

<sup>8</sup> WHO: Constitution of the World Health Organization, 22. July 1946, S. 100.

<sup>9</sup> Vgl. Rothschuh 1972, S. 417.

<sup>10</sup> Deutsches Ärzteblatt 1997; 94: A 2354–2363 [Heft 37].

<sup>11</sup> Vgl. Rothschuh 1972, S. 417.

<sup>12</sup> Bundesärztekammer: Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Beschlossen vom 97. Deutschen Ärztetag 1996 in Köln. Köln 1996, S. 11.

<sup>13</sup> Gadamer 1993, S. 200.

<sup>14</sup> Toellner, Richard: Der Patient als Entscheidungssubjekt. In: Toellner, Richard / Sadegh-zadeh, Kazem (Hg.): Anamnese, Diagnose und Therapie. Tecklenburg 1983 (=Münstersche Beiträge zur Geschichte und Theorie der Medizin Nr. 20), S. 237 f.

---

## Definition des Gesundheitsbegriffs aus der Sicht der Krankenkassen

Gert Nachtigal

Das Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung an einer weiterentwickelten Diskussion um die Begriffsbestimmung von „Gesundheit“ und „Krankheit“ ergibt sich aus ihrem in § 1 des Sozialgesetzbuches V festgelegten Grundauftrag: Die Krankenversicherung hat als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sollen gesundheitsbewusst leben, sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich und zur aktiven Mitwirkung bei Vorsorgemaßnahmen, Krankenbehandlung und Rehabilitation verpflichtet. Die Krankenkassen haben den Versicherten durch Aufklärung und Beratung dabei zu helfen.

Als Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung hat die GKV darüber hinaus den Auftrag, im Rahmen der Bundesausschüsse – künftig des Gemeinsamen Bundesausschusses – mit den Ärzten und Zahnärzten zu konkretisieren, welche medizinische Versorgung notwendig, ausreichend, zweckmäßig und bedarfsgerecht ist. Auch in diesem Zusammenhang ist es häufig erforderlich, krankhafte und gleichzeitig behandlungsbedürftige Zustände von nicht versorgungsbedürftigen Varianten des Gesundheitszustandes abzugrenzen.

Es stellt sich nun die Frage, welcher Gesundheitsbegriff der Erfüllung dieser gesetzlichen Aufträge zugrunde gelegt werden soll. Den wohl bekanntesten Versuch Gesundheit

zu definieren, hat die WHO unternommen. In ihrer weiten Begriffsdefinition von Gesundheit sollen auch die Lebensverhältnisse (Arbeit, Wohnung, Ernährung, Bildung, etc.) in ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Menschen beachtet werden und jede Belastung oder Bedrohung des physischen, psychischen und des sozialen Wohlbefindens der Menschen als mit Gesundheit nicht vereinbar angesehen werden. Diese Definition markiert eher einen Horizont des Wünschenswerten bzw. eine gesellschaftliche Utopie, die im Alltag des Gesundheitswesens wenig weiterhilft. Das Gegenteil ist der Fall: Die Realitätsferne erschwert jede Diskussion über den Gesundheitsbegriff.

Hier eignet sich eher eine vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen herangezogene Definition von Gesundheit, die auf eine altersgemäße biologische Norm, Funktionalität und Belastbarkeit abhebt. Diese Begriffsorientierung ist besser mit der im Sozialgesetzbuch vorgegebenen Aufgabenbeschreibung der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang zu bringen.

Das Sozialgesetzbuch selbst gibt keine – und erst recht keine für operative Aufgaben geeignete – Definition von Gesundheit oder Krankheit. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass beides abstrakte Begriffe sind, die konzeptionell kulturellen, gesellschaftlichen, wissenschaftlichen, ökonomischen und politischen Einflüssen unterliegen und darüber hinaus in der Perspektive des Individuums durch erhebliche Subjektivität geprägt sind.

Was der eine als ein lästiges, aber tolerables Symptom oder als eine normal empfundene Befindlichkeitsstörung empfindet, führt beim anderen zu einem erheblichen Krankheitsgefühl, zu Arbeitsunfähigkeit und weiteren Einschränkungen der Alltagsfähigkeit und nicht zuletzt zur Inanspruchnahme professioneller medizinischer Angebote. Weder Gesundheit noch Krankheit sind einfach aus der menschlichen Natur heraus ablesbar.

Dennoch brauchen die Vertreter der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die Ärzte und weitere Leistungserbringer sowie Gesundheitspolitiker Kriterien für die Definition von Gesundheit und Krankheit, um das Gesundheits- und Sozialwesen steuern und bezahlbar erhalten zu können. Diese Kriterien sind wichtig für eine zielgerichtete Ausrichtung und bedarfsgerechte Zukunftsgestaltung des Gesundheitswesens, und sie sind notwendig als Referenz für Einzelfall- und Grundsatzentscheidungen.

Die Kriterien müssen in gemeinsamen Diskussionen expliziter herausgearbeitet werden als es bisher geschehen ist. Die zu beobachtende umfassende Medikalisierung des Lebens wird zu einer zentralen Bedrohung für die auf dem Solidarprinzip beruhende gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Diesen Überlegungen liegt ein zentraler Widerspruch zu Grunde, der viele Fragen aufwirft: Einerseits nimmt nach der jüngst vom Statistischen Bundesamt vorgelegten 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung die Lebenserwartung in Deutschland immer weiter zu. Danach werden Frauen im Durchschnitt fast 81, Männer fast 75 Jahre alt. Außerdem zeigen Kohortenvergleiche in der gerontologischen Forschung auch für Deutschland, dass die Älteren von heute gesünder und rüstiger sind als frühere Generationen, was für die bekannte These von Fries zur Möglichkeit der „Kompression der Morbidität“ im Lebensverlauf spricht. Auf der anderen Seite jedoch scheint die deutsche Bevölkerung immer kränker zu werden.

Wenn man die Seriosität der Prävalenzangaben voraussetzt, legt die Auflistung von Besorgnis erregenden Botschaften wie sie die Medien verbreiten durch bloße Addition der Zahlen den Schluss nahe, dass wir ein Volk gesundheitlich schwer belasteter Multimorbider sind.

Die „Abschaffung der Gesundheit“, wie ein Artikel im Spiegel zu diesem Thema betitelt war, vollzieht sich aber

nicht nur über eine inflationäre Diagnosenstellung bekannter Krankheiten, sondern auch über die Beschreibung neuer Krankheitsbilder, für deren Behandlung fast ausnahmslos auch immer bereits Medikamente oder andere Therapien verfügbar sind. In diesem Sinne brandmarkt das angesehene *British Medical Journal* das Vorgehen einzelner pharmazeutischer Unternehmen, die den gigantischen Verkaufserfolg von Viagra bei männlicher Impotenz bei Frauen gerne wiederholen möchten, und daher quasi zur Marktvorbereitung die Krankheit „weibliche sexuelle Dysfunktion“ erfunden haben, indem entsprechende Studien bei kooperationsbereiten Wissenschaftlern in Auftrag gegeben wurden. Zwei eng mit der Industrie verbundene Forscher stellten entsprechend in einem im *Journal of the American Medical Association* erschienenen Artikel Ergebnisse vor, nach denen 43 Prozent aller Amerikanerinnen zwischen 18 und 59 Jahren an einer sexuellen Funktionsstörung leiden. Für Deutschland hat der Gesetzgeber mit dem im September 2003 verabschiedeten Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum Glück gewisse Grenzen gezogen.

Ein weiteres Beispiel für die interessengeleitete Medikalisierung ist der Versuch von Teilen der Industrie, über den verlängerten Arm von Meinungsbildnern auf die Gestaltung medizinischer Leitlinien Einfluss zu nehmen. Zum Beispiel führt die Absenkung von Grenzwerten medizinischer Messgrößen, die eine Risiko- oder Interventionsschwelle markieren, zur Zunahme behandlungsbedürftiger Patienten. Eine Schätzung geht davon aus, dass alleine durch die Heraufsetzung der Mindestkonzentration für HDL als sogenanntes „gutes“ Cholesterin von 35 auf 40 Milligramm pro Deziliter in den amerikanischen Cholesterinleitlinien im Jahr 2001 bei korrekter Umsetzung die Zahl der mit Cholesterinsenker medikamentös zu behandelnden Menschen in den USA von 13 auf 36 Millionen steigen müsste.

Leider vollzieht sich Medikalisierung über die gezielte Pathologisierung von Normvarianten auch zunehmend in den Lebensabschnitten von Kindheit und Jugend. Was früher der „Zappelphilipp“ war, ist heute das mit Psychopharmaka zu behandelnde Kind mit Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivitäts-Syndrom. Auch die Indikationen für die krankengymnastische, ergotherapeutische oder logopädische Behandlung von motorischen Entwicklungsverzögerungen oder geringfügigen Sprechstörungen, die früher als Normvarianten angesehen wurden, werden zunehmend großzügiger gestellt.

Auch der demographische Wandel hin zu einer „ergrauenden“ Gesellschaft macht es zunehmend erforderlich, für die medizinische Versorgung klarere Grenzen zwischen physiologischen Alterserscheinungen und krankhaften, behandlungsbedürftigen Prozessen zu ziehen. Eine entsprechende Beispielfrage wäre, wann die Abnahme der Knochendichte noch altersentsprechend ist und wann eine Osteoporose medikamentös behandelt werden muss. Eine andere wäre, bis wohin Gelenkverschleiß als natürliche Alterserscheinung anzusehen ist und ab wo medizinischer Interventionsbedarf besteht.

Ein besonders kritischer Aspekt der Medikalisierung aus Sicht der Krankenkassen stellen das Screening über die gesamte Bevölkerung und Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen der Prävention dar. Selbst wenn, wie beim PSA-Screening auf Prostatakrebs, hochwertige Evidenz für den Nutzen fehlt, und dies in der neuen Leitlinie der urologischen Fachgesellschaft sogar zugestanden wird, wird diese Leistung bereits als IGeL-Leistung in den Praxen breit vermarktet und ihre Einführung als GKV-Leistung zum Gegenstand gesundheitspolitischer Initiativen, etwa im Bundesrat, gemacht. Der medizinische Nutzen von Screenings kann gar nicht sorgsam genug geprüft werden. Denn es ist, ganz abgesehen von der Problematik der vom Test

fälschlich erkannten Gesunden oder nicht erkannten Kranken, ethisch und vor allem auch ökonomisch unverantwortlich Menschen auf Basis von positiven Testergebnissen zu Patienten zu machen und sie teilweise sehr nebenwirkungsreichen und riskanten Behandlungen zu unterziehen, wenn am Ende durch Früherkennung kein klarer Zuwachs an Lebenszeit und Lebensqualität im Vergleich zu nicht gescreenten Bevölkerungsgruppen nachgewiesen werden kann. Hier ist ein gefährlicher Mechanismus symptomlose Menschen ohne wirklichen Nutzen von Gesunden zu Kranken zu machen. Dass auch die Propagierung von Screenings fast ausnahmslos interessengeleitet stattfindet, bedarf nicht der expliziten Erwähnung.

Schließlich, um den Themenkreis der Medikalisierung zu verlassen, soll in Zusammenhang mit dem zuvor Gesagten auf eine große Zukunftssorge der GKV hingewiesen werden. Es muss befürchtet werden, dass durch unkritische Anwendung der zunehmend verfügbaren Gentests – schlimmstenfalls als Screening-Maßnahmen – ein Medikalierungs-Schub ungekannten Ausmaßes ausgelöst wird, an dessen Ende ein Heer von „kranken Gesunden“ oder anders gewendet, „gesunden Kranken“ stehen wird, ohne dass die Medizin bereits evidenzbasierte Konzepte zur entsprechenden Krankheitsverhütung entwickelt hat. Dennoch werden Menschen, die als identifizierte Träger genetisch bedingter Erkrankungsrisiken verunsichert sind, selbst bei Erkrankungen, die erst im Alter auftreten werden und zudem nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, sich vielfach unter medizinische Beobachtung stellen und vorbeugende Leistungen in Anspruch nehmen wollen – auch wenn für deren Nutzen im Einzelnen die notwendigen Nachweise fehlen.

Die beschriebenen Mechanismen verdeutlichen, wie durch Medikalisierung Menschen in die Abhängigkeit des medizinischen Versorgungssystems und letztlich des Ge-

sundheitsmarktes gebracht werden können. Dieser Markt kennt laut den Worten des Gesundheitsökonomen Wasem anders als andere Märkte keine natürlichen Sättigungsgrenzen und bedarf aus diesem und weiteren Gründen einer stärkeren Regulierung – jedenfalls dort, wo der Beitragszahler dafür aufkommt.

Das aktuelle Kundenmagazin des Finanzdienstleisters MLP enthält einen Artikel zur Zukunft der Medizin. Betitelt ist er mit „Megatrend Gesundheit“ und zitiert den Konjunkturforscher Nefiodow, der die Gesundheitsbranche als Wachstumsbranche par excellence sieht. Er ist der Überzeugung, dass bereits in naher Zukunft der „Mensch mit seinen biologischen, seelischen und sozialen Bedürfnissen und Potenzialen ins Zentrum des Wirtschaftsgeschehens“ rücken wird und so der Gesundheitsmarkt zum entscheidenden Motor für die Industriestaaten werden wird. Daher ist es wichtig sich mit der Definition von Gesundheit und Krankheit auseinander zu setzen und damit zusammenhängend auch mit dem Selbstverständnis und dem Auftrag der Medizin.

Denn neben dem zu entsprechender Nachfrage führenden Menschheitstraum von ewiger Schönheit und Jugend schaffen Medizin und Gesundheitsbranche zunehmend Angebote, die auf das perfekte und möglichst lange währende menschliche Leben zielen. Vom Fortschritt getragen leistet die Medizin ihre Beiträge zum „Enhancement“, also zur Optimierung der Natur, wie es der Medizinethiker Lanzerath bezeichnet. Längst geht es um mehr als Heilung und Linderung, es geht auch um Optimierung und Perfektion. Schlagwortartig seien hier der Anti-Aging-Kult, die medikamentöse Prävention mit Hormonen, die Schönheitschirurgie und die Entwicklung von Lifestyle-Medikamenten genannt.

Was kann nun getan werden, um in einer Koalition der Vernunft die gesetzliche Krankenversicherung, die das medizinisch Notwendige absichern soll, zukunftsfest zu machen

und vor Leistungsansprüchen zu schützen, die aus einem zu weit gefassten Verständnis von Gesundheit resultieren?

Zwei Gedanken bzw. mögliche Ansätze hierzu: Erstens wird eine Konzeption von Gesundheit benötigt, welche Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit begreift. Ein entsprechendes Konzept stellt die von Antonovsky entwickelte Salutogenese dar, die versucht, die gesundheitsfördernden Potenziale des Menschen bzw. Patienten zu stimulieren – selbst in schwerer Krankheit.

Der AOK-Bundesverband kooperiert daher seit November 2002 mit den Universitätskliniken von Witten-Herdecke und Göttingen im Rahmen des Projekts „Gesundheitsfördernde Praxen“. Über die Arbeit in Qualitätszirkeln von Hausärzten, Therapeuten und Patientenvertretern und der Besprechung von realen, videodokumentierten Sprechstundengesprächen soll die salutogenetische Kommunikationskompetenz der Ärzte und Therapeuten weiterentwickelt werden. Bei Patienten mit Diabetes und Asthma sollen hierdurch die Selbsthilfepotenziale und die Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung gestärkt werden. Im Unterschied zur herkömmlichen Medizin ist das Motto der Salutogenese nicht „den Ertrinkenden retten“, sondern es lautet „zum Schwimmen befähigen“.

Außerdem haben sich – auf einer ganz anderen Ebene – die Spitzenverbände der Krankenkassen bei den Verhandlungen zum neuen einheitlichen Vergütungsmaßstab EBM für eine adäquate Honorierung zeitintensiver Gesprächsleistungen bei Hausärzten eingesetzt. So sollte es die Möglichkeit geben, in gewissen Abständen ein hausärztliches Gesundheitsgespräch abrechnen zu können, welches insbesondere bei chronisch Kranken auf Krankheitsbewältigung sowie Sekundär- und Tertiärprävention zielt.

Ein zweiter Grundansatz liegt in der Umorientierung des Verständnisses von Krankheit, welches damit auch indirekt auf den Gesundheitsbegriff zielt: Die WHO hat früh-

zeitig erkannt, dass das im Medizinbetrieb vorherrschende, auf *Krankheitsursachen* abhebende diagnosebezogene Krankheitsmodell mit dem zugehörigen Klassifikationssystem der ICDs dringend einer Ergänzung bedurfte. Diese Ergänzung stellt das auf *Krankheitsfolgen* zielende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell dar, welches mittels der ICF-Systematik (früher International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)) beschreibt, welche Auswirkungen Krankheitsprozesse für den Patienten auf die Alltagsbewältigung und die Teilnahme am sozialen Leben haben. Im Focus steht also nicht beispielsweise die Diagnose Schlaganfall, sondern die Frage, wie evtl. Lähmungen oder ein Sprachverlust den Patienten beeinträchtigen, ob er berufsunfähig oder hilfs- und pflegebedürftig ist u.ä. Dieses Modell scheint eine geeignetere Grundlage für ein angemessenes und mit dem Sozialgesetzbuch zu vereinbarendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu sein. Dieses Krankheitsmodell hat sich bislang vorwiegend im Rehabilitationsbereich und der Geriatrie durchgesetzt. Es sollte jedoch auch in den anderen Bereichen der Medizin stärker als Orientierungsrahmen gefördert werden, insbesondere vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung.

Aus diesen Überlegungen lässt sich folgendes Fazit ziehen: Ein zu weit gefasstes, maximalistisches Verständnis von Gesundheit, gepaart mit einem umfassenden Versorgungs- und Leistungsanspruchsdenken, ist nicht mit den Grundsätzen des Sozialgesetzbuches V vereinbar. Ebenso wenig ist ein zu weit gefasstes, durch Medikalisierungsprozesse begünstigtes Krankheitsverständnis mit dem Sozialgesetzbuch vereinbar. In einer Koalition der Vernunft gilt es also aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit herauszubilden, dass mit dem Leistungsvermögen und den Prinzipien der Subsidiarität und Solidarität in der GKV vereinbar ist.