

Rainer Müller (1992): Das Verhältnis der traditionell medizinisch ärztlich orientierten GKV-Leistungspolitik zur Gesundheitsförderung – Zum praktischen Stellenwert der Medizin in der Gesundheitsförderung und dessen strategische Auswirkungen auf die Handlungen der GKV, Vortrag, Fachtagung IKK Bundesverband, Bonn, 27./28. Januar 1992

1. Einleitung

In meinem Beitrag möchte ich mich mit der Frage beschäftigen, ob Kassenärzte einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten können. Diese allgemeine Frage muß man, um zu plausiblen Antworten zu kommen, in weitere Einzelfragen auflösen.

Die erste Frage lautet: Was sind die theoretischen Grundlagen des Kassenarztes für sein alltägliches Handeln?

Als Antwort kann man zunächst feststellen, daß das Handeln von Kassenärzten, eben auch in der Grundversorgung, auf dem Konzept der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin beruht, kurz auch als Biomedizin bezeichnet. Dieses Konzept der Biomedizin prägt entscheidend die medizinisch-ärztlichen Leistungen, wie sie gemäß SGB V von den Krankenkassen ihren Versicherten "zur Verfügung" gestellt werden.

Wie diese traditionellen auf Behandlung zielenden medizinisch-ärztlichen Leistungen zu charakterisieren sind, werde ich nachfolgend genauer schildern.

Die zweite Frage beschäftigt sich mit dem folgenden Problemkomplex: Welchen Bezug haben die medizinisch-ärztlichen Leistungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten zum biomedizinischen Konzept?

Welchen Stellenwert nehmen diese Leistungen im Rahmen von Prävention ein?

Ausführlicher werde ich mich mit dem Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen von Vor- bzw. Frühformen von Krankheiten durch Kassenärzte auseinandersetzen. Bereits an dieser Stelle möchte ich festhalten, daß diese Form der medizinischen Prävention dem traditionellen naturwissenschaftlich-klinischen Denkschema verhaftet bleibt. Leistungen der medizinischen Prävention stellen dem Anspruch nach darauf ab, Krankheiten und Krankheitsverschlimmerungen in einer Bevölkerung meßbar zu vermeiden bzw. die Mortalität zu senken oder die Lebenserwartung zu heben. Meßbar meint, daß mit Methoden der Epidemiologie der Effekt der präventiven medizinischen Intervention sich in der Reduzierung von Maßzahlen der Morbidität bzw. Mortalität einer Bevölkerung in einem langen Beobachtungszeitraum von z.B. 5 bis 20 Jahren zeigen muß. Neben der Wirksamkeitsprüfung sollten die Präventionsleistungen ebenfalls dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 SGB V) unterliegen.

Eine solche epidemiologische Evaluation der Wirksamkeit der Präventionsleistungen, also die Frage nach dem Nutzen für die Gesundheit von großen Populationen (Bevölkerungsgruppen), kommt der Aufforderung nach Qualitätssicherung (§§ 106, 113, 135 SGB V) nach. Ich werde auf solche epidemiologische Studien zur Wirksamkeitsprüfung von medizinisch-ärztlichen Präventionsleistungen zu sprechen kommen.

Ein dritter Fragenkomplex wird sich mit der Möglichkeit von Gesundheitsförderung in

der Kassenpraxis beschäftigen und erörtern, in einem wie gearteten Verhältnis Prävention zur Gesundheitsförderung steht.

Orientiert an den Diskussionen und programmatischen Erklärungen im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation läßt sich Gesundheitsförderung folgendermaßen charakterisieren:

- Das Ziel von Gesundheitsförderung ist körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.
- Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen nach menschengerechten, sozial- und umweltverträglichen Gesichtspunkten zu gestalten.
- Gesundheitsförderung stellt also auf das Wechselverhältnis von Person zur Umwelt bzw. von der Umwelt zur Person ab.
- Gesundheitsförderung bezieht die ganze Person in ihre Sichtweise und Handlungskonzeption ein.
- Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung sind wesentliche Kriterien der Gesundheitsförderung.
- Gesundheitsförderung zielt auf die Stärkung der Kompetenz des Bürgers bzw. des Laien, für seine Gesundheit sorgen zu können. Soziale Unterstützung gehört zu den wichtigsten Konzepten der Gesundheitsförderung.
- Psychologische und pädagogische Konzepte zählen ebenfalls zur Gesundheitsförderung.

Für die Bewertung der Leistungsfähigkeit der kassenärztlichen Tätigkeit ergibt sich nun die Frage, ob in diesem Sinn von Gesundheitsförderung Kassenärzte einen Beitrag zur Stärkung der Kompetenz der Bürger erbringen können, damit sie ihre Gesundheit aufrechterhalten bzw. bei Erkrankung einen gesundheitsförderlichen Umgang damit erproben können.

Nach zunächst kritischer Würdigung von Früherkennungsmaßnahmen, möchte ich Ihnen an einem Beispiel zum Schluß vorstellen, daß auch in einer kassenärztlichen Organisation Patienten mit unspezifischen chronischen Erkrankungsformen bzw. Leidenszuständen im Verständnis dieser gesundheitsförderlichen Strategie aktiviert und betreut werden können.

2. Charakterisierung der traditionell medizinisch-ärztlichen Leistungen

Im folgenden soll eine allgemeine Typologie vorgenommen werden. Typologisierenden Aussagen haftet immer etwas Einfaches an, denn die von uns einzelnen erfahrenen Wirklichkeiten erweisen sich als komplexer und vielfältiger.

Traditionelle medizinisch-ärztliche Leistungen sind zunächst kurative Leistungen, d.h. sie zielen auf Heilung oder Linderung von Krankheit, Krankheitssymptomen oder -beschwerden.

Die Leistungen beziehen sich typischerweise auf eine einzelne Person. Die Arzt-Patient-Beziehung prägt entscheidend diese Individualmedizin.

Das klassische Handlungsschema der medizinisch-ärztlichen Leistung besteht aus der Abfolge von Diagnose, Therapie und Prognose. Die Wissensbasis oder der theoretische Bezug dieses Handlungsschemas ist die naturwissenschaftliche-klinische

Medizin. Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin operiert mit einer Krankheitslehre, die von Krankheiten (Entität) mit mehr oder weniger typischen Zeichen (Symptomen, Syndromkomplexen) und Krankheitsabläufen ausgeht. Die Krankheitseinheiten, Krankheitsbilder oder auch Krankheiten werden nach ätiologischen (im oder außerhalb des Körpers liegenden Ursachen z.B. Erbkrankheiten, Infektionskrankheiten), nach anatomisch-morphologischen (z.B. schmerzhaftes Wirbelkörpersyndrome), nach funktionellen (z.B. Bluthochdruck) oder nach biochemischen (z.B. Stoffwechselstörungen) Kriterien definiert. Die naturwissenschaftliche Medizin geht in ihrer Reinform von einem erlebnisunabhängigen pathogenetischen Prozeß aus oder weist dem Erleben, dem Subjektiven, dem Sinnhaften bzw. dem biographischen nur eine Parallelfunktion zu. Für diesen Teil des Erkrankens und Krankseins erklärt sie sich nicht für zuständig.

Gemäß diesem naturwissenschaftlichen Reduktionismus werden Diagnosen durch anatomisch-morphologische, physikalische, chemische und biologische Untersuchungsmethoden erstellt. Es werden Daten über biochemische, physiologische, morphologische Parameter erhoben und zu einem Krankheitsbild zusammengefaßt. Die erhobenen Daten werden nach Vorstellungen über Normalität bzw. Grad der Normabweichung in ihrer pathologischen Wertigkeit beurteilt und einem Stadium des pathogenetischen Prozesses (biologischer Determinismus) zugeordnet. Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin definiert sich also vom Defekt, vom Anormalen, vom Krankhaften her.

Entsprechend dem synthetisierten bzw. konstruierten Krankheitsbild und seinen zeitlichen Entwicklungsstadien wird therapeutisch interveniert. Die Interventionsmaßnahmen sind wiederum naturwissenschaftlich-technisch ausgelegt. Es wird durch chirurgisch-operative Eingriffe, durch physikalisch-technische Interventionen und durch chemische Maßnahmen in physikalisch, biochemisch definierte Organprozesse eingegriffen.

Die Grundzüge und Ziele der iatrotechnischen Therapie werden von Rothsuh (1978, S. 440) wie folgt definiert:

- "1. Ersatz der empirischen Therapie durch eine naturwissenschaftlich begründbare Therapie.
2. Gezieltes Eingreifen in das pathophysiologische Geschehen
 - a) durch Mittel, die den krankhaften Symptomen zugrunde liegende Prozesse in linderndem Sinne beeinflussen = kausal-lindernde Therapie,
 - b) durch Mittel, welche auf die entscheidenden Glieder des gestörten pathogenetischen Zusammenhangs im Sinne der Normalisierung wirken = kausal-korrigierende Therapie.
3. Gezielte Ausschaltung der primär die Krankheit auslösenden oder unterhaltenden (pathokinetischen exogenen) Momente = kausal-ätiotrope Therapie.
4. Gezielter Ersatz, Korrektur von defekten Teilen durch Prothesen = kausal-reparierende Therapie.
5. Stärkung zu schwacher, Schwächung zu starker Prozesse". (Zitiert nach v. Ferber 1992, S. 23)

Ein weiteres Charakteristikum der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin besteht darin, daß sie unter der Annahme tätig ist, sie behandle akute einzelne Krankheiten

bzw. zeitlich begrenzte Krankheitsepisoden. In Bezug auf die Zeitdimension ist weiterhin typisch, daß vielfach in Endstrecken pathologischer Körperprozesse hinein interveniert wird (Endpunkt- bzw. Endstreckenmedizin).

Weitere Gesichtspunkte zur Charakterisierung der klinischen Biomedizin sind die Verhaltensstile und ideologischen Überhöhungen der ärztlichen Profession.

Die ideologische Überhöhung besteht u.a. darin, daß Kliniker vorgeben, es ginge in ihrem Handlungskontext immer "um Leben und Tod". Aus dieser Selbstdeutung bei Zustimmung durch Laien erwächst der hohe soziale Status der Ärzte.

Der Verhaltensstil von Ärzten ist geprägt von dem Habitus, angeblich permanent Entscheidungen treffen und entsprechend handeln zu müssen.

Dieses so in seiner Grobstruktur beschriebene naturwissenschaftlich-klinische Krankheitskonzept ist vielfach und gründlich eben auch von Ärzten kritisiert worden. Die Kritik läßt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Die soziale, psychische und körperliche Einheit der Person wird gespalten. Der körperliche (somatische) Teil gilt als der eigentlich entscheidende. Er unterliegt in dieser Auffassung einem naturgesetzlichen Determinismus. Körperliche Strukturen, Prozesse, Parameter und Meßdaten gelten als real und objektiv. Der psychische Teil wird als unwichtig angesehen, er kann das körperliche Geschehen nur "begleitend kommentieren" (Maschewsky, 1984, S. 22).
- Es werden spezifische Ursachen für den Erkrankungsprozeß verantwortlich gemacht (Spezifitätsthese). Die impliziten und expliziten Kausalitätstheorien bleiben jedoch unbefriedigend. Monokausale Theorien wurden zwar zurückgedrängt, die Vorstellungen über additive bzw. multifaktorielle Verursachungen verweisen zwar auf hohe Komplexität, können die Krankheitsprozesse aber nicht darstellen. Unterscheidungen über wesentliche und unwesentliche, beeinflussbare und unbeeinflussbare Bedingungen, Disposition und Auslöser von Krankheiten verbleiben erkenntnistheoretisch und methodisch auf einem unzulänglichen Niveau.
- Tendenziell verlagert die naturwissenschaftliche Medizin ihre Analyse- und Handlungsebenen immer weiter in den Mikrobereich hinein. Waren früher Körpersäfte, Organe, Gewebe und Zellen Orte der Krankheit (Lokalismusthese), so wird heute durch die Molekularbiologie (Genetik) der Sitz der Krankheit in die Gene, die Erbsubstanz, verlegt. Krankheiten, insbesondere Alterskrankheiten, d.h. chronische Krankheiten, werden der Disposition, also dem genetischen Code zugeschlagen. Humangenetische Diagnostik und Therapie wird zunehmend propagiert.
Biochemisch bzw. molekulargenetisch diskutiert, kann man gegen diese Eindimensionalität einwenden, daß es für die Diagnose von komplexen menschlichen Eigenschaften, die durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von Genen und Umweltfaktoren bestimmt werden, bis heute noch keinen ausreichenden methodischen Ansatz gibt. "Es ist auch fraglich, ob dies prinzipiell jemals möglich sein wird." (Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 1987, S. 147).
Es geht nämlich um polygen, d.h. durch viele verschiedene Gene und Netzwerke innerhalb der Zell- und Organismussysteme bedingte Vorgänge; also um hochkomplexe und dynamische Prozesse, deren Struktur nur im Ansatz bisher verstanden wird.
- Die fortschreitende Molekularisierung des Krankheitsverständnisses mit seiner weiteren Technisierung besonders von Diagnostik und von Therapie führt zu ei-

ner stärkeren Arbeitsteilung und Spezialisierung im Medizinsystem mit seinen negativen Konsequenzen der Depersonalisierung der Kranken und der Angehörigen der Gesundheitsberufe (Iatrogenesis). Diese biomedizinische Fortschrittseuphorie der Humangenetik als fachübergreifende Grundlage einer allgemeinen Krankheitslehre wird jedoch auch an organisatorische und ökonomische Grenzen stoßen (v. Ferber 1992, S. 24).

In meinen bisherigen Ausführungen habe ich eine schematische Charakterisierung der dominanten traditionellen naturwissenschaftlich-klinischen Medizin gegeben. Mir kam es darauf an, das Grundmuster in seiner theoretischen Basis herauszuarbeiten. Denn nur wenn man sich die einer Praxis zugrundeliegenden theoretischen Vorstellungen klarmacht, kann man beurteilen, ob in diese Praxis Sicht- und Handlungsweisen integrierbar sind, die einem anders gearteten theoretischen Modell, hier also Gesundheit und Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Denn in der kassenärztlichen Praxis, erst recht selbstverständlich im stationären Versorgungsbereich, wird das naturwissenschaftlich-klinische Theorie- und Handlungsmodell weiterhin vorherrschend bleiben. Das Gesundheitsreformgesetz hat bei Licht gesehen gerade zu einer Stärkung des "medizinisch-technischen" (z.B. § 25, Gesundheitsuntersuchungen) Krankheitsverständnisses geführt.

Selbstverständlich wird in den Praxisfeldern der naturwissenschaftlichen Medizin, nämlich Klinik und Kassenarztpraxis, nicht in abstrakt naturwissenschaftlich orientierter und damit technokratischer Manier gehandelt. Schließlich agieren Menschen in diesem Organisationsmuster miteinander, so daß das Soziale, Emotionale und Biographische im Umgang von Arzt und Patient, Gesundheitsberufen und Patienten durchaus zum Zuge kommt. Entscheidend ist dennoch, daß im Konzept, in den theoretischen Vorstellungen der ambulanten und klinischen Medizin und den daraus abgeleiteten, von der GKV finanzierten medizinisch-ärztlichen Leistung, das Soziale und Emotionale sowie Biographische nicht explizit und bewußt eingebaut ist, sondern eher hinterrücks sich einstellt. Bestärkt wird dieser theoretische und praktische Reduktionismus durch organisatorische Strukturen wie Spaltung zwischen ambulanter und stationärer Medizin, Spezialisierung und hochgradige Arbeitsteilung, Einzelpraxis im ambulanten Sektor sowie durch ein spezifisches Verfahren der Finanzierung bzw. Entgeltung der medizinisch-ärztlichen Leistungen.

3. Psychosomatische Medizin

Reflektiert man das Verhältnis von Medizin und Gesundheitsförderung, so war es zunächst wichtig, sich über das Grundmuster der dominanten Medizin, und dies ist weiterhin die naturwissenschaftlich-klinische Medizin, zu verständigen. Zwar beherrscht dieses Modell der Medizin das Gesundheitsversorgungssystem, jedoch wurden in der Medizin, eben auch in der klinischen, andere bzw. theoretisch und praktisch anspruchsvollere Konzepte entwickelt. So kann die psychosomatische Medizin als durchaus klinische Medizin mit ihren verschiedenen Theorietraditionen auf ausgearbeitete theoretische Konzepte und erfolgreiche Behandlungspraxen im stationären wie ambulanten Bereich verweisen.

Die Psychosomatik betont den an sich alten Anspruch ärztlicher Heilkunst, den "ganzen Menschen", einschließlich der sozialen Dimension und der seelisch-geistigen Erlebniswelt, in Diagnostik und den Behandlungsplan einzubeziehen. Sie tritt bewußt dem reduktionistischen Modell der naturwissenschaftlichen Medizin entgegen,

Krankheit nur als biophysisches Geschehen zu begreifen, das in einem geschichtslos-anonym konzipierten Menschen abläuft. Sie sieht Erkrankung in die persönliche je individuelle Lebensgeschichte eingebettet und als einen Lösungsversuch von Lebensproblemen, welche dem Individuum unter seinen konkreten Bedingungen seiner Lebens- und Arbeitssituation nicht anders möglich war.

Der Behandlungs- und Forschungsaspekt der psychosomatischen Medizin stützt sich auf folgende drei Wissenschaftsbereiche:

1. naturwissenschaftlich-somatische Medizin
2. psychologische Medizin (Diagnostik und Therapie als lebensgeschichtlich konfliktorientierte, differenziell persönlichkeitsorientierter und lerntheoretischer Zugang)
3. soziologisch-epidemiologische Medizin (Analyse historischer und aktueller gesellschaftlicher Bedingungen für die Ausbildung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen als leibhafte Konkretisierung pathogener Weisen des Überlebens und der sozialen Anpassung) (Vogt 1983, S. 5, siehe auch von Uexküll, Wesiack 1988).

4. Prophylaktische oder soziale Medizin

Der dritte angesprochene Medizinbereich, nämlich die soziologisch-epidemiologische Medizin steht in der Tradition der sozialen Medizin, der allgemeinen Hygiene, der Sozialhygiene, der Gewerbehygiene und der öffentlichen Gesundheitspflege. Dieser Typus von Medizin thematisiert die gesellschaftlichen, ökonomischen, technischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheitsgefährdung, von Krankheitsverursachung und Gesundheitsschädigung. Im Mittelpunkt des Interesses steht weniger der einzelne, sondern steht das Verhältnis von Gruppen und Populationen zu ihren jeweiligen materiellen und sozialen Umwelten. Dieses präventive Medizinkonzept wurde innerhalb der Auseinandersetzungen des Staates, der Gemeinden, Unternehmen und eben auch der Krankenversicherungen mit dem gesundheitlichen Konsequenzen von schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen entwickelt. Die soziale Medizin belegte den Zusammenhang von Seuchen mit Mangelernährung und sozialem Elend. Die Gewerbehygiene konnte die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen der Atmungsorgane (z.B. Staublunge, Lungenkrebs), des Bewegungsapparates durch körperliche Schwerarbeit und hohe klimatische Belastungen, Erkrankungen der Haut durch z.B. irritative und allergisierende Arbeitsstoffe sowie den generellen Gesundheitsverschleiß durch überlange Tages- und Wochenarbeit oder durch Nacht- und Schichtarbeit, durch psychosozialen Streß usw. offenlegen (Müller, Milles 1984).

Strategien von Prophylaxe bzw. Prävention wurden durch Staat, Gemeinden, Betriebe und Krankenkassen sowie Unfallversicherungen in Gang gesetzt. Am erfolgreichsten war diese prophylaktische Medizin bei der Seuchenbekämpfung durch die Assanierung der Städte in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts. Nach der Choleraepidemie von 1831 und im Zusammenhang mit der bürgerlich-städtischen sowie der medizinisch-ärztlichen Reformbewegung um 1848 betrieben innerhalb der kommunalen Selbstverwaltung Politiker in Kooperation mit den beiden Berufsständen angewandter Naturwissenschaft, nämlich den Ingenieuren und Ärzten, die Assanierung der Städte. Das Medium der Assanierung, also der Reinigung, war das Wasser. Ein technisches System mit Wasserwerken, Pumpstationen, Rohrleitungsnetzen und Schmutzkanälen

wurde gebaut. Wichtig ist zu wissen, daß man bereits prophylaktische Gesundheitspolitik, heute würden wir sagen Gesundheitsförderung, betrieb, ohne die Erreger der Seuchen zu kennen. Denn erst ab 1882 mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch entwickelte sich die Bakteriologie und die darauf fußende technische Hygiene. Ihre erfolgreichsten Anwendungsfelder wurden weiterhin die Lebensmittelhygiene und das Impfwesen.

In dieser präventionsorientierten Gesundheitspolitik wurden außerdem sozialwissenschaftliche Konzepte, Methoden der empirischen Sozialforschung, Statistik und epidemiologische Verfahren für die Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheitsrisiken und -schädigungen sowie zur Bekämpfung von Erkrankungen dienstbar gemacht. Ein Teil der heute unter dem Stichwort von Public Health oder Gesundheitswissenschaft genannten Konzepte und Methoden stammt aus dieser Tradition der öffentlichen, kommunalen und staatlichen Auseinandersetzung mit der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod bzw. der sozialen Ätiologie von Krankheit und vorzeitigem Tod.

5. Medizinische Prävention in der Kassenpraxis

Nachdem ich Ihnen die Konzepte der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin, kurz die psychosomatische Medizin und prophylaktische Ansätze der sozialen Medizin vorgestellt habe, möchte ich nun Strategien der medizinischen Prävention besprechen, die zum Leistungskatalog der Krankenversicherungen seit längerer Zeit bzw. seit dem SGB V gehören und in der normalen Versorgungspraxis des niedergelassenen Arztes ausgeübt werden. Auf den Bereich der Zahnmedizin gehe ich nicht ein.

Es soll nach dem volksgesundheitlichen, durch Epidemiologie evaluierten Nutzen, von Präventivmedizin im Unterschied zum individualgesundheitlichen Gesichtspunkt gefragt werden. In diesem Teil meines Beitrages soll auf die Vor- und Nachteile von medizinischer Prävention in der Hand des Kassen- bzw. Hausarztes eingegangen werden. Ich stütze mich im wesentlichen auf die Publikationen des als Allgemeinmediziner niedergelassenen Internisten Abholz (Abholz 1991).

Abholz beschreibt zunächst einige Charakteristika der Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte (Abholz 1991, S.170) und geht kurz charakterisierend auf Ausbildung, Kooperation, Honorierungssystem und Prestige bzw. Machtposition ein.

Nach diesen Hintergrundinformationen führt er die Institutionen und Ansätze der Prävention auf (Abholz 1991, S. 171).

Im einzelnen werden dann die Felder präventiver Arbeit von Kassenärzten besprochen.

5.1 Prävention von Risiken

Hierher gehören Impfungen. Insgesamt ist für Diphtherie, Tetanus- und Polio ein zufriedenstellendes Präventions-Ergebnis vorhanden. Der Impfschutz beträgt zwischen 85 und 95 %. Für Masern und Mumps liegen die Beteiligungsraten jedoch niedriger, nämlich bei 45 und 70 %.

Bezogen auf die verhaltensgetragenen Risiken, wie Rauchen, Alkoholabusus und

Übergewicht liegen keine Evaluationsstudien vor, die Auskunft über Systematik, Intensität und Erfolg von Präventionsstrategien in Kassenpraxen, abgesehen von extra finanzierten Modellprojekten, geben. Allerdings gilt dieser Mangel an Transparenz auch für andere Leistungen des Kassenarztes.

Kompetente Gesundheitsberatung, abgesehen von Maßnahmen innerhalb der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 und von Früherkennungsprogrammen, gehören nicht zu den Positionen der Gebührenordnung.

5.2 Früherkennung von Erkrankungen

Früherkennung von Frühformen bzw. Vorformen von Erkrankungen stellt auf Schwangerschaft, Kindheit, Krebs und volksgesundheitlich relevante Krankheiten, wie Diabetes, Nieren- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ab.

Etwa 50 bis 70 % der Schwangeren suchen den Arzt frühzeitig vor der 13. Schwangerschaftswoche auf. Allerdings nehmen nur etwa 10 bis 40 % - je nach Studie - regelmäßig an allen vorgesehenen Untersuchungen teil. Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Säuglings- und Kindesalter liegen bis zur 5. Untersuchung (6. bis 7. Lebensmonat) bei ca. 90 %. Danach fällt die Inanspruchnahmerate deutlich ab.

Früherkennung von Krebs bezieht sich auf die Lokalisation: Gebärmutterhals, Brustdrüse, Dickdarm, Prostata, Haut und Nieren. Die Beteiligungsquoten liegen bei den Frauen bei rund 30 % und bei den Männern bei rund 11 %; also zu niedrig für eine erfolgreiche Prävention unter volksgesundheitlichen Gesichtspunkten. Im Einzelfall kann dies durchaus zu Erfolgen führen.

Epidemiologische Untersuchungen über den Erfolg von Früherkennungsprogrammen von Krebs und der dadurch gegebenen Frühbehandlung, gemessen in Verminderung der Sterblichkeit bzw. Verlängerung der Lebenserwartung, liegen für das Brustdrüsenkarzinom und das Gebärmutterhalskarzinom vor. Solche Nutznachweise sind für das Karzinom von Prostata und Dickdarm noch nicht vorhanden (Abholz 1990, S. 46-47).

Wie bescheiden die Dimensionen des Nutzens sind, hat die größte Studie zur Früherkennung des Brustdrüsenkarzinoms belegt (Shapiro u.a. 1988). Bei einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren wurde, bezogen auf 1.000 Frauen, die an einem Screening teilnahmen, nur für 1,5 Frauen die Mortalität an Brustdrüsenkarzinom verhindert.

Ein selektives periodisches Screening der Erwachsenenbevölkerung in bestimmten Altersgruppen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten wie z.B. Krebs wird deshalb kritisch beurteilt. Von den Kritikern werden folgende Kritikpunkte, insbesondere für die Krebsfrüherkennung, formuliert:

- Die Teilnahme an den Programmen ist niedrig und abhängig von der sozialen Schicht. Unterschichtsangehörige mit einem erhöhten Krebsrisiko werden unzureichend erreicht.
- Eine Senkung der Mortalität ist nur bei sehr hoher Teilnahmequote zu erzielen (volksgesundheitlicher Nutzen). Ein individueller Nutzen kann durchaus gegeben sein.

- Die Effektivität der Maßnahme hängt von der vorhandenen Prävalenz, d.h. den vorhandenen Kranken und den Neuerkrankungen (Inzidenz) der zu entdeckenden Krankheiten ab.
- Die Zunahme der Überlebensrate ist zu großen Teilen der zeitlichen Vorverlegung der Diagnose zuzuschreiben. Der Patient lebt nicht länger, er weiß nur früher von seiner Krankheit.
Früherkennungsprogramme sind ethisch nur dann erlaubt und haben einen Nutzen, wenn eine Therapiemöglichkeit gegeben ist.

5.3 Gesundheitsuntersuchungen

Über die Beteiligung bei den sogenannten Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Ergebnisse liegt derzeit ein dritter Zwischenbericht vor. Die entsprechende Richtlinie schreibt eine bundeseinheitliche Zusammenfassung der Berichtsvordrucke und eine Auswertung vor. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ist damit beauftragt. Danach haben 1990 etwa 2,5 Millionen Untersuchungen stattgefunden. Es waren also etwa 8 % der Anspruchsberechtigten daran beteiligt.

In der Debatte um den § 25 "Gesundheitsuntersuchungen vor und nach Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes wurde um den volksgesundheitlichen, medizinischen und ökonomischen Nutzen sowie Sinn von periodischen allgemeinen Früherkennungsuntersuchungen (Screenings) gestritten. Diese Debatte hat sich auch im Endbericht der Enquete-Kommission - "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" des Deutschen Bundestages vom 12.02.1990 (Drucksache 11/6380) niedergeschlagen. Während Maßnahmen der Früherkennung bei Schwangeren, Neugeborenen und Kindern sowie bei bestimmten Risikogruppen der Arbeitswelt von der Fachwelt als sinnvoll angesehen werden, werden nach nahezu einhelliger Meinung der Fachwelt periodische allgemeine Screenings medizinisch wie ökonomisch als unsinnig angesehen (ebenda, S. 31).

Die Kritik am § 25 hat sich insbesondere am Aussagewert des Ruhe-EKG entzündet. Wie bei allen diagnostischen Testverfahren, so geht es auch hier um die Güte des Tests, nämlich zwischen Gesunden und Kranken zu unterscheiden und die wirklich Kranken zu identifizieren.

Es handelt sich um das bekannte Problem von falsch-positiver bzw. falsch-negativer Befundung. Der Arzt sieht einen krankhaften Befund z.B. im EKG, die Person ist jedoch gesund; oder ein pathologischer Wert wird übersehen. Die Fähigkeit des Tests, Kranke zu identifizieren, wird als Sensivität bezeichnet. Als Spezifität wird der Prozentsatz der Gesunden bezeichnet, den der Test unter allen real Gesunden findet.

Die Sensitivität des Ruhe-EKGs liegt bei maximal 50 %, also nur die Hälfte aller real Kranken wird entdeckt. Die Spezifität beläuft sich auf bestenfalls 90 %. Von 100 Gesunden werden 10 fälschlich als krank bezeichnet (Abholz 1990, S. 48). Wer hat nun eine falsch-positive und wer eine richtig-positive EKG-Befundung bekommen? Sicher ist, daß die falsch-positiv Befundeten bis zum Ausschluß von Erkrankung in die diagnostische Karriere kommen. Es entstehen hohe finanzielle Kosten und die Person hat mit Angst und Unsicherheit zu tun. Die Problematik wirft ethische Fragen auf.

Selbst beim aussagefähigeren Belastungs-EKG finden Allgemeinärzte und allgemeine

Internisten etwa fünfmal soviel "pathologische Befunde" wie Kardiologen (Wollenweber u.a. 1978).

Kommen asymptotische koronare Herzerkrankungen bei 35- bis 45jährigen Männern zu 1 % vor (Abholz 1990, S. 48), dann werden bei einem Screening mit Ruhe-EKG von 1.000 Männern immerhin 100 (90 % Spezifität) fälschlich als krank und nur 5 (50 % Sensitivität) als real krank entdeckt, obwohl real 10 Männer krank sind. Solche Fragen lassen sich leider mit dem Auswertungsverfahren der Berichtsvordrucke nicht klären, da eine Verfolgung von Patientenkarrerien weder individuell noch kollektiv - Zuordnung der Berichtsbögen zu Person oder anonymisierter Personenkennziffer - möglich ist. Die Evaluation der Nutzen und Kosten der § 25-Untersuchungen nach Standards der Epidemiologie, also Langzeitbeobachtung von Individuen, Patientenkarrerien, steht somit weiterhin aus. Bei den Kosten in Millionenhöhe für die GKV muß man fragen, ob bei knappen Finanzen, die Summen nicht sinnvoll an anderen Stellen einzusetzen wären. Derartige allgemeine Screeningprogramme werden in der wissenschaftlichen Literatur wegen der enormen Kosten und dem mangelhaften Nutzen als "berüchtigt" bewertet (Schwartz 1990, S. 346).

Im Zusammenhang mit der Sinnhaftigkeit des § 25 muß man ebenfalls auf die Risikofaktorenmedizin eingehen.

5.4 Risikofaktorenmedizin

Die Risikofaktorenmedizin sagt folgendes: Krankheit wird als Resultat negativer Verhaltensweisen bzw. krankheitsfördernder Faktoren beim Individuum angesehen. In Langzeitstudien zu Ätiologie und Pathogenese von koronaren Herzkrankheiten wurden statistische Korrelationen zum Zusammenhang von Verhaltensweisen wie Rauchen, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel mit biochemischen (Blutfette) und physiologischen (Blutdruck) Parametern gefunden, die wiederum Prädiktoren für koronare Herzkrankheiten waren. Entscheidend ist nun, daß Risikofaktoren keine Krankheiten per se sind. Sie bewirken zwar hin und wieder Krankheiten mit klinischem Charakter. Doch nicht jeder, der raucht, bekommt einen Herzinfarkt oder ein Lungenkarzinom. Der prädiktive Wert, also Vorhersagewert, der Risikofaktoren ist recht niedrig. Beim Rauchen liegt er hinsichtlich Lungenkrebs bei etwa 3 % (Borgers 1983, S. 49). D.h. 97 % der Raucher bekommen keinen Krebs. Für Cholesterin und andere Risikofaktoren bezüglich Herz-Kreislaufferkrankungen liegt der prädiktive Wert noch niedriger. Statistisch-epidemiologische Ergebnisse über Korrelationen von Faktoren bei Populationen kann man nicht einfach auf individualmedizinische Konzepte und Behandlungsweisen übertragen. Im konkreten individualmedizinischen Kontext stellt sich die zentrale Frage nach der Normalität von biochemischen, physiologischen Parametern und die Frage, ab welcher Höhe sind sie behandlungsbedürftig, wenn denn überhaupt ein Behandlungsschema vorhanden ist.

Am Beispiel Bluthochdruck soll diese Problematik kurz skizziert werden. Diastolische Blutdruckwerte von 90 bis 94 mm/Hg werden als grenzwertig, von 90 bis 104 als milde bezeichnet. Etwa 20 % der Erwachsenen im Alter von 40 bis 60 Jahren ohne klinische Krankheit liegen in diesem Bereich (Borgers 1983, S. 51). 80 % der Hypertoniker sind hier zu finden (Füller 1989, S. 68-80). Nach WHO und Weltblutdruckliga sollen Personen mit diesem milden Bluthochdruck nicht mit Medikamenten behandelt werden, sondern zu Änderungen der Lebensweisen angehalten werden. Dennoch verordnen

fast 90 % der niedergelassenen Ärzte, so z.B. im Raum Stuttgart, Medikamente. Diese Medikation wiederum ist nicht ohne Nebenwirkungen. Es kann also zu einer ungünstigen Nutzen-Schadensrelation, die leicht ins Gegenteil umschlägt, kommen (Borgers, S. 53). Nebenwirkungen bei einem Teil der Patienten können sein: Konzentrationsstörung, Müdigkeit, Potenzstörungen etc. Würden alle Patienten mit diesen Nebenwirkungen von der Behandlung profitieren, dann wäre das Problem erträglich. Doch leiden eben Patienten an diesen Nebenwirkungen, die nicht von der medikamentösen Behandlung profitieren (Abholz, 1984, S. 67). An Ergebnissen der australischen Bluthochdruckstudie läßt sich diese Problematik veranschaulichen. Bei der medikamentösen Behandlung von leichtem Hochdruck kam es zu einer Reduktion kardiovaskulärer Komplikationen wie z.B. Herzinfarkt um 30 % und zu einer Verminderung der Todesfälle um 50 %. Dies ist die übliche und auch legitime Betrachtungsweise. In Zahlen dargestellt heißt es jedoch: Es kam zu einer Verminderung der krankhaften kardiovaskulären Komplikationen von 24 auf 17 pro tausend Behandlungsjahre (also 30 %). Anders ausgedrückt: 100 Personen mußten über 10 Jahre (also 1000 Behandlungsjahre) mit Medikamenten therapiert werden, damit 7 Personen geholfen werden konnte. 93 Personen werden unter Therapie gesetzt, obwohl sie ohne Behandlung kein kardiovaskuläres Ereignis bekommen hätten oder trotz Behandlung davon betroffen gewesen wären (Abholz 1984, S. 62-63). Gerade heute, wo die Forderung nach Qualitätssicherung, besser gesagt Qualitätsverbesserung, medizinisch-ärztlicher Leistungen bzw. nach Evaluation, also der Überprüfung von Kosten-Nutzeneffekten medizinisch-ärztlicher Leistungen immer lauter werden und im SGB V § 135-139 gefordert werden, ist es notwendig, sich mit solchen epidemiologischen Betrachtungsweisen von medizinischen Interventionen auseinanderzusetzen. Es muß nach dem Nutzen und dem Erfolg unter gesundheitlichen Gesichtspunkten gefragt werden und deutlich gemacht werden, unter welchem Einsatz von Kosten und Schädigungsmöglichkeiten von medikamentös Therapierten solche Maßnahmen ergriffen werden können und wann nicht.

5.5 Vor- und Nachteile der Früherkennung bei Kassenärzten

Zu den Vor- und Nachteilen einer Früherkennung beim Hausarzt äußert sich Abholz (1991, S. 178). Er spricht als Vorteil u.a. die Vertrauensbasis, die hohe Kontakthäufigkeit und die Möglichkeit weitergehender Diagnostik an. Zu den Nachteilen rechnet er u.a.: kein optimales Früherkennungsprogramm, Überdiagnostik, Tabubereiche.

Nachdem sich der Autor mit Bezug auf internationale Literatur zur Beteiligungshäufigkeit, zur Erfassung von Risikogruppen und Qualität der Befundung sowie zum Nachverfolgen pathologischer Befunde geäußert hat, kommt Abholz zu folgenden Schlußfolgerungen:

- "1. Prävention in der Hand niedergelassener Ärzte ist ganz wesentlich auf Früherkennung und Impfungen konzentriert. Gesundheitsberatung ist ein spärlich entwickelter Bereich, der - wenn überhaupt - unsystematisch betrieben werden dürfte.
2. Die Beteiligungsquoten bei der Früherkennung - mit Ausnahme der bei Schwangeren und Kindern - sind bei weitem zu niedrig, um eine effektive gesundheitspolitische Maßnahme darzustellen. Nach dem, was an Datenmaterial vorliegt, ist zudem die Prozeßqualität im Bereich der

- Früherkennung unzureichend.
3. Ganz offensichtlich haben die Vorteile einer Prävention in der Hand des betreuenden Arztes nicht annähernd eine optimale Versorgungssituation schaffen können; die Nachteile eines solchen Versorgungssystems scheinen hier deutlich zu überwiegen.
 4. Das Programm der Früherkennung ist um zahlreiche Untersuchungen ohne volksgesundheitlichen Nutzen aufgebläht. Die Früherkennungsbereiche mit Nutznachweis werden häufig in der Dimension des Nutzens weit überschätzt; die Nutzendimension bei diesen ist selbst bei optimaler Durchführung der Früherkennung als eher bescheiden anzusehen.
 5. Geringe Beteiligung und eher geringe Prozeßqualität bei der Durchführung von Früherkennung läßt den Bereich mit gewissen Ausnahmen - insbesondere in der Schwangerschaft und bei den Kindern - als volksgesundheitlich ineffektiv beurteilen." (Abholz 1991, S. 184-185).

Abholz fragt sich, warum bei einer zwanzigjährigen Geschichte der Prävention bei Kassenärzten keine erwähnenswerten Verbesserungen erreicht wurden. Den Hauptgrund sieht er in der Zersplitterung des Gesundheitssystems und in der Organisationsform der Kassenarztpraxis als Kleinunternehmer sowie in dem Finanzierungsmodus, das tendenziell auf Ausweitung medizinisch-technischer Leistungen kaum auf Beratung angelegt ist und selbst keine Erfolgskontrolle vornimmt.

Warum dennoch medizinisch-ärztliche Präventionsleistungen auf der Basis des naturwissenschaftlich-klinischen Krankheitsmodells mit den daraus als Konsequenz sich ergebenden therapeutischen Interventionen so hoch im Kurs sind und über das Sozialgesetzbuch V abgesichert sind, hängt u.a. damit zusammen, daß in unserer hoch technisierten Gesellschaft technische Konzepte in einem professionellen Kontext mit hohem gesellschaftlichen Ansehen leichter in Programme eingebaut werden können und vom Klientel akzeptiert werden als soziale bzw. psychosoziale Umgangsweisen mit Problemlagen in Gefährdungsstrukturen. Soziale bzw. psychosoziale Präventions- und Interventionsformen, auch generell als Gesundheitsförderung zu bezeichnen, sind in ihrer verwaltungsförmigen, finanziellen und operationalen Handhabung komplexer und abhängig von politischen sowie individuellen Deutungsmustern und zusätzlich in Interessensbezüge viel stärker eingebunden. Dies gilt eben auch für den individuellen und professionell ärztlichen Umgang mit Leiden, Krankheitsepisoden, Früh- bzw. Vorformen von Erkrankungen. Vorne hatte ich bereits im Zusammenhang mit dem biomedizinischen Risikofaktorenkonzept am Beispiel des milden Bluthochdrucks auf die Problematik verwiesen. Gegen die Meinung der Fachwelt verordnen 90 % der niedergelassenen Ärzte bei mildem Bluthochdruck Medikamente statt auf die Änderung der Lebensweisen der Patienten zu drängen. Als Gründe für dieses widersprüchliche Verhalten lassen sich angeben:

1. medikamentöse Therapie stellt eine eingeübte technokratische krankheitsorientierte Strategie mit schneller Wirksamkeit dar (allerdings mit negativen Nebeneffekten in nicht wenigen Fällen).
2. Verschreiben von Medikamenten ist Routine bei den Ärzten. Das Rezept mit den verordneten Arzneimitteln wird als Instrument der Rationalisierung, d.h. zur zeitökonomischen Durchschleusung von Patienten in der ambulanten Medizin benutzt.
3. Patienten erwarten wirksame Effekte, ohne sich selbst um Verhaltensänderung zu bemühen.
4. Ärzte schätzen die Bereitschaft und Praxis zur Verhaltensänderung resignativ

ein. Ihnen fehlt eine Ausbildung und Erfahrung sowie die notwendige Zeit bzw. in ihrem Handlungskontext die Kooperation mit anderen therapeutischen Professionen in Beratung und Kommunikation.

5. Das Verhalten der Patienten kann Ausdruck dafür sein, daß sie das biomedizinische, naturwissenschaftlich klinische Krankheitsverständnis der Medizin verinnerlicht haben. Die Sinnfrage von Krankheit bzw. morbiden Zuständen als Fragen an ihre eigene Identität und an den eigenen Lebenssinn wird nicht gestellt, sondern verdrängt. (Füller 1989).

5.6 Gesundheitsförderung im Kontext einer Kassenpraxis – Bericht aus einem Modellversuch

In einer Kassenpraxis für Allgemeinmedizin in einer süddeutschen Großstadt läuft derzeit ein Modellversuch, der sich mit Gesundheitsförderung von Patienten mit unspezifischen chronischen Symptomen beschäftigt. Etwa 30 % der Patienten dieser Praxis leiden an solchen unklaren Zuständen, wie Herz-Kreislaufbeschwerden, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, ständige "Angespanntheit" und "Abgeschlagenheit". Die Patienten verlangen üblicherweise nach einer gründlichen Durchuntersuchung. Solche Check ups, z.T. auch durch Fachärzte, bleiben nicht selten jedoch ohne pathologische Befunde. Im Gespräch zwischen Arzt und Patient werden, so die Praxis in der süddeutschen Kassenpraxis, die subjektiven Schwierigkeiten und objektiv sozialen Problemlagen deutlich.

Die charakteristischen Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte (siehe Tab. 2) verhindern jedoch üblicherweise eine nichtmedikamentöse oder lediglich appellative Aufforderung, z.B. das Rauchen einzustellen. Sie erlauben keine gesundheitsförderliche Betreuung.

Um aus dieser auch für den Arzt unerfreulichen und unbefriedigenden Situation herauszukommen, hat der Kassenarzt, in Kooperation mit einer Psychologin/Pädagogin, begonnen, die Patienten in wöchentlicher Gruppenarbeit zu betreuen. Bevor die einzelnen Patienten an der Gruppenarbeit teilnehmen, werden sie durch Arzt und Psychologin untersucht. Ihre Untersuchungsergebnisse werden zu einer "Gesamtdiagnose" zusammengefaßt und mit dem Patienten besprochen. Die Gesamtdiagnose basiert u.a. auf einer umfassenden Arbeits- und Sozialanamnese. Die Belastungs- und Beanspruchungsbiographie der Person wird in Bezug zu aktueller Arbeitssituation und dem gesundheitlichen Befinden gebracht. Arbeitsbedingte Erkrankungen sollen somit thematisiert und bearbeitet werden.

In der Gruppenarbeit werden Verfahren und Maßnahmen durchgeführt, die auf Veränderungen des Lebensstils orientiert sind. Vorbild für die Gruppenarbeit bzw. die gesamte Anlage des Modellversuchs sind Erfahrung, wie sie Ornish in den Vereinigten Staaten mit Erfolg bei Patienten mit pathologischen Veränderungen an den Herzkranzgefäßen bei Erwachsenen im Alter um 60 Jahre mit großem Erfolg durchgeführt hat (Ornish u.a. 1990, Ornish 1990). Die Patienten hatten zu Beginn der Gruppenarbeit angiographisch nachgewiesene schwere Stenosen, die nach einem Jahr der Lebensstilveränderung, wiederum angiographisch sichergestellt, ohne chirurgische oder medikamentöse Eingriffe deutlich zurückgegangen waren. Der Lebensstilwandel bestand aus vegetarischer Ernährung, Aufgabe vom Rauchen, Streß-Management-Training und moderates körperliches Fitness-Training. Die Autoren der Studie betonen,

daß die übliche Empfehlung der Ärzte nach Lebensstilveränderung nicht genüge, sondern nur in regelmäßigen Gruppensitzungen (hier 14tägig) eine sozial unterstützende Situation sich einstellt, die dem Patienten hilft, sein Verhalten und seine persönliche Einstellung zu sich selbst und seiner Gesundheit zu verändern und zu stabilisieren.

Ähnliche Erfahrungen wurden auch in der Praxis des Allgemeinmediziners in Süddeutschland gemacht. Eine derartige komplementäre Betreuung von Patienten mit unspezifischen Beschwerden und Krankheitsbildern, bestehend aus klassischer medizinischer Befunderhebung in Verbindung mit psychologischer Diagnostik und Gruppenarbeit im Kontext einer Kassenpraxis für Allgemeinmedizin, unterscheidet sich fundamental von Vorgehensweisen in Praxen, in denen unter dem Motto "Prävention in der ärztlichen Praxis: Risikoprofile komplett erfassen!" (Ziskoven 1990) sogenannte "Risikogruppen" per Screening (§ 25 SGB V) herausgefiltert werden und in "Risikoprechstunden" den Patienten bewußt gemacht wird, "daß ihre alltäglichen Sünden und Nachlässigkeiten einen großen Stellenwert besitzen" (ebenda, S. 850).

In der süddeutschen Kassenpraxis geht es eben nicht um "Schuld und Sühne", um sündhaftes Verhalten, sondern darum, die Patienten im Rahmen kassenärztlicher Praxis ernstzunehmen und sie sozial dabei zu unterstützen, ihren eigenen Lebensentwürfen bewußt nachgehen zu können.

Der geschilderte Modellversuch ist derzeit leider ohne spezielle finanzielle Unterstützung von Dritten (einschl. Gesetzlicher Krankenversicherung) nicht durchführbar. Es ist zu wünschen, daß derartige erfolgreiche Modelle in die Regelversorgung übernommen werden, wenn den bislang zweifelhaften § 25-Untersuchungen ein positiver Sinn gegeben werden soll. Aktivitäten von Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung sollten eben solche Modelle in die ambulante Versorgung einbeziehen. Auch hier wäre zu fordern, daß sie einer Evaluation im Sinne der vorn genannten epidemiologischen Verfahren unterworfen werden.

LITERATUR:

Abholz, H.-H., Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept. In: Argument Sonderband AS 119, 1984, S. 57 - 72

Abholz, H.-H., Prävention und Medizin - am Beispiel niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. In: Elkeles, T. u.a. (Hg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 - 1990, Berlin 1991, S. 169 - 188

Abholz, H.-H., Früherkennung - Mehr an Gesundheit? In: Psychosozial, 1990, Nr. 42, S. 43-54

Borgers, D., Risikofaktorenmedizin in der ärztlichen Praxis. In: Argument Sonderband AS 102, 1983, S. 48 - 61

Von Ferber, Ch., Die Verheißungen von Public Health. In: Müller, R./Schuntermann, M.F. (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Köln

1992, S. 1 - 40

Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages: Gentechnologie 1987

Füller, A. u.a., Die Medikation milder Hypertonie in der ärztlichen Praxis - Diskrepanzen zwischen Meinungen und Verhaltensweisen. In: Medizin Soziologie, Nr. 1, 1989, S. 68 - 80

Maschewsky, W., Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Argument Sonderband AS 119, 1984, S. 21 - 42

Müller, R./Milles, D., Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Dortmund 1984

Ornish, D., Programm for reversing heart disease, New York 1990

Ornish, D. u.a., Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? In: The Lancet, Vol 336, 1990, S. 129-133

Rothschuh, K.E., Konzepte der Medizin, Stuttgart 1978

Schwartz, F.W., Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 10, 1990, S. 346-350

Shapiro u.a., Periodic Screening for breast cancer. The Health Insurance Plan project and its sequelae. 1963-1986, Baltimore, London 1988

von Uexküll, T./Wesiack, W., Theorie der Humanmedizin, München, Wien, Baltimore 1988

Vogt, R., Wissenschaftstheoretische Leitlinien in ihrer Bedeutung für die psychosomatische Medizin. In: Hahn, P. (Hg.): Psychosomatik, Weinheim und Basel 1983, S. 3 - 23

Ziskoven, R., Prävention in der ärztlichen Praxis: Risikoprofile komplett erfassen! In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 15, 15. April 1990, S. 849-852