu verstehen, sei ausdrücklich angemerkt, dass das Rauchen nicht nur gesundheitsschädigend ist, sondern auch eines der markantesten Beispiele für das Versagen ethischer Normen ist, wenn die wirtschaftlichen Interessen dies so wollen. Es ist nur eben auch ein ethisches Versagen, wenn eine solche prioritäre Einstufung praktisch die Gesamtheit der sonstigen gesundheitlichen, sozialen und politischen gesundheitsbedrohenden Realitäten ausblendet. Wenn heute z.B. in Afrika ganze Bevölkerungen existenziell bedroht sind, liegt das gewiss nicht am Rauchen. Es ist auch problematisch, wenn hier das Rauchen verdammt wird, über die „Raucher“ aber sozialmedizinisch Kompetentes offenbar nicht zu sagen ist. So tritt an die Stelle von Erkenntnis sehr schnell und unreflektiert die ideologische Festung „correctness“. Hier wird dann sozialmedizinische Wissenschaft in der Tat nicht mehr benötigt.

agramm ist eines der wichtigsten Basismodelle der Sozialmedizin speziell zur Verknüpfung der „individuellen“ und der „epochalen“ Zeit. Es ist aber eben auch nur ein formales Modell, das u.a. den Mangel hat, Zeit kalendarisch zu messen, die „biologische“ Uhr also gleichsam zu vernachlässigen. Die Beziehung von biologischer und kalendarischer Zeit ist deshalb eine der wichtigsten sozialmedizinischen Fragestellungen²⁸.

An kaum einem Problem wird dies so deutlich wie an der Untersuchung der Modifikabilität. Wenn wir anerkennen, dass Menschen biologisch von einer vielschichtigen und komplexen Individualität sind, dann können wir Maßstäbe des Gleich- oder des Ähnlich-Seins immer nur als eine soziale Konstruktion verstehen.

Das gilt analog für den Begriff der Ungleichheit bzw. für das Nicht-gleich-Sein. Ungleichheit ist keine biologische, sondern eine soziale Kategorie, die der Individualität hingegen eine biologische. Folgerichtig ist Individualität Reichtum und evolutionsbiologischer Vorteil. Dennoch kann der Mensch als Gattungswesen nur leben und sich entfalten, wenn diese mögliche Individualität sozial eingegrenzt wird, z.B. durch Ordnungen, Normen und Regeln. Sie ist aber auch dadurch eingegrenzt, dass jedem einzelnen Individuum sehr viel mehr möglich ist, als es in seinem einmaligen Leben je realisieren kann. Individualität ist also nur im Bevölkerungs- und Gattungskontext sowie nur evolutionär und in Bezug auf die gesellschaftlichen Entwicklungspotenziale des Menschen auch als Reichtum zu verstehen. Für das einzelne Individuum ist diese Bewertung inhaltsleer. Die „Wahl“ der „sozialen“ Individualität²⁹ durch die Individuen selbst ist ohnehin stets nur so eingeschränkt möglich, dass sie nie und unter keinen Umständen normativ gefordert werden kann („Jeder ist seines Glückes Schmied“). Die menschliche Biologie hält also sehr viel mehr an Möglichkeiten bereit, als je gleichzeitig realisiert werden kann und über diese Realisierung entscheidet auch nicht das biologische Potenzial selbst.

Gleichheit und Ungleichheit sind folglich und im Gegensatz zur Individualität eine soziale Kategorie und werden in der Wertespannung von vertikaler Gleichheit/Ungleichheit (soziale Gerechtigkeit/Ungerechtigkeit) und horizontaler Gleichheit/Ungleichheit (Konformität/Nonkonformität/soziale Toleranzfähigkeit) durch die realen gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen (Lebensweise) bestimmt.

Ähnlichkeit ist hingegen lediglich ein Klassifikations- und Zuordnungsproblem und als solches stets ziel- und kontextgebunden. Ähnlichkeit berührt insofern weder die Individualität noch das Problem der Ungleichheit. Allerdings bleibt es für die Sozialmedizin bedeutsam, sich mit Zielen und Kontexten von Klassifikationen und Zuordnungsregeln in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung immer wieder auch analytisch, ggf. kritisch auseinander zu setzen. In diesem Zusammenhang und angesichts der Leichtigkeit, Individualität und Gleichheit mit den Klassifikationsproblemen des Ähnlichen zu verwechseln, findet sich hier ein substanziel-

28 Es sei hiermit auf die grundlegende Bedeutung der so genannten „age-period-cohort-models“ in der sozialmedizinischen Forschung verwiesen. Es bedarf allerdings auch einer systematischen Auseinandersetzung mit den Grenzen solcher Modelle, z.B. damit, dass Wachstum, Entwicklung und Alterung zeitlich nicht linear verlaufen.

29 Im Alltagsleben grenzt sich dieser Individualitätsanspruch ohnehin sehr stark ein, u.a. wegen der sozialen Funktion, Gruppennormen, Moden oder wegen der Zwänge des Arbeitslebens usw.

les Diskursfeld zwischen der Sozialmedizin und den übrigen medizinischen Fächern, natürlich auch den klinischen³⁰.

In der epidemiologischen Fachliteratur entsteht oft der Eindruck, die Verschiedenheit sei gleichsam etwas Störendes, etwas, das ausgeblendet werden muss, weil sich doch nur Gleiches vergleichen ließe, um dann den verbleibenden gewichtigen Unterschied messen zu können. Dem ist nicht zu widersprechen, solange ein erkenntnismethodisches Prozedere nicht mit einem Handlungsziel verwechselt wird. Denn immerhin behandeln im Besonderen klinische (was im Falle der therapeutischen Intervention in Kranke auch gut begründet werden kann) und präventionsorientierte Studien die Verschiedenheit gern als etwas, das nicht nur methodisch stört, sondern auch das zu überwinden wäre, also ganz im Sinne von Quetelet und seiner These vom Durchschnittsmenschen und der „normalen“ geringen Varianz. Ein methodisches Postulat wird hier also zu einem Handlungsziel.

Offenbar wird Forschung nicht nur genutzt, um die Norm aus den Einsichten in die Variabilität und ihre Modifikabilität herzuleiten, sondern ggf. auch, um die Verschiedenheit gegenüber der normativen Idee zu diskriminieren. Sie ist dann allerdings nicht durch Erkenntnis, sondern allein durch Ideen über Werte begründet. Mindestens in der Prävention ist dies ein nicht bewältigtes ethisches Grundproblem für die Sozialmedizin. Die Mitwirkung an einer systematischen Forschung zu handlungsbegründender Normenfindung und das Handeln orientierenden Leitbildern sind aus meiner Sicht deshalb grundlegende Forschungsgegenstände des Faches.

Das Fazit dieser Anmerkung ist einfach:

Das Fach wird sich ohne eine systematische methodologische Forschung nicht erfolgreich entwickeln können. Dem steht allerdings die verbreitete Überzeugung entgegen, es bedürfe lediglich klinisches Wissen ergänzender Statistikenkenntnisse oder der Fertigkeit, entsprechende statistische Softwarekonfektionen zu bedienen, und schon sei das Fachgebiet „besetzt“. So kann dann allerdings ein forschendes und lehrendes Fachgebiet in der Medizin weder leben noch überleben. Dies verkürzt den notwendigen Diskurs zwischen Sozialmedizin und klinischer Medizin zu Banalität.

2.3 Soziale Gleichheit versus soziale Verschiedenheit

Das Verhältnis von sozialer Gleichheit und Verschiedenheit gehört zu den „Urproblemen“ des Faches. Es gehört aber eben auch zu den besten „Urmotiven“ vieler, sich eben diesem Fach zuzuwenden. Eine solche Entscheidung ist offenbar oft nicht nur von wissenschaftlicher Neugier, sondern auch von Absichten auf Veränderung, gleichsam von einem „sozialen Anliegen“ getrieben.

Diese ethische Absicht in Gestalt eines sozialen Gleichheitsmotivs ist allerdings kein tragfähiges Programm für eine Wissenschaftsdisziplin. (Das gilt natürlich analog für jene, deren Handlungsmotive auf die Erzeugung sozialer Ungleichheit abzielen.) Wissen und Absicht trennen eben auch Wissenschaft von Politik bzw. Politikberatung.

30 In diesem Zusammenhang sei hier auf die wachsende Bedeutung von durch Wirtschaftsinteressen geleiteten Systemen der Fall- und Personenklassifikation in der Medizin verwiesen. Vgl. hierzu auch die entsprechenden Sachbegriffe bei Niehoff, J.-U., Braun, Bernard: Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Baden-Baden 2003.

Die Auseinandersetzung mit den Problemen der sozialen Ungleichheit vor Krankheit, Behinderung und Tod, der sozialen Ungleichheit, im Bedarfsfall auch Hilfe zu erfahren und soziale Krankheitsfolgen bewältigen zu können, ist eben nicht nur ein ethisch-motivationales, sondern auch ein schwieriges Forschungsproblem. Es entsteht hier zudem ein unmittelbares Spannungsfeld zu Betroffenen, ihrem Erleben und ihren Erwartungen sowie zu den Interessen politischer Akteure.

Kaum ein öffentlich wirksames Konfliktfeld wird nachhaltiger diskutiert als eben dieses: Für die einen führt soziale Gleichheit geradewegs in die Aufhebung des Individualitätsanspruchs, die Verantwortungslosigkeit der Menschen für sich selbst und in die Unfreiheit³¹. Für andere ist soziale Verschiedenheit hingegen gleichbedeutend mit sozialer Ungleichheit und diese wiederum mit sozialer Ungerechtigkeit. Sozialer Gleichheits- oder auch nur Sicherungsanspruch ist danach für die einen freiheitsfeindlich, für die anderen Freiheitsbedingung. Kontroverser können Deutungen von Wirklichkeit nicht sein.

Dies ist für die Sozialmedizin ein maßgeblicher Diskussionszusammenhang, weil soziale Gleichheit nur eine Bedeutung haben kann, nämlich die Schaffung von Voraussetzungen für die Entfaltung der dem Menschen eigentümlichen individuellen biologischen Möglichkeiten, die Entfaltung gesundheitlicher Potenziale eingeschlossen. Soziale Gleichheit ist also die Voraussetzung gelebter Individualität. Allerdings führen Chancengleichheit ebenso wie die Ungleichheit von Chancen selbst auch zur sozialen Differenzierung. Chancengleichheit führt also keineswegs in eine homogene Gesellschaft. Sie führt zur Differenzierung, zur Entfaltung individueller Möglichkeiten – auch im Leben mit Krankheit und ihren Folgen.

Es handelt sich hierbei um sehr praktische Probleme, die weit in die Diskussion um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung hineinreichen. Soziale Ungleichheit hinsichtlich der Verfügbarkeit von elementaren Existenzbedingungen, die vertikale Ungleichheit als Folge jeweiliger historischer Macht- und Verteilungswirklichkeiten, sind als ein existenzielles Problem weitgehend anerkannt (soziale Gerechtigkeit). Die Erwartung gleicher Chancen bei der Erhaltung der Gesundheit und des Zugangs zu Hilfe im Krankheitsfall ist ein Ausdruck dieser Erfahrungswelt u.a. deshalb, weil der Gesundheitszustand einer von vielen wirksamen Gründen auch für soziale Differenzierungen, ggf. Exklusionen ist.

Das gilt analog für eine ganz andere Art der Ungleichheit, nämlich die der sozial Gleichen. Die Herausforderung, der hier die Sozialmedizin begegnet, ist vergleichbar groß. Im Falle der horizontalen Ungleichheit haben wir es hier (nämlich bei der Ungleichheit der sozial Gleichen) mit einer ganz besonderen Problemdimension zu tun, nämlich der Toleranzfähigkeit gegenüber ungleichen, ggf. sozial nonkonformen Lebensstilen, Verhaltensweisen und auch körperlichen Erscheinungsbildern. Die Sozialmedizin begegnet hier konflikthaft der „sozialen Norm“ und unterliegt leicht dem Druck (eventuell auch der Verführung), an ihrer Explikation und Durchsetzung mitzuwirken. Die Gefahr der Verwischung der Grenzen zwischen Wissenschaft und Überzeugungen, Einstellungen und Ansichten ist kaum greifbarer als in diesem Bereich.

31 Vg. hierzu Milton Friedman, den „Erfinder“ des so genannten Neoliberalismus: „Few trends could so thoroughly undermine the very foundations of our free society as the acceptance by corporate officials of a social responsibility other than to make as much money for their shareholders as possible.“ (Freedom and Capitalism, 1962). S. zu den ideologischen Grundlagen auch das „Moral Hazard Theorem“ und das „Health Belief Model“. In: Niehoff, J.-U.; Braun, Bernard: Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Baden-Baden 2003.

2.4 Das Verhältnis von Autonomie und Intervention

Medizin legitimiert sich durch ihre Handlungsziele und die zu ihrer Erlangung eingesetzten Methoden. Sie ist, auf welcher Ebene auch immer, interventionsorientiert. Im klassischen Verständnis folgt die Legitimation einer Intervention dem Leidenszustand des einzelnen Patienten. Entscheidungen über eine Intervention sind im Idealfall in dem Viereck von Leidenserlebnis, Behandlungserwartung, Interventionsmethode und deren Risiken sowie den Werten und Wünschen des Patienten zu treffen.

Im Verhältnis zu diesem „klinischen Modellfall“ gründet die Sozialmedizin ihren Beitrag zum Diskurs innerhalb der Medizin insgesamt auf bevölkerungsorientierte und sozial strukturierte quantitative Erkenntnisse. Diese Entgegensetzung von Einzelfall und Bevölkerung bzw. Teilbevölkerung, gleichsam von klinischer Medizin und „Bevölkerungsmedizin“ ist Teil einer eigenen konfliktträchtigen Geschichte, die einen Teil der Gründe liefert, weshalb hier von nicht eben erfolgreichen letzten 100 Jahren ausgegangen wird³². Es geht hier um den Interventionsanspruch im Einzelfall und in ganzen Bevölkerungen. Die Verschiedenheit und Konfliktträchtigkeit der jeweiligen ethischen und politischen Legitimationen muss kaum betont werden.

Die Verhältnisse haben sich jedoch, so könnte der Eindruck entstehen, radikal geändert. So entwirft jüngst die *AWMF*³³ ein Leitbild zur Wirksamkeit der universitären klinischen Medizin, nach dem diese „die Gesundheit der ganzen Bevölkerung“ verbessern solle. Sie zeichnet also das Leitbild einer universitären Bevölkerungsmedizin. Ist das nun der Durchbruch? Ist das die Integration des Sozialen in die Klinik, die mir J. *Rothe* einst vorausgesagt hatte und an die er das Ende des eignen Faches knüpfte? Ist nun der Weg von der Individualmedizin zu einer „Bevölkerungsmedizin“ endlich gegangen und wenn ja, ist dies dann tatsächlich auch ein Erfolg?

Zumindest hat sich eines geändert: Medizinische, inklusive pharmakologische Interventionen, nicht oder nicht nur in Patienten, sondern bevölkerungsweit auch in „Gesunde“ mit der Rechtfertigung, unter ihnen wären nach statistischer Wahrscheinlichkeit doch etliche, die irgendwann einmal krank werden würden, gelten heute relativ konfliktarm als ethisch gerechtfertigt³⁴. Nicht das Leiden, sondern die Möglichkeit eines Leidens wird als Norm für medizinische Interventionen akzeptiert. Wenn Sozialmedizin bislang bevölkerungsweite Prävention durch sozialen Wandel forderte, war die Aufregung mit dem Verweis auf individuelle

32 Dieser quantitative Ansatz wird natürlich sofort zu einem schwerwiegenden Problem, wenn, wie dies in der Bundesrepublik der Fall ist, Sozialmedizin oft mit dem Begutachtungswesen gleichgesetzt wird. Im einzelnen Fall einer Begutachtung konfliktieren hier sehr schnell der individuelle Einzelfall und der (Queteletsche) „Durchschnittsmensch“ der quantitativen Betrachtung.

33 Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat sich am 30.5.2005 mit „Thesen zu den Aufgaben der Universitäten“ zu Wort gemeldet. Gleich in der These A. werden die spezifischen universitären Aufgaben so beschrieben: „Die Sicherstellung der Möglichkeiten zu hochrangiger klinischer Forschung mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung [eigene Hervorhebung]“ (<http://www.egms.de/de/journals/awmf/2005-2/awmf000056.shtml>, Zugriff am 30.5.2005).

34 Als völlig ausreichende Rechtfertigung gilt im Allgemeinen der Verweis auf Kosten-Nutzwertanalysen. Interessanterweise wird dieses hoch schwierige sozialmedizinische Arbeitsfeld heute als „Gesundheitsökonomie“ und nicht als betriebswirtschaftliche Indikationssteuerung interpretiert. Es ist manchmal schon schwer, nicht der Vermutung zu folgen, die letzten 50 Jahre sozialmedizinischer Wissenschafts- und Erkenntnisentwicklung seien vollständig spurlos geblieben.

Autonomierechte riesengroß. Es ist offenbar die Zeit, analoge Ziele nun mit den Mitteln klinischer Intervention (natürlich universitärer) zu entwerfen. Zeichnet sich hier Integration ab oder nur eine neue Auflage alter Konflikte?

Natürlich geht es hier nicht um disziplinäres Kompetenzgerangel. Es geht um den (sozialen und ethischen) Konflikt zwischen der Gestaltung menschengerechter Lebenswirklichkeiten unter Mitwirkung der medizinischen Wissenschaften und einer prädiktiv-interventionistischen klinischen Medizin³⁵. An diesem Kreuzweg stehen alle: Schaffen wir dem Menschen gerechte Lebensbedingungen oder konditionieren und selektieren wir Menschen eben für die Bedingungen, die sie vorfinden? Verändert sich auf diesem Weg die Medizin von einem eidgebundenen Auftrag hin zu einem medizinischen Supermarkt mit bevölkerungsweiten Angeboten von Produkten³⁶ zur Verbesserung der Gesundheit eben dieser Bevölkerung? Handelt es sich dann tatsächlich um eine Bevölkerungsperspektive oder wird diese nur mit einer Gesamtheit von Kunden verwechselt, deren wichtigstes strukturbildendes Merkmal die Kaufkraft ist³⁷? Die Bedenken betreffen (soweit es den Autor angeht) nicht nur die prädiktiven Therapien. Sie betreffen ungleich stärker die hierzu erforderlichen Voraussetzungen einer prädiktiven Diagnostik und Risikoklassifikation der Kunden solcher Leistungen zur Abschätzung von Märgen³⁸. Sie betreffen auch die normativen Leitbilder dieser Handlungsstrategien. Empirische Methoden der klassischen Sozialmedizin lassen sich hier zweifelsfrei integrieren. Aus der Sicht des fachspezifischen Erkenntnisstandes wäre eine solche tatsächliche Entwicklung allerdings ein „Supergau“: eine normative prädiktive klinische Medizin, die mit ihren Methoden und Mitteln vorsorglich die gesamte Bevölkerung behandelt! Natürlich ist auch sozialmedizinische Intervention maßgeblich prädiktiv orientiert, nur eben nicht in konkrete Individuen, sondern je in ihre spezifischen sozialen Bedingungen.

Intervention, auch präventive, ist ein Eingriff in die Autonomie. Dieses Dilemma muss immer wieder neu aufgelöst werden. Es gibt hierbei nur zwei Wege: Die Herstellung normativer Konsense mit den Betroffenen (immerhin eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitspolitik) oder die Auflösung des Systems durch die Einführung eines Produkte frei wählenden Kunden. Alle ethischen Debatten seit Hippokrates wären dann aber Geschichte. Was die Me-

35 Der Zusammenhang zwischen dieser prädiktiven „Universitätsmedizin“ und einem der neusten zum Verkauf stehenden Produkte von Ernst & Young: „Gesundheitsversorgung 2020“. (<http://www.ey.com/Global/content.nsf/Germany>, Zugriff am 15.6.2005), das nichts anderes als die Abschaffung solidarischer sozialer Sicherungssysteme und die durchgängige Überführung der Medizin in einen Produktenhandel fordert, ist nicht zu übersehen.

36 Nichts gefährdet derzeit das Grundverständnis der Medizin im Ganzen und der Sozialmedizin im Besonderen so sehr, wie die Reduktion des Hilfeanspruchs von Patienten auf die Bereitstellung und Lieferung von vorklassifizierten medizinischen Leistungsprodukten, z.B. in Gestalt der Diagnosis Related Groups mit ihren vordefinierten Leistungsinhalten. Mit strategischen Folgewirkungen für eine Medizin wird so der Hilfebedarf von Individuen auf die Kategorien „Fall“ und „Nachfrage“ reduziert.

37 Die im Zusammenhang mit der Novellierung des Social Security Acts 1965 in den USA so wichtige Entdeckung von M. Roemer, die medizinische Versorgung sei ein Vorgang der anbieterinduzierten Bedarfssteuerung (Roemer's Law), bezog sich auf die Versorgung von Kranken, bzw. Patienten. Es benötigt nicht viel Fantasie, um ein Vorstellung davon zu erlangen, wie sich dieser Sachverhalt dann bei der Verbrauchersteuerung gesunder „Kunden“ auswirken wird, bzw. würde.

38 Folgeabschätzungen von Handlungsstrategien sind in diesem Zusammenhang im Übrigen primär ein Forschungsproblem und dann sekundär auch eines der ethischen Normendiskussion. Es sie dies angemerkt, weil oft der Eindruck entsteht, hier hätte sich die Reihenfolge geändert.

dizin anbietet und verkauft, folgt der zahlungskräftigen Nachfrage von Kunden, umworben von Verkäufern, unterstützt von Verbraucherberatern. Es zeichnet sich hier eine sehr direkte Linie von Milton *Friedman* bis hin zu sich auf dem Anbietermarkt aggressiv etablierenden (oder mit Medienunterstützung ausstellenden?) Politikberatern, die jeweils mit ihren „Produkten“ um Kunden werben. Ist dieses nun das neue soziale bzw. ordnungssetzende Autonomieverständnis? Autonom ist, wer kaufen kann, wer kaufen kann, ist fit, wer fit ist, hat Zukunft, Zukunft hat, wer autonom kaufen kann. An diesem Punkt wird sich Sozialmedizin entscheiden und ggf. zur Auseinandersetzung fähig sein müssen. Immerhin verkaufen *Ernst & Young* ihr neues Produkt „Gesundheitsversorgung 2020“ zwar als Gesundheitsversorgungskonzept, entwerfen aber für die politischen Akteure tatsächlich ein neues Gesellschaftskonzept, das im Übrigen nicht für alle katastrophal sein wird. Zumindest auf der Konzeptebene sind solche Produkte Interventionen, wenn man so will auf Bevölkerungsebene. Dann muss aber die Auseinandersetzung um solche Konzepte auch angenommen werden.

Es ist mir in diesem Zusammenhang wichtig, explizit darauf zu verweisen, dass es trotz der Komplexität der Probleme hier zunächst um disziplinäre, nicht um multi- oder interdisziplinäre Verantwortungen geht. Ich will dies kurz begründen:

Forschung lebt von der Ausdifferenzierung der Einzelfragen und der Notwendigkeit, im Verhältnis von Problem und Methodik spezifische Kompetenzen zu entfalten. Nur wenn das gelingt, entsteht innerhalb von Fächern auch eine Wissens- und Bildungskontinuität sowie -identität.

Multidisziplinäre Zusammenarbeit und dann ggf. auch interdisziplinäre setzt eine systematische disziplinäre Theorienkultur zwingend voraus. Die aus nachvollziehbaren Erfahrungen stammende allgemeine und auch von mir gut erinnerte Fortschrittsfreude, wenn auch Sozialmedizin mal gefragt wird, ist keine Alternative zu systematischer Fach- und Schulentwicklung und schon gar nicht handelt es sich hier dann um Interdisziplinarität. Es gibt nach meiner festen Überzeugung keine Querschnittsdisziplinen, auch wenn besonders die Sozialmedizin sich so selbst apostrophiert. Es gibt allein mehr oder weniger komplexe Fragestellungen an deren Bewältigung je nach Komplexität unterschiedliche Disziplinen mit je ihren spezifischen Theorien- und Methodengebäuden gleichberechtigt, kooperativ und integrativ zusammenwirken können. Es ist jedoch ein unveräußerliches Prinzip der disziplinären *Forschung*, die Komplexität der Realität zu reduzieren. Es ist dann aber ebenso ein Prinzip der *Erkenntnis*, disziplinäres Wissen zu integrieren³⁹. Bis Sozialmedizin zur Multi- oder

39 Dieser Hinweis scheint mir wichtig, weil die offenkundige Schwäche der Sozialmedizin fast selbstverständlich den Druck und auch die Bereitschaft erzeugt, sich mit anderen Schwachen interdisziplinär und in der Hoffnung, gemeinsam stärker zu sein, zu verbünden. So finden sich dann schnell unter einem Dach eben mal Gesundheitspolitik, Management von Gesundheitsproblemen, Gestaltung der Versorgungssysteme, ethische Probleme der Versorgung, Medizinische Psychologie, Geschichte der Medizin, Sozialmedizin, medizinische Soziologie zusammen und auch Sexualwissenschaften sind da gern vertreten. Dieses Sammelsurium firmiert dann als „Gesundheitswissenschaft“ (mit und ohne Plural), und definiert seine Bedeutung aus aktuellen politischen Entwicklungen, nicht aus fundamentalen Erkenntnisproblemen zum Menschen, zu Gesundheit und Krankheit. So verständlich dies ist, ein Fortschritt der Wissenschaften findet in dem hier sich darstellenden Existenzkampf gegen die etablierten Fach- und Machtverteilungen in den Fakultäten und in den Gremien forschungspolitischer Weichenstellungen nicht statt. Dies verlagert nur die Auseinandersetzungen im Wettbewerb um knappe Forschungsmittel und ändert nichts am geringen Interesse, solche Mittel hier zu allozieren. Fachgebiete, die in diesem Wettbewerb verlieren, werden dann nur weiße Flecken in dem Mosaik der Erkenntnisentwicklung hinterlassen. Eine in-

Interdisziplinarität fähig wird, hat sie m.E. noch ein gutes Stück disziplinärer Entwicklung zurückzulegen.

3. Die Frage nach den Praxisaufgaben der Sozialmedizin

Im Diskurs nicht nur mit der Klinik ist die Frage nach den Praxisaufgaben der Sozialmedizin letztlich auch die Frage nach dem praktischen Bedarf an Sozialmedizin. Die Antwort hängt wohl weniger vom „Angebot“ ab, als von der „Nachfrage“, also vom Interesse an wissenschaftlich geleitetem Handeln bei der Ausgestaltung, Steuerung, Regulation und Evaluation des medizinischen Versorgungssystems.

Welche praktische Rolle spielt also eine wissenschaftlich geleitete und auf die realen Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung ausgerichtete Ausgestaltung der Leistungsstrukturen und -prozesse in der Prävention, in der medizinischen Versorgung, in der Rehabilitation und in der Pflege? Welche Rolle spielt jeweils die Evaluation der Bedarfsadäquanz und sozialen Wirksamkeit entsprechender Strukturen und Programm?

Offenkundig liegt der Schlüssel in dem politischen Interesse an der Bedarfsorientierung des Gesundheitssicherungs- und -versorgungssystems. Ist also die Gesundheitssystemgestaltung ein Vorgang rationaler Entscheidungsfindung oder von Aushandlungen der Interessen maßgeblicher Akteure oder das Ergebnis kaufkräftig nachgefragter Leistungen in einem marktwirtschaftlichen System mit seinen Wettbewerbsinstrumenten oder ist sie nur Ausfluss der Unternehmensinteressen von Versicherungen? Ein zwingender Bedarf an praktischer Sozialmedizin entsteht immerhin nur im Kontext eines bedarfsgesteuerten und systematisch evaluierten Versorgungssystems.

Dieses Spannungsfeld und die Auflösung des medizinischen Versorgungssystems durch die Implementierung der Techniken und Methoden der Marktsteuerung können hier nicht weiter untersucht werden⁴⁰. Es genügt festzustellen, dass sich in der Bundesrepublik kaum eine wissenschaftliche Basis für eine systematische Bedarfsorientierung und die Systemevaluation herausgebildet hat. Bedarfsplanung ist vielmehr der Abgleich von Akteursinteressen, nicht von praktizierter Sozialmedizin.

Praktische Sozialmedizin wird bemerkenswerterweise in der Bundesrepublik vor allem als ärztliches Begutachtungswesen interpretiert. Sie ist also vor allem eine Versicherungsmedizin⁴¹, eine Position, die besonders von den Rentenversicherungen heftig verteidigt und ge-

teressante Vorstellung: Was geschieht, wenn im Forschungswettbewerb nur noch einige wenige Sieger übrig bleiben? Die Freude der Sieger dürfte nicht lange dauern.

40 Dies ist auch nicht wirklich nötig, weil das längst vielfältig geschehen ist. Ich verweise nur auf drei besonders herausragende Beispiele: Starr, P.: *The Social Transformation of American Medicine – The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York 1982; Salmon, J.W. (Ed.): *The Corporate Transformation Of Health Care 1, Issues & Directions*. Amityville, New York 1991; Salmon, J. W. (Ed.): *The Corporate Transformation Of Health Care 1, Perspectives & Implications*. Amityville, New York 1994.

41 Hierbei handelt es sich natürlich vor allem um jene innerhalb der Sozialversicherung. Deren sich massiv vollziehender Wandel von Körperschaften des öffentlichen Rechts und von Sachwaltern eines gesellschaftlich konsentierten sozialen Risikoausgleichs hin zu „richtigen“ und primär von Wettbewerbszielen getriebenen Unternehmen ändert natürlich auch das Verhältnis der „praktischen“ Sozialmedizin zu diesen Unternehmen. Siehe hierzu auch Niehoff, J.-U.: *„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb“* (= Schriftenreihe des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung Berlin), im Druck.

schützt wird. Umfang und Struktur dieser praktischen Sozialmedizin werden somit von den Rechtslagen und den Auftraggeberinteressen bestimmt. Das was die Bundesärztekammer „Sozialmedizin“ nennt, ist tatsächlich das medizinische Begutachtungswesen und keine spezifische sozialmedizinische disziplinäre Identität. So existieren die „wissenschaftliche“ und die „praktische“ Sozialmedizin mit kaum nennenswerten Berührungsflächen nebeneinander.

Die Erstellung von jährlich vielen Millionen Gutachten für die Sozialversicherung ist als (so definierte) praktische sozialmedizinische Arbeit, aber auch eine besonders umfangreiche Aufgabe⁴², die wegen ihrer vielfältigen Berührungsflächen auch den Diskurs zur klinischen Medizin bestimmt. Sie ist als eine praktische sozialmedizinische Aufgabe auch zu rechtfertigen, solange das Kernziel der Sozialversicherung, nämlich der soziale Risikoausgleich, auch das Kernziel der Begutachtungspraxis und der Evaluation des Versorgungssystems ist.

Für die praktische Sozialmedizin ist folglich das Verhältnis zum Auftraggeberinteresse das entscheidende Problem. Zwar ist mit unterschiedlicher rechtlicher Wertigkeit die Unabhängigkeit des sozialmedizinischen Gutachters in seiner Urteilsfindung festgeschrieben, doch ist die Unabhängigkeit der Urteilsfindung (bei allen Problemen, die sich hier diskutieren ließen) nicht das eigentliche Problem der sozialmedizinischen Praxis. Das entscheidende Problem ist das der Interessenunabhängigkeit der Auftragsvergabe an die Gutachter. Über die Auftragsvergabe, nicht über das Ergebnis erfolgt Interessensteuerung. Wenn also die praktische Sozialmedizin das Handlungsfeld einer wissenschaftlichen Sozialmedizin sein will, muss sie zumindest bei der Auswahlbegründung von Begutachtungsaufträgen analytisch, evaluierend und kriteriensetzend wirksam werden⁴³, also eigene unabhängige analytische Potenziale und Strukturen vorhalten. Dies wird in dem Maße zu einem dramatischen Problem, wie die heutigen sozialen Versicherungssysteme als Körperschaften des öffentlichen Rechts in Wirtschaftsunternehmen überführt werden.

Letztlich geht es aus der Sicht unseres Faches um die Sicherung problemadäquater Leistungsproportionen und deren inhaltliche Ausgestaltung im Kontext sozialspezifischer Bedarfe. Dies setzt natürlich einen entsprechenden politischen Gestaltungswillen der Gesundheitsversorgung voraus. Mit anderen Worten: Immer dann bzw. dort, wo eine bedarfsorientierte Versorgung gesellschaftlich vereinbarungsfähiger Wille ist, wird es auch Wissensbedarf über die typischen Gesundheitsprobleme sowie die Ursachen und die Folgen ihres Wandels geben. Gibt es dieses Interesse nicht, wird also die Ausgestaltung der Versorgung nur den Märkten und den Wettbewerbsinteressen der Marktakteure überlassen oder über Lobbyismus entschieden⁴⁴, verbleibt dem wissenschaftlichen Interesse letztlich nur noch die Sozialkritik *oder* die Beschreibung von Marktsegmenten für die jeweilig interessierten Marktakteure. Aus einer

42 Am Rande sei darauf verwiesen, dass das spannungsvolle Verhältnis zwischen der Sozialmedizin als Wissenschaft und der „praktischen“ Sozialmedizin ein eigenes Kapitel ist. Die resultierenden Folgen dieser Spannungen sind besonders für die sozialmedizinische Begutachtung nennenswert.

43 Sollten irgendwann einmal nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Leistungsträger zur Vorlage von Qualitätsnachweisen verpflichtet werden, wäre dann die Interessen- und Wettbewerbsunabhängigkeit ihrer Entscheidungen wohl eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale.

44 Wegen ihres vielfältig beschriebenen Marktversagens sind marktwirtschaftliche Systeme im Falle der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eher randständig oder nur in Gesellschaften zu finden, die einen großen Teil der Menschen von der Gesundheitsversorgung weitgehend ausschließen oder insgesamt als hinsichtlich ihrer sozialen Effektivität als wenig entwickelt gelten müssen.

Wissenschaft würde so ein beliebiges Consulting-Unternehmen, dessen Wissenschaftsanspruch sich auf die Marktgängigkeit seiner Produkte reduziert.

3.1 Problemkomplexe für den intensiven Dialog mit der klinischen Medizin

Vor diesem Hintergrund sei hier kursorisch auf drei besondere Problemkomplexe aus dem Arsenal praktischer Aufgaben hingewiesen, für die aus meiner Sicht ein besonders intensiver Dialog mit der klinischen Medizin wichtig ist. Diese drei Probleme sind:

3.1.1 Die Zukunft der Systemgestaltung zwischen Sozialkompensatorik und individueller Risikoadjustierung

In einem sozialkompensatorischen System bedarf es der systematischen Orientierung der Versorgungspraxis entlang der sozialen Probleme, die der Kompensation bedürfen. Das schließt ein, die Effekte eines solchen Handelns regelmäßig zu messen und zu bewerten⁴⁵. Hier schlüpfte die praktische Sozialmedizin also gleichsam in die Rolle eines Vertreters öffentlicher Interessen gegenüber dem Handeln aller (!) Akteure der Gesundheitsversorgung. Das gilt ähnlich auch für steuerfinanzierte Systeme, allerdings ergänzt um den wesentlichen Aspekt, dass hier nicht der Wettbewerb, sondern der gewählte demokratische Wille die Leistungsnormen setzt und hierzu auf Vorbereitung durch die Wissenschaften zurückgreift.⁴⁶

In einem marktwirtschaftlichen System liegen die praktischen Aufgaben anders. Hier wird es um zwei Problemkreise gehen. Einmal um die öffentliche Vertretung der Interessen und Bedürfnisse von Personen, die ihre Versorgungsbedürfnisse nicht oder politisch nicht erfolgreich selbst artikulieren und befriedigen können. Eine andere, hierzu sehr konträre Linie verbindet sich mit dem Bedarf an der ständigen Risikoadjustierung solcher Versorgungssysteme in Gestalt der Erarbeitung von Risikoklassifikationssystemen, z.B. über die Ladung von so genannten Risikofaktoren und deren Gewichtung in Gestalt von Risikogruppen. Sozialmedizin mutiert hier zu einer lupenreinen Versicherungsmedizin.

3.1.2 Rationierung von Hilfeleistungen

Die Frage lautet nicht, ob Rationierungsstrategien ethisch oder politisch wünschenswert sind. Die Frage lautet, welcher Bezug, sofern Rationierung medizinischer Leistungen gewollte oder

45 In Bezug auf die Gegebenheiten in der Bundesrepublik hieße dies, die wichtigste Legitimation der korporatistischen gesetzlichen Krankenversicherungen regelmäßig – z.B. in Gestalt von öffentlich verfügbaren Qualitätsberichten zu evaluieren, nämlich die des solidarischen Sozialausgleichs und des freien Zugangs zu bedarfsgerechter medizinischer Versorgung. Eine solche – angesichts der politisch implementierten Wettbewerbsinteressen der Krankenversicherung ohnehin kaum noch vorstellbare Praxis – wird als praktische sozialmedizinische Aufgabe natürlich sofort hinfällig, wenn dieses Ziel nicht mehr handlungsleitend ist. Dann genügt es z.B. Evaluationen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit solcher Institutionen in Gestalt von Einnahme – Ausgabe - Bilanzen vorzulegen, bzw. klassische sozialmedizinische Praxis auf gesundheitsökonomische Analytik und Interessensteuerung zu begrenzen.

46 In der Kampfsprache der Interessentümer folgt hieraus die Denunziation, Sozialmedizin sei Staatsmedizin. Immerhin äußert sich so ein interessantes Demokratieverständnis. Vor dem Hintergrund parteipolitischer Ziele zur Umgestaltung der Krankenversicherung auf eine so genannte kopfpauschalierte Finanzierung, die auch zu einer erheblichen Ausweitung steuerfinanzierter Leistungen führen würde (zum Vergleich: in den USA sind dies derzeit rund 50% aller Leistungen), eröffneten sich in einer solchen Staatsmedizin dann allerdings auch und ggf. erhebliche Perspektiven für die Sozialmedizin.

zwangsläufige gesellschaftliche Realität ist, sich zu sozialmedizinischen Praxisaufgaben ergibt.

Die wichtigste Rationierungsmethodik ist die Prioritätensetzung. Wenngleich niemand in den Geruch kommen möchte, Propagandist der Rationierung zu sein, gibt es sie natürlich und zwar sowohl implizit wie explizit. Gerade wegen der erheblichen Interessenbesetztheit dieses Problems und der Tendenz, Prioritäten durchsetzungsfähigen Gruppeninteressen (darunter maßgeblich auch von Forschungsseite) folgen zu lassen, existiert hier ein erhebliches sozialmedizinisches Aufgabenfeld.

3.1.3 Seltene Behandlungsanlässe

Folgt man der öffentlichen Debatte, scheint es selbsterklärend vernünftig, den häufigsten Krankheiten mit entsprechenden Folgen für die Ressourcenallokation auch die größte Aufmerksamkeit zu schenken. Dies verbindet sich mit der Vorstellung, es sei „gerecht“, die Priorität dort zu setzen, wo es sich um Krankheiten mit hoher Prävalenz handele. Diese Sicht wird durch wirtschaftliche Interessenlagen, von der betriebswirtschaftlich rationalen Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen bis hin zu den Wirtschaftsinteressen der pharmazeutischen Industrie, gut gestützt. Es scheint auch gleichsam „demokratisch“, dem „Häufigen“, nicht dem „Seltenen“ die größte Aufmerksamkeit zu schenken. Dieses Argument erweist sich auch dann als leistungsfähig, wenn Gruppeninteressen (z.B. die von Patientengruppen) durchgesetzt werden sollen, was eben nur gelingen kann, wenn es ein Argument gibt, die eigenen Probleme als wichtiger zu deklamieren als die anderer Patientengruppen.

Allerdings ist es jedoch offenbar so, dass die Summe aller seltenen Krankheitsereignisse für die Ausgestaltung der Krankenversorgungssysteme mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer absolut und relativ bedeutsamer wird⁴⁷. Nicht die so genannten häufigsten Krankheiten, sondern die Summe der seltenen Ereignisse schafft die schwierigen Versorgungsprobleme auch im Blickwinkel der *Donabediarts* Trias. Richtig ist allerdings auch und dies mit praktischer Folgewirkung, dass die vielen Menschen, die jeweils an seltenen Krankheiten leiden, Probleme haben, ihre Interessen auch zur öffentlichen Anerkennung zu führen. Hier wird „advocacy“ zu einer sehr praktischen (sozialmedizinischen) Aufgabe u.a., weil dieser Konflikt nicht lösbar, sondern nur gestaltbar ist. Die Mehrheit der Menschen hat schließlich kaum je eine Chance ihre Versorgungsproblem als prioritär akzeptiert zu finden⁴⁸.

47 Auf dieses Problem kann hier inhaltlich begründend nicht eingegangen werden. Zumindest ist jedoch der Hinweis wichtig, dass, wie immer man dies strittig sehen mag, eine Argumentationspraxis zumindest völlig ungerechtfertigt ist, nämlich die, die häufigsten Todesursachen als Indikator der häufigsten, womöglich auch noch wichtigsten Krankheiten zu nutzen. Selbstverständlich sind die häufigsten Todesursachen in einer Bevölkerung mit hoher Lebenserwartung ganz offensichtlich nicht die „wichtigsten“ Krankheiten, eben weil sie ja lediglich die hohe Lebenserwartung beschreiben.

48 Als Beispiel für diese Problematik sei hier nur auf die schwierige Auswahl von Themen für HTA-Gutachten (Health Technology Assessment) verwiesen. „Alle Themen werden mit den Machbarkeitsanalysen dem Kuratorium HTA mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen vorgelegt, das die Themen dann nach deren gesundheitspolitischer Bedeutung gewichtet (Delphi-Verfahren). Kriterien für das Erstellen der Prioritätenliste sind beispielsweise die Häufigkeit einer Krankheit und die Sterblichkeitsrate oder die Wirksamkeit eines Verfahrens im Vergleich zu bereits eingeführten Verfahren. Außerdem spielt dabei eine Rolle, ob es einen Entscheidungsbedarf zu einem Thema gibt oder welche finanziellen Folgen mit einem Verfahren verbunden sind.“ Pressemitteilung Deut-

3.2 Die Zukunft des Faches

Die Zukunft des Faches wird also letztlich von zwei Entwicklungen bestimmt sein:

1. von der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit des Faches und
2. von seiner öffentlich gewollten Wirksamkeit in der Praxis der Gesundheitsversorgung und -sicherung.

Die m.E. schwierige Stellung der Sozialmedizin im Ensemble der medizinischen Fachgebiete verlangt eine strikte und konsequente Orientierung auf die disziplinäre Entwicklung. Nur hier entscheidet sich (in der Bundesrepublik) die Zukunftsfähigkeit des Faches, nur so kann auch die Diskursfähigkeit mit der Klinik immer wieder neu gefestigt werden.

Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff
Angerstr. 8
16259 Altwustrow
e-Mail: niehoffberlin@aol.com.