

VIOLA SCHUBERT-LEHNHARDT – KLAUS THIELMANN

**„DAS EINFACHE, DAS SO SCHWER ZU MACHEN IST“:  
GUTE ALLGEMEINMEDIZIN**

**Zum Verhältnis von öffentlicher zu  
individueller Gesundheitsversorgung**

Viola Schubert-Lehnhardt, Jahrgang 1974, Studium der Philosophie in Leningrad, 1983 Promotion, 1988 Habilitation an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Fach medizinische Ethik, zunächst Lehrtätigkeit auf diesem Gebiet an der MLU, seit 1993 freiberuflich. Arbeitsschwerpunkte medizinische Ethik in der DDR, Wertewandel im Gesundheitswesen, gesundheitspolitische und Gender-Fragen. Zahlreiche Publikationen zu Auswirkungen von Entscheidungen zur Zeit des Nationalsozialismus auf medizin-ethische Debatten heute in Deutschland.

Klaus Thielmann, Jahrgang 1933, Medizinstudium in Leipzig und Erfurt, Promotion zum Dr. med. 1957, 1965 Habilitation in Jena. Gastprofessor für Klinische Biochemie am Centro Nacional de Investigaciones Cientificas, Havanna Kuba 1968–1971, Prof. und Direktor des Instituts für Pathobiochemie an der Medizinischen Akademie Erfurt 1974–1989, Minister für Gesundheitswesen der DDR 1989/90, von 2001–2004 Berater internationaler Projekte zur Reformierung des russischen Gesundheitswesens, seit 2008 Initiator und Betreuer des Projekts „Individuelle und soziale Gesundheitsdeterminanten in der familienärztlichen Praxis“ in Berlin und Havanna; ca. 200 wiss. Publikationen.

Das Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung wird entscheidend durch die gesellschaftlichen Vorgaben (Gesetze) und Bedingungen (sowohl im Gesundheitswesen als auch in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen) geprägt. Da sich beide deutsche Staaten in ihrer Herangehensweise von Beginn ihrer Existenz an diametral unterscheiden<sup>1</sup>, soll hier mit einem Rückblick auf die DDR, die dort getroffenen Entscheidungen, realisierten Bedingungen und erreichten Resultate begonnen werden. Dabei geht es nicht darum, rückblickend bestimmte Zustände zu rechtfertigen oder pauschal zurückzuwünschen, sondern vielmehr soll auf der Grundlage heute möglicher Ein- und Übersichten überlegt werden, wie unser Gesundheitswesen künftig gestaltet werden sollte. Entsprechend folgen Überlegungen zu notwendigem Umdenken, zu Widerständen und deren Ursachen.

<sup>1</sup> Detailliert beschreibt dies S. SCHLEIERMACHER: Prävention und Prophylaxe (2004), S. 171–77.

## 1. Erfahrungen aus der DDR

„Warum wird der Mensch erst dem Arzt unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist?“ fragt KARL MARX in einer seiner frühesten Schriften<sup>2</sup> und führt diese Frage fort mit einer weiteren: „Was ist jede Krankheit als in seiner Freiheit gehemmtes Leben?“ Diese Gedanken spielten eine zentrale Rolle (und wurden entsprechend häufig zitiert) in Überlegungen von Entscheidungsträgern und Wissenschaftlern der DDR zur Prophylaxe.<sup>3</sup> – Der heute gebräuchliche Begriff *public health* hat sich erst zu Beginn der 90er Jahre durchgesetzt, insofern ist er in Publikationen aus der DDR nicht anzutreffen; dort wird durchgängig noch von Prophylaxe und/oder (gesamt)gesellschaftlicher Gesundheitspolitik gesprochen.

Gesundheitspolitik als Anliegen und Aufgabe aller gesellschaftlichen Bereiche zu verstehen, beruhte auf einem Verständnis von Sozialismus/Zielen der sozialistischen Gesellschaft, die G. KARSDORF und K. RENKER in ihrem Standardwerk einleitend wie folgt beschreiben:

„In sozialer Sicherheit und gesunder Umwelt zu leben und zu arbeiten, selbst gesund und leistungsfähig zu sein, ein hohes Alter in Wohlbefinden und Lebensfreude zu erreichen sowie bei Krankheit rechtzeitig behandelt zu werden, sind elementare Bedürfnisse des Menschen. Deshalb gehören die Erhaltung und Förderung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude und damit die Vorbeugung von Krankheiten zu den edelsten Zielen der sozialistischen Gesellschaft.“<sup>4</sup>

Dem heutigen Leser mag allein schon der Sprachstil schwülstig und altbacken erscheinen, die gesellschaftlichen Zielformulierungen durch den Untergang der DDR und die Praxis der Wiedervereinigung Deutschlands überholt – gleichwohl bleibt die Frage nach dem gesellschaftlichen Kontext von Medizin, d.h. nach der sozialen Verantwortung einer jeden Gesellschaft für die Gesundheit ihrer Mitglieder und damit nach dem Verhältnis von öffentlicher zu individueller Verantwortung.

In der Geschichte der Menschheit und damit auch der Medizin hat es unterschiedliche Antworten auf diese Frage gegeben<sup>5</sup> – reflektiert in zahlreichen Werken zur Sozialgeschichte und historischen Soziologie der Medizin. Die DDR (und vorher die Entscheidungsträger in der sowjetischen Besatzungs-

<sup>2</sup> K. MARX: Debatten über die Pressefreiheit (1974), S. 59.

<sup>3</sup> Siehe z. B. die beiden „Prophylaxe-Päpste“ der DDR, G. KARSDORF und K. RENKER in ihrem Standardwerk: Prophylaxe. (1977), S. 9.

<sup>4</sup> Ebd., S. 5.

<sup>5</sup> So zählte die Orientierung auf eine umfassende Prophylaxe bereits zu den Bestandteilen der hippokratischen Medizin – damals unter dem Namen „Diätetik“.

zone) knüpfte bewusst an bestimmte Traditionen der Sozialhygiene des 19. Jahrhunderts und sozialhygienische Konzepte der Weimarer Republik an. Es erfolgte (auch in Anlehnung an Entwicklungen in der Sowjetunion) eine Rückbesinnung auf eine *bestimmte* Traditionslinie solcher sozialhygienisch orientierten Ärzte wie Grotjahn, Chafes, Gottstein u.a. Deren Vorstellungen von einer Gesundheitsfürsorge in allgemein und unabhängig vom Einkommen zugänglichen Einrichtungen mit sowohl prophylaktischer als auch therapeutischer Zielsetzung wurde in der DDR mit der Orientierung auf staatliche Verantwortung für Gesundheit verbunden. Mit dem Aufbau eines einheitlichen staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens sollten sowohl der Gesundheitsschutz und die Gesunderhaltung der BürgerInnen als gesellschaftliche Aufgabe verpflichtend verankert als auch der historische Widerspruch zwischen der öffentlich stationären und privaten ambulanten Versorgung überwunden werden. Entsprechend wurde der Schutz der Gesundheit, später auch der Mutterschutz<sup>6</sup> sowohl in der Verfassung<sup>7</sup> wie auch in zahlreichen weiteren Gesetzen verankert<sup>8</sup>.

Dadurch erreichte Ergebnisse zeigen das positive Potential eines solchen umfassenden Ansatzes auf – u.a. durch einen Vergleich mit den Ergebnissen in der alten Bundesrepublik. Stellvertretend sei hier auf die Entwicklung der Säuglings- und Müttersterblichkeit verwiesen<sup>9</sup> (s. Abb. S. 164; eine ausführliche Interpretation der Entwicklung ist nicht Gegenstand dieser Abhandlung, deshalb wird darauf verzichtet.)

Die einzelnen historischen Etappen und Entscheidungen können hier nicht nachgezeichnet werden. Vielmehr soll zunächst das Ende 1989 bestehende System der Prophylaxe beschrieben und dann in einer Reihe von Ergebnissen

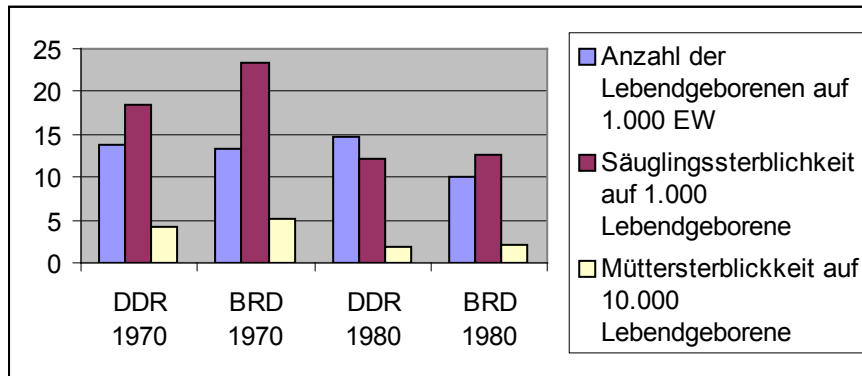
<sup>6</sup> Artikel 38 der Verfassung der DDR legt den besonderen Schutz von Schwangeren und Mutter und Kind fest (Schwangerschaftsurlaub, spezielle medizinische Betreuung, materielle und finanzielle Unterstützung bei der Geburt, Kindergeld).

<sup>7</sup> Im Artikel 35 der Verfassung der DDR heißt es: „(1) Jeder Bürger hat das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und Arbeitskraft. (2) Dieses Recht wird durch die planmäßige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen, die Pflege der Volksgesundheit, umfassende Sozialpolitik, die Förderung der Körperkultur, des Schul- und Volkssports und die Touristik gewährleistet. (3) Auf der Grundlage eines sozialen Versicherungssystems werden bei Krankheit und Unfällen materielle Sicherheit, unentgeltliche ärztliche Hilfe, Arzneimittel und andere medizinische Leistungen gewährt.“ Im Artikel 36 wird die Trennlinie zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik aufgehoben und festgelegt: „(1) Jeder Bürger der DDR hat das Recht auf Fürsorge der Gesellschaft im Alter und bei Invalidität. (2) Dieses Recht wird durch steigende materielle, soziale und kulturelle Versorgung und Betreuung alter und arbeitsunfähiger Bürger gewährleistet.“

<sup>8</sup> Eine Sammlung dieser Gesetzestexte findet sich in: „Für das Wohl des Menschen.“ 30 Jahre Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Bd. 2. Berlin, 1979.

<sup>9</sup> Nach Edith Ockel in: S. PROKOP: Der versäumte Paradigmenwechsel (2008), S. 265.

gewürdigt werden. Gleichzeitig sind dabei bestehenden Probleme und Defizite aufzuzeigen.



### ***Das Grundprinzip Prophylaxe***

Prophylaxe wurde als ein Grundprinzip des sozialistischen Gesundheitsschutzes, der von der gesamten Gesellschaft (d. h. von allen Bereichen) zu tragen sei, verstanden und umfasste:

- die aktive Gestaltung gesundheitsdienlicher Mensch-Umwelt-Beziehungen (der Begriff „Umwelt“ beinhaltet in diesem Verständnis die kommunale, soziale und Arbeitsumwelt; zur kommunalen Umwelt wiederum gehörten Boden, Luft, Wasser);
- die Förderung und Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie
- die Verhütung von Krankheiten.<sup>10</sup>

Die Realisierung dieses Grundprinzips Prophylaxe wurde als politische Frage verstanden und damit sowohl in Dokumenten der SED (im Programm der SED sowie in zahlreichen Beschlüssen<sup>11</sup>), als auch in den Statuten bzw. Aufgabenstellungen für die Gewerkschaft verankert. Um eine umfassende Verwirklichung dieses Anspruchs zu ermöglichen, wurden neue Zweige des Gesundheitswesens geschaffen, wie z. B. das Betriebsgesundheitswesen<sup>12, 13</sup>, Sportmedizin, Modernisierung des gesamten Hygienewesens, Gesundheitser-

<sup>10</sup> Vgl. G. EWERT: *Betreuungsorientierte Prophylaxe* (1987), S. 26.

<sup>11</sup> S. dazu den Dokumentenband „Zum Wohle des Volkes“, Bd. 2.

<sup>12</sup> Bereits laut Befehl Nr. 234 des SMAD vom 9.10.1947 rangierten die Vorbeugungsmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Arbeiter an erster Stelle.

<sup>13</sup> Kleinere und mittlere Betriebe, die über kein eigenes Betriebsambulatorium verfügten, wur-

ziehung als Anliegen der ganzen Gesellschaft, Ausbau der Rehabilitation und Schaffung von Dispensaires für bestimmte Schwerpunktkrankheiten.

Gleichzeitig wurde eine diesem Gedanken der allgemeinen und umfassenden Prophylaxe entsprechende Verantwortungsstruktur geschaffen (bzw. die vorhandenen politischen Strukturen wurden zur Umsetzung dieser Zielstellung genutzt). So gab es eine Aufgabengliederung nach den Ebenen der (Regierungs-)Bezirke, Kreise, Städte und Gemeinden, Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gemeindeschwestern.

Prophylaktische Schwerpunktaufgaben auf Bezirksebene waren:

- „Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, von Epidemien und Massenerkrankungen durchzusetzen,
- Wirkung der Bezirkshygieneinspektion auf dem Gebiet des Umweltschutzes, Schutz vor Lärm, Reinhaltung der Luft und des Wassers,
- Durchsetzung der sozialistischen Gesetzlichkeit auf dem Gebiet der Hygiene und der Arbeitshygiene mit Hilfe der Bezirkshygieneinspektionen und der Inspektion Gesundheitsschutz in den Betrieben.“<sup>14</sup>

In den Kreisen gehörte es zu den Aufgaben der Volksvertretungen, die Aufgaben der medizinischen und sozialen Grundbetreuung zu organisieren und abzusichern: Schaffung gesundheitsfördernden Wohnraums, verbesserte soziale, medizinische und kulturelle Betreuung der Bürger in höherem Lebensalter, Unterstützung kinderreicher Familien, Beseitigung hygienischer Missstände, Reinhaltung von Wasser und Luft, Sanierung des Grundwassers, Beseitigung von hygienischen Unzulänglichkeiten in Kinder- und Jugendeinrichtungen und Schulen, Schutz der Grünanlagen und Landschaft überhaupt, Schaffung besserer Arbeitsbedingungen und Verbesserung des Verkehrsnetzes, Entlastung der Frauen durch Erweiterung des Dienstleistungssektors, Sanierung der Lebensmittelbetriebe und Verkaufsstellen, Schaffung noch besserer Erholungsmöglichkeiten für alle Bürger, umfassende Gesundheitserziehung.<sup>15</sup>

Vorrangige Aufgabe in den Städten und Gemeinden war es, die ambulante medizinische und soziale Betreuung zu verbessern (Ausbau von Arztpraxen und Gemeindeschwesternstationen, von Kinderkrippen, Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung von Reihenuntersuchungen und die

den in das System größerer Betriebe eingebunden, so dass alle Werktätigen, unabhängig von ihrer Betriebsform, erfasst waren.

<sup>14</sup> G. KARSDORF/K.RENKER: Prophylaxe (1977), S. 104.

<sup>15</sup> Vgl. ebd., S. 105–106.

Gestaltung von hygienischen Arbeits- und Lebensbedingungen zu gewährleisten.<sup>16</sup>

### ***Die Aufgaben eines Facharztes für Allgemeinmedizin***

In das unmittelbare Aufgabengebiet des Facharztes für Allgemeinmedizin (insbesondere auf dem Lande) und der Gemeindeschwester, der Fürsorgerinnen und MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Sozialwesens gehörten die Teilnahme an Reihenuntersuchungen, Durchführung von Einstellungsuntersuchungen und Impfaktionen, Mitarbeit im Rahmen des Jugendgesundheits-schutzes und Wahrnehmung von betriebsärztlichen Aufgaben in Kleinst- und Mittelbetrieben des Territoriums.<sup>17</sup> Weiterhin erwuchsen ihm zahlreiche Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung: Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen der Sprechstunde und bei Hausbesuchen, Vorträge in Schulen, Betrieben und Gemeinden, Öffentlichkeitsarbeit in der Tagespresse. Er wurde damals auch als „erster Prophylaktiker“ eines umschriebenen Territoriums bezeichnet, da er die Risikofaktoren eines bestimmten kommunalen, sozialen oder Arbeitsumfeldes am besten kannte. Eine solche Akzentuierung (sowohl der Tätigkeit von AllgemeinärztInnen als auch von ÄrztInnen anderer Fachgruppen) war auch deshalb möglich, da die überwiegende Zahl von ihnen fest angestellt und daher ihre Vergütung unabhängig von der Art der angebotenen und realisierten ärztlichen Leistung war.

### ***Probleme bei der Umsetzung in der DDR***

Die grundlegende Herangehensweise, Prophylaxe und medizinische Betreuung nicht zu einer Ressortangelegenheit zu machen, ist historisch gesehen eine besonders zu würdigende Leistung. Gleichzeitig hat dies in der DDR jedoch dazu geführt, dass sich bestimmte Schwächen und politische Fehlentscheidungen aus anderen Bereichen auch hier widerspiegeln. Bereits 1985 hat NORMAN DANIELS in seinem Buch *Just Health Care*<sup>18</sup> ausführlich begründet, dass Untersuchungen zur Gerechtigkeit im Gesundheitswesen eines Landes bzw. zu seiner Bewertung nicht stillschweigend davon ausgehen können, dass das jeweilige gesamte gesellschaftliche System gerecht ist. D.h., viele auf gesundheitspolitischer Ebene auftretende Ungerechtigkeiten bzw. bestehende

<sup>16</sup> Vgl. ebd., S. 107.

<sup>17</sup> Vgl. ebd., S. 108.

<sup>18</sup> N. DANIELS: *Just Health Care* (1985), S. 113.

Probleme sind letztendlich Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Probleme und Strukturen (und können, so DANIELS weiter, auch nicht allein auf der Ebene des Gesundheitswesens gelöst werden).<sup>19</sup> Diese Überlegung gilt sowohl für das Gesundheitssystem der DDR insgesamt und dessen Versorgungsstrukturen als natürlich auch für die o.g. prophylaktischen Überlegungen und Angebote. Der langjährige Gesundheitsminister der DDR, LUDWIG MECKLINGER, sah in seinen Memoiren einen der entscheidenden Widersprüche in der Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens

„in der deutlichen Diskrepanz zwischen der relativ schnellen und beachtlichen Zunahme des geistig-wissenschaftlichen Potenzials, verkörpert von den Zehntausenden gut ausgebildeten Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, anderen Hochschulberufen, den mittleren medizinischen Berufen und Angehörigen anderer Berufe und den zurückbleibenden materiell-technischen Bedingungen für die Arbeit in den verschiedenen Leistungsbereichen“<sup>20</sup>.

Sowohl hier in den Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch in zahlreichen anderen Betrieben habe die DDR das Niveau der westlichen Länder bei der Bereitstellung moderner Geräte und Hilfsmittel nicht erreicht. Diese Lageeinschätzung durfte und konnte jedoch in der DDR so nicht kommuniziert werden. Sie wurde politisch unterdrückt. MECKLINGER schätzt weiterhin ein, dass dem Gesundheits- und Sozialwesen in keinem Fünfjahresplan oder Jahresplan diejenigen materiellen und finanziellen Fonds zur Verfügung standen, die

„eine einigermaßen befriedigende und planmäßige Kapazitäts- und Leistungsentwicklung im erforderlichen Umfang hätten garantieren können“<sup>21</sup>.

Dies betraf insbesondere dringend notwendige Instandsetzungs- und Renovierungsarbeiten.

Ähnliche Einschätzungen zum Widerspruch zwischen Wollen und Realität finden sich bei ihm zur Umweltsituation, d.h. einem der Kernbereiche des o.g. Verständnisses von Prophylaxe. Insofern ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Politik der DDR insgesamt notwendig und berechtigt (jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags) – gleichwohl bleibt der Versuch, ressort-

<sup>19</sup> Die poliklinische Idee wurde in den unterschiedlichen sozialistischen Ländern im Detail durchaus verschieden umgesetzt und bestimmte positive wie negative Ausprägungen stehen daher sehr häufig im direkten Zusammenhang zu staatlichen Gegebenheiten/Besonderheiten der einzelnen sozialistischen Länder. Deshalb macht es m. E. wenig Sinn, das Modell Poliklinik heute in Deutschland auf Grund früherer Erfahrungen in der Sowjetunion und Ungarn abzulehnen (vgl. die Debatten dazu im Deutschen Ärzteblatt 2003).

<sup>20</sup> L. MECKLINGER: Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik (1998), S. 29.

<sup>21</sup> Ebd., S. 31.

übergreifend, in staatlicher Verantwortung Gesundheitsschutz und Betreuung zu organisieren und zu realisieren, eine historisch positiv zu würdigende Leistung.

Zur medizinischen Prophylaxe im engeren Sinne ist Folgendes zu ergänzen: Ausgangspunkt dieser Entwicklungen war der Befehl Nr. 234 der Sowjetischen Militäradministration vom 9.10.1947. Er ordnete u.a. die Einrichtung von Sanitätsstellen in allen Betrieben mit 200 bis 5000 Beschäftigten an. In Betrieben mit mehr als 5000 Beschäftigten sollten Betriebspolikliniken geschaffen werden. Dieser Befehl verpflichtete die Betriebe gleichzeitig dazu, Räume, Möbel und finanzielle Mittel für den Unterhalt der Sanitätsstellen bzw. Polikliniken bereitzustellen. Die Finanzierung des medizinischen Personals erfolgte über die Sozialversicherung; damit war dieses auch nicht den Entscheidungskompetenzen der Betriebe unterworfen. Auf diese Weise war sowohl die Finanzierung des Aufbaus eines leistungsfähigen Gesundheitswesens im Nachkriegs(ost)deutschland gesichert als auch die unmittelbare Verknüpfung von betrieblichem und gesundheitspolitischem Interesse an prophylaktischen Maßnahmen gegeben. Relativ schnell ließ sich damit ein Ausbau dieser Kategorie des Gesundheitsschutzes realisieren. Die rechtlichen Bestimmungen zum Betriebsgesundheitswesen hatten generelle Gültigkeit für alle Kombinate, Betriebe, Genossenschaften und gesellschaftlichen Organisationen.<sup>22</sup>

Neben der Komponente der arbeitsmedizinischen Betreuung hatte das Betriebsgesundheitswesen auch die Aufgabe der arbeitshygienischen Beratung. Dazu fanden regelmäßige Betriebsbegehungen, Analysen und Veranlassungen zu gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsplätzen (inkl. den entsprechenden Rechtsvorschriften) statt. Behindert wurde diese Zusammenarbeit allerdings durch fehlende finanzielle Mittel und wirtschaftliche Kapazitäten oder das Hinauszögern von überfälligen Entscheidungen durch übergeordnete Organe.

Für bestimmte Richtungen (Schwangerenbetreuung, Betreuung und Beratung von Mutter und Kind, Jugendgesundheitschutz, Betriebsgesundheitswesen, Herz-Kreislauf-Gefährdete und -kranke, Diabetiker, Tuberkulose- und Lungenkranke) wurden spezielle, ärztlich geleitete Einrichtungen geschaffen. Auf Grund der einheitlichen Finanzierung dieser Einrichtungen und der ambulant tätigen ÄrztInnen durch das staatliche Gesundheitswesen standen sie

<sup>22</sup> Davon ausgenommen waren in bestimmten Zeiträumen lediglich Betriebe der SDAG Wismut. Diesem Aspekt kann hier jedoch nicht nachgegangen werden.



nicht in Konkurrenz zueinander, sondern waren medizinisch-fachlich eng verbunden, häufig sogar unter einem Dach. MECKLINGER schätzt dazu ein:

„Diese Kontakte überschritten weit die Grenzen kollegialer Informationsbeziehungen. Sie wuchsen in eine vertrauensvolle konstruktive Zusammenarbeit hinüber, die sich zu einer sauberen, auch rationellen, im Interesse des Bürgers/des Patienten liegenden Arbeitsteilung bekannte und dieser ohne jede Gefahr einer unverzeihlichen Patientenabwerbung einen überzeugenden Sinn verlieh.“<sup>23</sup>

## 2. Eine Perspektive, Beispiel Kuba

„Die wahre Medizin ist nicht die, die heilt, sondern die, die verhütet“, schreibt JOSÉ MARTÍ 1883.<sup>24</sup> Der Satz des kubanischen Nationalhelden, Dichters und Gelehrten ist aktueller denn je zuvor. Wissenschaftlich-technischer Fortschritt, wirtschaftliche und kommerzielle Interessen erweitern die diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten der Medizin so schnell und so gründlich, dass nach den Kriterien der modernen Medizin kaum noch Gesunde anzutreffen sind. Für medizinische Behandlung findet sich immer ein Grund. Medizinische Versorgung ist zu einem attraktiven Wirtschaftssektor mutiert, der auf Wachstum Wert legt. Auf diese Weise ist Medizin derart teuer geworden, dass auch in wirtschaftlich prosperierenden Ländern von wirklich gleichberechtigtem Zugang zu zeitgemäßer medizinischer Versorgung keine Rede sein kann. Mehr als drei Viertel der Weltbevölkerung sind medizinisch unterversorgt oder ohne jegliche medizinische Betreuung. Es fehlen die Mittel, heißt es, um medizinischen Fortschritt so wirksam werden zu lassen, wie humanitäre, demokratische, menschenrechtliche, religiöse, moralische und andere Grundsätze es fordern. Wenn aber die Mittel nicht ausreichen und, wie die Dinge liegen, nicht ausreichen können, um den Fortschritt mit gleichberechtigtem Zugang zu zeitgemäßer medizinischer Versorgung in Übereinstimmung zu bringen, sollte man den Fortschritt überdenken, von dem die Rede ist. Aus humanitären und auch aus wirtschaftlichen Gründen wird mehr Fortschritt bei der Reduzierung von Erkrankungsrisiken gebraucht, nicht nur für eine immer wirksamere und aufwendigere Behandlung manifester Krankheit. Das ist der Kern der Mahnungen von KARL MARX und JOSÉ MARTÍ und die Perspektive einer Medizin, die sich mehr um den Gesundheitszustand der Bevölkerung bemüht, als nur auf kurative Zwänge zu reagieren. Die derzeiti-

<sup>23</sup> L. MECKLINGER: Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik, S. 291–292.

<sup>24</sup> J. MARTÍ: La sangre es buen abono (1883), t. 8, p. 298

gen Gesundheitsausgaben vermitteln einen Eindruck von der Größenordnung des Problems und der Dringlichkeit einer Lösung.

### ***Vergleichende Angaben zu Gesundheitsausgaben***

Weltweit wurden (2010) 5.000 Mrd. EUR für gesundheitliche Versorgung ausgegeben<sup>25</sup>, in Deutschland 294 Mrd.<sup>26</sup> (2011), in den USA 2.000 Mrd. EUR<sup>27</sup> (2010). Allein diese beiden Staaten realisieren 46% der globalen Gesundheitsausgaben. In den USA leben 4,5%, in Deutschland 1,1% der Weltbevölkerung. 5,6% der Weltbevölkerung verfügen über 46% der globalen Gesundheitsausgaben, 95% über die andere Hälfte. Oder, sehen wir die OECD-Staaten: Hier leben 18% der Weltbevölkerung. Sie nutzen 84% der globalen Gesundheitsausgaben.<sup>28</sup> Die Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr (/c&a<sup>29</sup>) liegen in Deutschland bei 3.600 EUR, in den USA bei 6.400 EUR<sup>30</sup>, in Ländern mit niedrigem Einkommen (3 Mrd. Menschen) bei weniger als 300, in armen Ländern (3 Mrd. Menschen) bei weniger als 30. Die reichen Industrieländer mit kaum einer Mrd. Menschen geben durchschnittlich pro Kopf und Jahr zehn- bis hundertmal (USA 20- bis 200-mal) mehr für medizinische Versorgung aus als die ärmeren Länder, in denen insgesamt 6 Mrd. Menschen leben. Auch innerhalb der Staaten, reicher wie armer, gibt es große individuelle Unterschiede im Zugang zu zeitgemäßer medizinischer Versorgung. Das ist die Wirklichkeit einer Welt, die sich auf Demokratie und Menschenrechte beruft. Die Unterschiede spiegeln die wirtschaftliche Leistungskraft sowie sozialpolitische Grundsätze der einzelnen Länder. Dieser Beitrag tritt nicht an, um die wirtschaftliche und politische Weltordnung zu kommentieren, doch die Gesundheitsversorgung ist davon nicht zu trennen. Das Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung wird von wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen, politischen Entscheidungen und staatlichen Regelungen beeinflusst. Auch die Medizin selbst ist Teil des Problems. Ihr einseitig kurativer Fortschritt ist mit Gleichbehandlung nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen. Für soziale Verwerfungen infolge wirtschaftlicher

<sup>25</sup> WHO Spending on Health: A global overview, factsheet April 2012 – USD 6.500 Mrd (2010).

<sup>26</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

<sup>27</sup> CDC Centres for Disease Control and Prevention, FactStats, National Center for Health Statistics – USD 2.600 Mrd. (2010).

<sup>28</sup> Siehe WHO Spending on Health (Anm. 25).

<sup>29</sup> /c&a = /capita et annum.

<sup>30</sup> Entspr. USD 8.400, s. WHO Spending on Health (Anm. 25).

und politischer Umstände ist die Medizin nicht zuständig. Wirken sich diese aber auf die medizinische Versorgung aus, muss sie dagegen vorgehen. Vor allem aber hat sie dafür zu sorgen, dass ihr eigener professioneller Beitrag mit den ethischen Grundsätzen vereinbar ist, die sie vertritt, und dazu gehört das Prinzip der Gleichbehandlung.

Durchschnittliche Gesundheitsausgaben von EUR 6.400/c&a in den USA und weniger als EUR 30 in der Sub-Sahara-Region markieren in ihrer Art gleichermaßen bedrückende Probleme. EUR 30/c&a ist nichts. Doch sind EUR 6.400/c&a nötig? Nehmen wir an, es sei so und Gleichbehandlung weiterhin ein Menschenrecht. Die medizinische Versorgung der Weltbevölkerung würde jährlich EUR 6.400 x 7 Mrd. = EUR 44.800 Mrd. fordern, 70% des gegenwärtigen BIP aller Länder und Staaten.<sup>31</sup> Das globale BIP wird weiter wachsen, doch Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben wie in den USA sind fragwürdig. Sie sind es auch mit Blick auf große Unterschiede in der medizinischen Versorgung der US-Bevölkerung. Möglicherweise muss ordentliche Gesundheitsversorgung nicht so teuer sein, vielleicht ist die Praxis in den USA nur nicht zweckmäßig und nicht als Modell für die globale Gesundheitsversorgung geeignet. Wie viel Geld braucht gute medizinische Betreuung, und woran erkennt man sie?

### ***Woran erkennt man gute medizinische Betreuung?***

Es gibt keine einfache Antwort auf diese Frage. Zur Abschätzung der Leistungsfähigkeit medizinischer Versorgung geben mittlere Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit einen gewissen Anhalt. Aus der Preston-Kurve<sup>32</sup> lässt sich ablesen, dass bis zu einem jährlichen Pro-Kopf-Einkommen von etwa 10.000 USD die Lebenserwartung stark vom Einkommen abhängt, darüber deutlich weniger. Im Verhältnis von Lebenserwartung zu Gesundheitsausgaben gibt es eine enge Korrelation bis ca. 2.000 USD/c&a, bei höheren Ausgaben nimmt die Lebenserwartung nur noch wenig zu. Oberhalb eines jährlichen Pro-Kopf-Einkommens von USD 10.000 oder jährlicher Gesundheitsausgaben von USD 2.000 pro Kopf also hat der Einsatz der Mittel nur noch geringen Einfluss auf Lebenserwartung und Gesundheitszustand. Wozu sind höhere Gesundheitsausgaben dann gut? Werfen wir zunächst einen Blick

<sup>31</sup> CIA – The World Factbook: GDP global (2010) – USD 63.170 Mrd (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>).

<sup>32</sup> S. H. PRESTON: The Changing Relation (1975).

auf überraschende Ausnahmen von der Annahme, USD 2.000/c&a seien für eine gute Gesundheitsversorgung notwendig und ausreichend.

### ***Vergleich Kuba – USA***

SIR MICHAEL MARMOT erwähnt in seiner Harvey Lecture<sup>33</sup>, auch unter Hinweis auf AMARTYA SEN<sup>34</sup>, die gute Gesundheit einiger Bevölkerungen in bescheidenen Verhältnissen ohne nennenswertes Wirtschaftswachstum. Als ein entscheidender Faktor gilt der soziale Zusammenhalt der Gesellschaft. Beispiele sind der indische Bundesstaat Kerala, Costa Rica, Kuba und Sri Lanka. Es ist nachvollziehbar, dass Gesundheit nicht nur von sozio-ökonomischen, sondern auch von sozio-kulturellen Bedingungen abhängt. Letztere drücken auch der medizinischen Versorgung ihren Stempel auf. Das kontrastreichste Staatenpaar in dieser Hinsicht sind die USA und Kuba. Sir Michael bezifferte 2006 die durchschnittliche Kaufkraft (GDP in PPP<sup>35</sup>) in den USA mit USD 37.562, die kubanische mit USD 5.400, das Pro-Kopf-BIP der USA lag 2007 bei USD 44.600, das kubanische bei geschätzten USD 4.000, die mittlere Lebenserwartung in den USA betrug 77,4, in Kuba 77,3 Jahre. Gleiche Lebenserwartung bei einem numerischen Kaufkraftunterschied von 7:1 und einem Pro-Kopf-BIP von 11:1. Weiter noch liegen die Gesundheitsausgaben/c&a (2010) auseinander: USA – EUR 6.400, Kuba – EUR 300. Die mittlere Lebenserwartung beträgt inzwischen 78,9 Jahre in Kuba und 78,7 in den USA. Bei extrem schwieriger Versorgungslage und ca. 5% der Gesundheitsausgaben verglichen mit den USA hatte Kuba 2010 eine ein wenig höhere Lebenserwartung. Das liegt auch an der niedrigeren Säuglingssterblichkeit: 4,5 je 1.000 Lebendgeborene in Kuba, 6,2 in den USA.

Die erstaunlichen Ergebnisse haben mit unterschiedlichen sozialen Klimata in den beiden Staaten zu tun, mit sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen sowie weitreichender Kommerzialisierung und Individualisierung des Gesundheitssektors in den USA. Ausgaben von EUR 6.400/c&a spiegeln vor allem hohe Kosten und individuelle Leistungen wider, nicht die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Das ‚Kubanische Paradox‘<sup>36</sup> basiert auf einem vollkommen anderen Betreuungskonzept und einem anderen Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung. Die

<sup>33</sup> M. MARMOT: Health in an Unequal World (2006).

<sup>34</sup> A. SEN: Development as Freedom (1999).

<sup>35</sup> GDP = Gross Domestic Product, PPP = Purchasing Power Parity; Werte von 2003.

<sup>36</sup> J. M. SPIEGEL/A. YASSI: Lessons from the Margins of Globalization (2004).

Gesundheitsversorgung wird in Kuba aus dem Staatshaushalt finanziert, individuell unterschiedliche finanzielle Möglichkeiten sind vernachlässigbar und ohne nennenswerten Einfluss. Die Versorgung basiert auf einem breit angelegten System familienärztlicher Betreuung, das alle Bevölkerungsgruppen, auch Gesunde, erfasst und den Betreuungsrahmen weiter zieht als herkömmliche Gesundheitssysteme, mit genau geregelten Aufgaben zu medizinischer Prophylaxe und Gesundheitsförderung. FamilienärztInnen sind FachärztInnen für ,Allgemeine Integrative Medizin' mit dreijähriger Facharztweiterbildung. Die Facharztweiterbildung in Allgemeiner Integrativer Medizin ist auch Voraussetzung für jede andere Facharztweiterbildung. Damit liegt allen Fachrichtungen ein gemeinsames integratives Konzept zugrunde. Die Ergebnisse sind eindrucksvoll, die Modalitäten logisch und scheinbar einfach. Tatsächlich bedurfte es Jahrzehnte zielstrebigem Arbeit, um das System herauszubilden, nicht ohne Mühe und Rückschläge.

In Deutschland wurde 1989/90 entschieden, ostdeutsche Erfahrungen mit einem Gesundheitswesen zu verwerfen, das dem kubanischen ähnlicher war als dem der ehemaligen und der jetzigen BRD. Eine Nationale Gesundheitskonferenz des Ministeriums für Gesundheits- und Sozialwesen der DDR hatte noch im September 1989 strategische Schwerpunkte für die Arbeit im Gesundheitssektor abgesteckt.<sup>37</sup> Sie bezogen sich auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, auf vorbeugenden Gesundheitsschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, den Ausbau von medizinischer Grundbetreuung und hausärztlicher Versorgung sowie auf das Verhältnis von Integration und Differenzierung in der Medizin. Als entscheidend für die Verwirklichung der Strategie galt die Rolle der FachärztInnen für Allgemeinmedizin, für Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Pädiatrie in hausärztlicher Tätigkeit.

### ***Nochmals DDR: Das System der Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin***

Eine dreijährige Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin gab es in der DDR seit 1961, eine fünfjährige seit 1965. Neben einem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Akademie für Ärztliche Fortbildung hatten Medizinische Fakultäten und Akademien Institute und Lehrstühle für Allgemeinmedizin. 1989 waren etwa 50% aller ÄrztInnen hausärztlich tätig. Allen gesundheits-

<sup>37</sup> Nationale Gesundheitskonferenz: Referat des Ministers für Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, 1989.

politischen Maßnahmen lag eine strategische Orientierung zugrunde. Die Mittel für die Realisierung waren knapp. 1989 standen dem Gesundheitswesen der DDR 5% des BIP zur Verfügung, 1.000 Mark der DDR pro Person, was nicht ausreichte. In der ehemaligen BRD waren es 8% des BIP, 3.000 DM pro Person. Inzwischen sind 3.600 EUR/c&a zu wenig und müssen durch Zahlungen gestützt werden bei Beiträgen von 15,5% des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten. Das System ist hochgradig kommerzialisiert und bürokratisiert. Auf kurativem Gebiet werden Spitzenleistungen erreicht, doch Entsolidarisierung und soziale Differenzierung nehmen zu. Von einer Drei-Klassen-Medizin ist die Rede. Es liegt diesem Beitrag fern, unpassende Vergleiche zu bemühen, weder mit Verhältnissen noch mit Denk- und Arbeitsweisen in der DDR, in Kuba oder den USA. Dennoch könnte es hilfreich sein, aus Kontrasten zwischen sehr unterschiedlichen Modellen Überlegungen zu notwendigen Veränderungen in Theorie und Praxis des gegenwärtigen deutschen Gesundheitswesens abzuleiten. Dazu bieten sich folgende Ansätze:

### ***Strategische Ansätze***

- Ein leistungsfähiges und sozial verantwortlich handelndes Gesundheitswesen setzt *gesundheitspolitische Grundsätze und eine Strategie* zu seiner Verwirklichung voraus. Gesundheitssysteme, die nur auf manifeste Krankheit reagieren, laufen finanziell umso schneller aus dem Ruder, je größer der kurative Fortschritt ist und je besser daran verdient wird. Wenn vor allem kurativer Aufwand belohnt und zugleich Gleichbehandlung angestrebt wird, kann Überforderung materieller und finanzieller Ressourcen nicht ausbleiben, gleich ob es sich um gemeinschaftliche, staatliche oder private Mittel handelt. Gleichbehandlung aber ist eine Maxime der Medizin und auch eine Frage der Wahrhaftigkeit des Bekenntnisses von Gesellschaft und Politik zu Demokratie und Menschenrechten. ÄrztInnen, denen diese Zusammenhänge bewusst sind, werden sich der eigenen Maxime wegen und auch wegen jener Wahrhaftigkeit *für politische Grundsätze engagieren*, die den Gesundheitssektor vor kommerziellen und vordergründigen politischen Übergriffen bewahren und gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen sichern helfen.
- Verständigung auf gesundheitspolitische Grundsätze und strategisches Vorgehen erfordert eine *strategische Zielsetzung*. Es gibt keine Alternative zum strategischen Ziel einer systematischen *Senkung des Erkrankungsrisikos*. Dabei versteht es sich von selbst, dass die Medizin weiterhin

primär auf manifeste Krankheit reagieren wird. Auch weiterer kurativer Fortschritt ist unverzichtbar. Strategische Aufgabe aber muss es sein, den Bedarf an aufwendigen kurativen Maßnahmen zu senken. Das fordert eine *auf pro-aktives Denken und Handeln gegründete Gesundheits-orientierte Medizin*. Notwendiges Umdenken dafür wird die schwierigste Aufgabe sein. ÄrztInnen werden z.Z. vor allem dafür ausgebildet, auf Krankheit zu reagieren. Prävention und Prophylaxe sind in spezielle Fachgebiete ausgelagert, die nicht als besonders heroisch gelten. Die Aufgabe einer Senkung des Erkrankungsrisikos aber geht die ganze Medizin an, setzt Verständigung über Ziele, Verantwortung, Denk- und Arbeitsweise über alle Fachgebiete hinweg voraus. Sie darf auch nicht nur der Eigenverantwortung oder staatlicher Obhut zugeordnet oder kommerziellen Interessen überlassen werden. Die Medizin ist die professionelle Autorität in Gesundheitsfragen und hat dieser Rolle gerecht zu werden, auch intersektoriell. Für Prävention und Prophylaxe wenig mehr als 4% der Gesundheitskosten anzusetzen (wovon tatsächlich kaum 3,5% für Gesundheitsschutz und -förderung wirksam werden) spiegelt eine ernste strategische Schwäche wider. Vor allem aber muss es darum gehen, Gesundheitsschutz und -förderung in Aufgabenspektrum und Denken der ÄrztInnen aller Fachrichtungen zu verankern und Voraussetzungen für praktisches Handeln zu schaffen. Zur Zeit fehlt es an Aufmerksamkeit für die Aufgabe, an Zeit für Gespräche, Bereitschaft und Fähigkeit zu integrativem Denken und Handeln, Kommunikationsfähigkeit und Kenntnissen. ÄrztInnen sollten über Gesundheitsdeterminanten ebenso gut Bescheid wissen wie über Ursachen, Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Das setzt Änderungen in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus und fordert auch finanzielle Hebel. ,Geld für Zeit!‘ hat es ein Praktiker vor einiger Zeit auf den Punkt gebracht.

- Die wichtigste strukturelle Voraussetzung eines leistungsfähigen, strategisch auf Gesundheitsschutz und -förderung orientierten Gesundheitswesens ist eine breite allgemeinmedizinische Basis mit gut ausgebildeten *FachärztInnen für Allgemeinmedizin* in hausärztlicher Tätigkeit und engem Kontakt zur Bevölkerung. Die Allgemeinmedizin ist das Fundament jedes leistungsfähigen, elementaren Bedürfnisses der Bevölkerung verpflichteten Gesundheitssystems. Sie ist die medizinische Mutterdisziplin, verdient und braucht Anerkennung und Förderung zur Erfüllung ihrer strategischen Aufgaben. Gesundheitsorientierung als strategisches Prinzip

muss im Aufgabenspektrum aller medizinischen Fachrichtungen fest verankert sein, in erster Linie in Allgemeinmedizin, Allgemeiner Innerer und Allgemeiner Pädiatrie. Gleiches gilt für intersektorale Querschnittsaufgaben, gesellschaftlichen und politischen Einsatz für Gesundheitsschutz und -förderung.

- Eine gesundheitsorientierte Strategie ist nicht nur notwendig, sie ist auch erfolgversprechend. Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten und auch weniger wohlhabender Länder sind zunehmend durch *chronische nicht übertragbare Krankheiten* belastet. In den Industriestaaten sterben mehr als 80% aller Menschen vorzeitig an den Folgen von Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten, bösartigen Tumoren und Stoffwechselkrankheiten. Viele Menschen leiden dauerhaft an allergischen, chronisch-entzündlichen, chronisch-degenerativen, psychischen Erkrankungen. Es ist nicht zu verstehen, dass die moderne Medizin angesichts einer Pandemie chronischer Krankheiten nichts Besseres zu tun weiß, als sich einfallreich und aufwendig auf Folgeschäden zu konzentrieren. Das lindert Beschwerden und erhöht die Lebenserwartung, Heilung aber wird selten erreicht. Chronisch Kranke bleiben in der Regel für den Rest ihres Lebens behandlungsbedürftig. In der kausalen Bekämpfung chronischer Krankheiten ist die moderne Medizin alles andere als erfolgreich, ihre Stärken sind die Akut- und die Reparaturmedizin. Ein gewaltiges Präventionspotential chronischer Krankheiten bleibt nahezu ungenutzt. Dabei erinnert die Lage an die Herausforderung durch Infektionskrankheiten bis Mitte des 20. Jahrhunderts. Selbst in der ‚Übertragbarkeit‘ gibt es Analogien. Chronische Krankheiten werden nicht durch biologische Agenzien übertragen, wohl aber durch krankmachende Verhaltensweisen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sich in der Gesellschaft ausbreiten. Das soziologische Konzept der Meme<sup>38</sup> bietet einen interessanten Denkansatz für offensive Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Replikation gesundheitsschädigender Verhaltensweisen. Die öffentliche Gesundheitsversorgung sollte die bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten gesammelten strategischen Erfahrungen für die Auseinandersetzung mit der Pandemie chronischer Krankheiten nutzen.
- Die öffentliche Gesundheitsversorgung dient im Prinzip der gesamten Bevölkerung, mit Maßnahmen zu Gesundheitsschutz und -förderung, Seuchenschutz, Wasser-, Luft-, Umwelthygiene usw., weitgehend in

<sup>38</sup> R. DAWKINS: *The Selfish Gene* (1976); S. BLACKMORE: *The Meme Machine* (1999).



staatlicher Aufsicht und von der öffentlichen Hand finanziert. Mit der Beherrschung der Infektionskrankheiten hat sich die öffentliche Gesundheitsversorgung große Verdienste erworben. Seitdem steht im gesamtdeutschen Gesundheitswesen die individuelle medizinische Versorgung wieder im Vordergrund. Die Pandemie chronischer Krankheiten muss Anlass sein, das Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung neu zu bestimmen. Dabei verdient ein Umstand Beachtung, der bei den Infektionskrankheiten weniger ins Gewicht fällt. Spezifische Erreger verhelfen den Infektionskrankheiten zu einer Uniformität, die eine gewisse Schematisierung von Prävention und Behandlung erlaubt. Chronische Krankheiten entstehen auf der Grundlage komplexer und sehr individueller bio-psycho-sozialer Bedingungen. Eine Reduzierung des Erkrankungsrisikos setzt gute Kenntnis individueller und sozialer Ursachegefüge voraus, wozu personalisiertes Vorgehen unerlässlich ist. Für Schematisierung und Standardlösungen ist hier wenig Raum. Öffentliche Maßnahmen, wie allgemeine Empfehlungen zu Ernährung, Umgang mit Genussmitteln, physischer Aktivität, psychischer Gesundheit, Freizeitverhalten, Bemühungen um Einfluss auf Nahrungsmittelherstellung, Arbeitsbedingungen, Gesundheitserziehung usw. bleiben unverzichtbar, reichen aber für die notwendige Senkung des Erkrankungsrisikos nicht aus. Statistisch-normatives Denken führt nicht zum Ziel. Die Eindämmung der Pandemie chronischer Krankheiten fordert eine *Personalisierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung*. Einen wichtigen Ansatz dafür bietet das *Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten*.<sup>39</sup> Es konzentriert sich auf den weitreichenden Einfluss sozialer Bedingungen auf den Gesundheitszustand, darin eingeschlossen das individuelle Gesundheitsverhalten in eigener Verantwortung. Das Konzept scheint geeignet, im Rahmen der medizinischen Grundversorgung einen wichtigen Beitrag zur Beherrschung der Pandemie chronischer Krankheiten leisten zu können.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> R. G. WILKINSON: *Unhealthy Societies* (1996), dt.: *Kranke Gesellschaften* (2001); R. G. WILKINSON/M. MARMOT: *The Solid Facts* (2003); WHO, Commission of Social Determinants of Health: *Final Report* (2008).

<sup>40</sup> R. M. FERNÁNDEZ/K. THIELMANN/M. B. BORMEY QUIÑONES: *Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar* (2012).

**Zusammenfassung**

SCHUBERT-LEHNHARDT, VIOLA/THIELMANN, KLAUS: **„Das Einfache, das so schwer zu machen ist“: gute Allgemeinmedizin. Zum Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung.** ETHICA 22 (2014) 2, 163–181

Das Ergänzungs- und zugleich Konkurrenzverhältnis zwischen kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung ist in der heutigen Zeit zunehmend problematisch. Konkurriert wird um letztendlich begrenzte Ressourcen. Aus ethischer Sicht ist daher im Einzelfall stets nach den Prioritäten zu fragen: Unter welchen Bedingungen lässt es sich rechtfertigen, medizinisch mögliche Hilfe zu versagen, wenn der Betroffene schuldhaft versäumt hat, dem Schaden vorzubeugen, und unter welchen Bedingungen ist es gerechtfertigt, eine unbestimmte Menge von Personen präventiven Zwangsmaßnahmen zu unterwerfen? Prima facie scheint der Zwang unproblematisch zu sein, wenn er im Interesse aller Betroffenen liegt. Eine Gesellschaft, die sich Institutionen schafft und erhält, tut das nach dem Willen ihrer gleichberechtigten Bürger.

Die Autoren beschreiben zunächst die Umsetzung dieser Ideen in der DDR, erläutern deren Scheitern auf Grund nicht-medizinischer Einflüsse im damaligen gesellschaftlichen System und prüfen dann an Hand der Situation im heutigen Kuba, inwieweit die Idee, sowohl die Allgemeinmediziner als auch andere gesellschaftliche Kräfte zum Träger von Präventionsaktivitäten zu machen, heute unter anderen gesellschaftlichen Verhältnissen umsetzbar wäre.

Aufgaben des Allgemeinmediziners  
Gesundheitspolitik  
Medizinische Prophylaxe  
Verantwortung für Gesundheit  
Verantwortungsbereiche der Gesellschaft

**Summary**

SCHUBERT-LEHNHARDT, VIOLA/THIELMANN, KLAUS: **“The easy thing that is so hard to do”: fine general medicine. The relation between public and individual health care.** ETHICA 22 (2014) 2, 163–181

Both the complementary and the competitive relationship between curative and preventive health care is becoming increasingly problematical. The competition regards the limited resources. Thus, from an ethical point of view it is always the priorities that have to be considered in a given case: When can it be justified that potential medical help is denied because the person affected culpably failed to prevent damage? And under what circumstances is it justifiable to subject an uncertain number of people to preventive compulsory measures? At first sight compulsion seems to be unproblematical if it is in the interest of all those affected. A society which creates and keeps institutions does so because it is intended by its equally valid members.

First of all, the authors describe the implementation of these ideas in the former GDR, explain their failure because of non-medical influences in the social system of those days and, by taking modern Cuba as an example, finally consider in how far it were possible, today and under other social conditions, to make general practitioners or other social forces to provide for preventive activities.

General practitioner /field of duty  
healthcare policy  
medical prevention  
responsibility for health  
social range of responsibilities

## Literatur

- BLACKMORE, S.: *The Meme Machine*. Oxford University Press, 1999.
- DANIELS, NORMAN: *Just Health Care*. Cambridge University Press, 1985.
- DAWKINS, RICHARD: *The Selfish Gene*. Oxford University Press, 1976.
- EWERT, G.: *Betreuungsorientierte Prophylaxe*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit VEB, 1987.
- Fernández, R.M./Thielmann, K./Bormey Quiñones, M.B.: Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Kubana de Salud Pública* 38 (2012) 3, 484–490.
- FISCHER, E./ROHLAND, L./TUTZKE, D.: *Für das Wohl des Menschen. 30 Jahre Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik*, 2 Bde. Berlin: Verlag Volk u. Gesundheit VEB, 1979.
- KARSDORF, GERHARD/RENKER, KARLHEINZ: *Prophylaxe*. Berlin: Verlag Volk u. Gesundheit VEB, 1977.
- MARMOT, M.: *Health in an Unequal World: The Harveian Lecture*, Royal College of Physicians. London, 2006.
- MARTÍ, JOSÉ: *La sangre es buen abono*. Nueva York: La América, 1883.
- MARX, KARL: *Debatten über die Pressefreiheit*. Marx Engels Werke (MEW), Bd. 1. Berlin: Dietz, 1974.
- MECKLINGER, L.: *Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen*. Berlin: IG Medizin und Gesellschaft, 1998.
- PRESTON, S. H.: The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies* 29 (1975) 2, 231–248.
- PROKOP, S.: *Der versäumte Paradigmenwechsel*. Schkeuditzer Buchverlag, 2008.
- SCHLEIERMACHER, SABINE: *Prävention und Prophylaxe. Sozialmedizinische Leitideen in BRD und DDR* in: Alfons Paul Labisch/Norbert Paul (Hrsg.): *Historizität. Erfahrung, Handeln – Geschichte und Medizin*. Stuttgart: Steiner, 2004, S. 171–177.
- SCHUBERT-LEHNHARDT, VIOLA/GIBAS, CH./MÖBEST, B.: *Gesundheit im Spannungsverhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung*. *ETHICA* 6 (1998) 2, 115–139.
- SEN, AMARTYA: *Development as Freedom*. Oxford University Press, 1999.
- SPIEGEL, J.M./YASSI, A.: *Lessons from the Margins of Globalization: Appreciating the Kuban Health Paradox*. *J. Public Health Policy* 25 (2004) 1, 85–110.
- THIELMANN, KLAUS: *In der Praxis kam Geld nicht vor; zur Rolle des Geldes im Gesundheitswesen der DDR*. *VDÄÄ-Rundbrief* 25 (2010) 3, 19–20.
- WHO, Commission of Social Determinants of Health. *Final Report: Closing the Gap in a Generation, Health Equity through Action on Social Determinants of Health*. Genf, 2008.
- WILKINSON, RICHARD G.: *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien u. a.: Springer, 2001 (Original: *Unhealthy Societies*. Routledge, 1996).
- WILKINSON, R.G./MARMOT, MICHAEL (Hrsg.): *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. Kopenhagen: WHO, 2. Aufl. 2003.

Dr. Viola Schubert-Lehnhardt, Albert-Einstein-Str. 14, D-06122 Halle  
gs-halle@rosaluxsa.de

Dr. Klaus Thielmann, Wartburgstr. 49, D-99094 Erfurt  
thielmann@qu14.eu