

Was ist Sozialmedizin?

Von M. Blohmke, Ch. von Ferber, H. Schaefer, H. Valentin und K. Wängler

1. Begriffsbestimmung

Sozialmedizin ist ein eigenständiges Fachgebiet der Medizin, das sich nach Gegenstand und Methode definieren läßt. Sozialmedizin befaßt sich mit den spezifischen Wechselwirkungen zwischen dem der Gesundheit dienenden System, dem gesellschaftlichen Gesamtsystem und dem Individuum. Sie hat es primär einerseits mit gesellschaftlichen Institutionen, Organisationen und Gruppen von Menschen zu tun, andererseits mit der Einbindung des Individuums in die soziale Sicherung oder der Ärzte in ihre beruflichen Organisationen. Sie grenzt sich damit klar gegen die klassischen Fächer der klinischen und Allgemeinmedizin ab, die einer kurativ orientierten Individualmedizin zugehören. Forschungen, die im methodischen Ansatz ganze Bevölkerungsgruppen erfassen, wie gesundheitsstatistische oder epidemiologische Forschungen mit medizinischer Fragestellung, sind Teil der Sozialmedizin, solange sie die theoretischen oder experimentellen Grundlagen für die Abklärung spezifisch gesellschaftlicher Probleme der Medizin bezwecken, oder praktische Auswirkungen für die Individuen im System der sozialen Sicherung haben.

Die Methoden der Sozialmedizin bestimmen sich nach ihrem Gegenstand. Zwar wird ein Teil des Materials mit modernen medizinischen und psychologischen Untersuchungsmethoden am Individuum gewonnen, diese Methoden sind aber bei der sozialmedizinischen Auswertung vorwiegend solche der Statistik, der Soziologie und Sozialpsychologie sowie der Verhaltensphysiologie. Sie umfassen neben der beschreibenden Medizinalstatistik, der historischen und der soziologischen Zustandsanalyse insbesondere die statistisch operierende Epidemiologie.

2. Was ist Medizin-Soziologie?

„Medizin-Soziologie (auch Medizinische Soziologie oder Soziologie der Medizin) ist die Anwendung soziologischer Theorien und Methoden auf die Medizin als Institution sowie auf die Lehren von Krankheit und Gesundheit des Menschen“ (*Pflanz*). Sie hat sich als Wissenschaft vornehmlich in den Ländern entwickelt, in denen die Empirische Sozialforschung als wissenschaftliche Quelle der Erfahrung für praktische Entscheidungen anerkannt wird. Verschiedene Bedingungen haben nach *COE* zu der intensiven interdisziplinären Verbindung beigetragen, welche Soziologie und Medizin nach dem Zweiten Weltkrieg eingegangen sind: Der Wandel im Krankheitsspektrum, welcher die Aufmerksamkeit der Medizin den chronischen Erkrankungen und insbesondere ihren sozialpsychologischen Aspekten zuwandte, die Entwicklung der Sozialpsychiatrie, welche die gesellschaftlichen Ursachen psy-

chischer Erkrankungen herausarbeitete, die zunehmende Bedeutung der öffentlichen Gesundheitsdienste, das Entstehen integrierter Formen medizinischer Versorgung und die Entwicklung der Soziologie zu einer Wissenschaft, die theoretisch und methodisch genügend ausgereift war, um ihren Gegenstandsbereich entsprechend zu erweitern. Primär ist Medizin-Soziologie gegenwärtig noch ein theoretisches Fach. „Bei weitem die Mehrzahl der Soziologen in der Medizin sind in der Forschung tätig. Im Zunehmen begriffen ist ihre Beteiligung an der Ausbildung der Medizinstudenten. Einige haben bereits Positionen im öffentlichen Gesundheitswesen und in Krankenhäusern eingenommen“ (*COE*). Während die Medizin-Soziologie nur in enger Beziehung zur Medizin betrieben werden kann, liegen ihre wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen in der Soziologie. Ihre Weiterentwicklung ist daher auf Medizin und Soziologie gleichermaßen angewiesen.

3. Teilgebiete der Sozialmedizin

Folgende Teilgebiete der Sozialmedizin, die gegebenenfalls von besonders hierzu ausgebildeten Spezialisten in Forschung und Lehre vertreten werden müssen, heben sich aus dem Gesamtgebiet durch ihre abgegrenzte Thematik oder ihre besondere Methodik heraus, wie Literatur, Wissenschaft und Praxis zeigen.

1. *Medizinische Soziologie*: Soziale Schichtung und Bevölkerungsstruktur. Gesellschaftliche Einflüsse auf Wohlbefinden, Gesundheit und Leistung. Soziologische Theorie des Verhaltens, insbesondere des Gesundheitsverhaltens; Begriffliche Klärung von Gesundheit und Krankheit. *Rollenbeziehungen* und Rollenkonflikte im Bereich medizinischer Dienste einschließlich der *Arzt-Patient-Beziehung*. Sozialpsychologische Probleme der Medizin. Soziologie medizinisch-therapeutischer Anstalten.

2. *Epidemiologie der chronischen (nicht-übertragbaren) Krankheiten und der Risiko- und Schadensfaktoren*: Grundbegriffe; Methoden, wichtige Ergebnisse der Forschung; Theorie und Praxis der Risiko- und Schadensfaktoren; Epidemiologie als Methode.

3. *Theorie der Prävention*: Begriff und Formen der Prävention; Prävention als angewandte Epidemiologie; Probleme der präventiven Diagnostik; Prävention der verschiedenen Lebensalter.

4. *Theorie der Rehabilitation*: Begriff, Formen und Träger der Rehabilitation. Rehabilitationsverfahren.

5. *Theorie und Praxis der sozialen Sicherung in medizinischer Hinsicht*: Geschichte der Sozialversicherung; Struktur und Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung; Leistungen und Beiträge der Sozial-

versicherung; Sozialhilfe; das Kurwesen; Probleme der Begutachtung in der Sozialversicherung; Theorie von Gesundheit, Krankheit, Leistung und Leistungsfähigkeit in bezug auf die Sozialversicherung.

6. *Gesundheitliche Aufklärung*: Methoden, Zielgruppen, Inhalte der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitserziehung und -bildung.

7. *Gesundheitswesen*: Struktur, Planungsfragen und sozioökonomische Probleme des Gesundheitswesens, Organisation der Heilberufe: ärztliche Berufskunde, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenhauswesen, ärztliche Praxis, nichtärztliche Heilberufe, Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung in den Teilberufen.

4. Was ist Sozialmedizin nicht?

Sozialmedizin ist nicht identisch mit *sozialisierter*, auch nicht mit *sozialistischer Medizin*. Unter sozialisierter Medizin sollte eine Medizin verstanden werden, deren Gesundheitssysteme verstaatlicht sind, wie das z. B. in England und Schweden der Fall ist. Der Ausdruck verstaatlichte Medizin wäre freilich vorzuziehen. Die „sozialistische Medizin“ wird in den Ostblockstaaten praktiziert. Sozialmedizin hat es also grundsätzlich mit der wissenschaftlichen Erforschung ihrer Gegenstände zu tun. Der *Gesundheitspolitik* liefert sie die zu politischen Entscheidungen notwendigen Tatsachenanalysen und Prognosen (Blohmke 1972), einschließlich einer kritisch-wissenschaftlichen Behandlung gesundheitspolitischer Ziele, wie z. B. deren Stimmigkeit, Realisationschancen oder Unvereinbarkeiten mit anderen Zielen oder Realitäten. Sie nimmt aber nicht diese Zielsetzungen selbst vor.

5. Erläuterungen

5.1. Die Vorläufer der Sozialmedizin sind in vielen klassischen Fachgebieten der Medizin zu finden. Die Sozialhygiene gehört insbesondere zu diesen Vorläufern (*Klosterkötter*), z. B. in Gestalt der „sozialen Pathologie“ *Grotjahn*s. Die Medizinalstatistik ist ein auch heute noch wesentlicher Teil der Sozialmedizin mit langer Historie. Die heute so benannte Rechtsmedizin hat sich jahrzehntelang des Rechtes der Sozialversicherung angenommen. Die wissenschaftliche Problematik der sozialen Sicherung ist innerhalb der Medizin kaum behandelt worden. Die mit der Physiologie und Pathologie des Arbeitsprozesses verknüpften sozialmedizinischen Probleme wurden seit einigen Jahrzehnten von der Arbeitsmedizin mit bearbeitet.

5.2. Die Spezifität der Wechselwirkung von Medizin und Krankheit (Gesundheit) mit der Gesellschaft als Gegenstand des Faches Sozialmedizin schränkt dessen Zuständigkeit auf solche Wechselwirkungen ein, deren Schwerpunkt einerseits zwar zunächst in individuellen, dann aber besonders an Bevölkerungsgruppen zu erhebenden Wirkungen der gesellschaftlichen Prozesse auf Gesundheit und Krankheit liegt.

Andererseits werden die gesellschaftlich relevanten Folgen von Krankheiten, insbesondere ökonomischer Natur, und die Art der Bekämpfung von Krankheit und Erhaltung von Gesundheit, z. B. durch Systeme der sozialen Sicherung, untersucht. Da Krankheit immer und notwendigerweise auch gesellschaftliche Konsequenzen hat in

Familie, Beruf, Gemeinde, Staat etc., werden nur solche Phänomene Gegenstand der sozialmedizinischen Forschung und Lehre sein können, welche über den individuellen Fall hinaus allgemeine gesellschaftliche Bedeutung haben.

5.3. Die *Epidemiologie* chronischer (nicht-übertragbarer) Krankheiten sowie der Risiko- und Schadenfaktoren ist ein Forschungsbereich geworden, der in der Klinik (als retrospektive Epidemiologie) ebenso angewandt werden kann wie in Physiologie oder Biochemie. Die zu solchen Forschungen erforderliche Methodik ist aber ebenso wie die Erarbeitung der praktischen-klinischen und theoretischen Grundlagen Sache der Feldforschung mit ihren mathematisch-statistischen Hilfswissenschaften. Messungen von Risiko- und Schadensfaktoren, Erfassung von Frühsymptomen, Abklärung von Grenzwerten und ihrer Aussagekraft in prospektiven Studien heben sich von einer kurativen Individualmedizin nach Methode und Zielgruppe deutlich ab, desgleichen die Prüfung der Meßmethoden zur Erfassung (Diagnostik) weitverbreiteter anormaler Befunde, Funktionsstörungen usw. (Zuverlässigkeit, Gültigkeit, Sensitivität, Spezifität).

5.4. Die Sozialmedizin erleichtert dadurch, daß sie auch die *ökonomischen Probleme des Gesundheitswesens und seine Effektivität, die Strukturen der Sozialversicherung und der ärztlichen (privaten) Praxis* analysiert, ein volkswirtschaftlich sinn- und verantwortungsvolles Handeln des Arztes. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß allein für die Sicherung gegen Krankheit, wenn man die Minderung des Bruttosozialproduktes durch den Krankenstand mitrechnet, 1968 rund 70 Milliarden DM oder 14% des Bruttosozialproduktes aufzubringen waren. (Gesundheitsbericht 1971, S. 157). Die Gesamtkosten der sozialen Sicherung belaufen sich, alle Kosten für Krankenanstalten, Kuren, Einrichtungen des privaten und öffentlichen Gesundheitswesens und alle Minderungen des Bruttosozialproduktes durch Krankheit und Invalidität eingerechnet, vermutlich auf mehr als 20% des Bruttosozialproduktes. Der praktisch und klinisch tätige Arzt steht im Zentrum der Entscheidungen über Höhe und Verteilung dieser Lasten. Er muß, will er diese Verantwortung tragen, besser in der Grundproblematik der sozialen Sicherung ausgebildet werden.

5.5. Die *Planung* innerhalb des Gesundheitswesens ist sinnvoll nur angesichts der gesellschaftlichen Bedürfnisse an medizinischen Leistungen durchführbar. Da alle in die Zukunft weisenden Aspekte stark von der Kenntnis der gegenwärtigen Zustände bestimmt sind, diese aber im wesentlichen durch soziologische Methoden erforscht werden, ist die Zukunftsforschung in der Sozialmedizin nicht ohne eine Soziologie der Medizin denkbar. In einer informierten und gesundheitsbewußten Industriegesellschaft ist der Bedarf an medizinischen Leistungen kurativer und präventiver Art sehr groß. Die entscheidende Frage ist, in welchem Umfang die Gesellschaft die hierfür notwendigen Mittel aufbringen will. Prioritäten müssen auf Grund sozialmedizinischer Erhebungen gesetzt werden.

5.6. Eine besonders wichtige Aufgabe der Sozialmedizin, welche die Vorbedingung jeder Planung ist, ist eine wissenschaftliche Analyse der *Strukturen des Gesundheitswesens*, insbesondere in Hinsicht auf dessen gesellschaft-

liche Funktionen. Durch die Gesetzgebung, insbesondere aber durch den Wandel der sozialen Zustände, sind bekanntlich diese Strukturen einem ständigen Wechsel ihrer Funktionen unterworfen. Analysen von Strukturen und Funktionen sind im Ausland weithin gemacht worden und führten zu vielen Verbesserungen in den Gesundheitsdiensten. Das trifft u. a. auch auf den öffentlichen Gesundheitsdienst zu.

5.7. Aus diesen wissenschaftlichen Aufgaben ergibt sich, daß Sozialmedizin in zweierlei Richtung unmittelbar mit der Praxis des Gesundheitswesens zu tun hat und damit jeden Arzt ebenso angeht wie jeden Patienten: sie bildet Ärzte für ihre vielfältigen gesundheitlichen Aufgaben aus und sie erarbeitet Konzepte, wie das Gesundheitswesen aufgabengerecht gestaltet werden kann.

5.8. In den Diskussionen um die neue Approbationsordnung für das Medizinstudium ist, im Unterricht des vor-klinischen Teils, ein Unterricht über „medizinische Soziologie“ vorgeschrieben worden. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin hat immer wieder betont, daß Sozialmedizin als Wissenschaft der Anwendung soziologischer Methoden bedarf. Die bislang entworfenen Modelle sozialmedizinischer Institute sahen daher gleichberechtigte, von Ordinarien als Direktoren geleitete Abteilungen vor, unter denen auch eine von einem Fachsoziologen geleitete Abteilung vorzusehen wäre. Medizinsoziologie ist aber ohne die enge Bindung an die Medizin blind. Nicht ohne Grund hat daher Pflanz gesagt, „daß bei den meisten Problemkreisen der Soziologie der Medizin die Vernachlässigung des medizinisch Relevanten zu einer Erkenntniseinengung führt“. Wer anders als der Mediziner aber könnte das „medizinisch Relevante“ im richtigen Zusammenhang sehen?

In der „Fachvertreterkonferenz der medizinischen Fakultäten“, die für die wissenschaftliche Seite der neuen

Approbationsordnung verantwortlich war, ist gerade vom Vertreter der Sozialmedizin die medizinische Soziologie als erster, gleichsam propädeutischer und vorklinischer Teil, sowohl gefordert als auch gefördert worden, aber immer als ein Teil eines Gesamtkonzeptes der Sozialmedizin.

5.9. Sozialmedizin ist also ein aus verschiedenen Wissenschaften „integriertes“ Fachgebiet (Klosterkötter) und bedarf, will sie ihren Aufgaben gerecht werden, der engen Zusammenarbeit nicht nur von Ärzten und Soziologen, sondern auch des wissenschaftlichen Kontaktes mit Statistik, Volkswirtschaft, Psychologie und in wesentlichen Grundfragen auch mit der Jurisprudenz. Man wird nicht an jeder Universität Querschnittsinstitute aufbauen, welche diese ganzen Fächer von Wissenschaften in Form entsprechender Fachabteilungen aufweisen. Man wird Schwerpunkte bilden müssen. Immer steht die Medizin mit ihrer Problematik im Mittelpunkt: es ist dem kranken Menschen zu helfen, es ist der Gesunde vor Krankheit zu schützen. Was diesem Ziel nicht dient, ist nicht Medizin, und also auch nicht Sozialmedizin.

Literatur

- *) Blohmke, M., (Herausg.) Sozialmedizin und Gesundheitspolitik. (Jahrestagung d. Dtsch. Gesellsch. f. Sozialmed. 1971) Gentner Verlag Stuttgart 1972. — *) Coe, R. M., Sociology of Medicine. McGraw Hill Series in Sociology. New York 1970. — *) Grotjahn, A., Soziale Pathologie. Springer, Berlin 1923. — *) Klosterkötter, W., Zum Begriff und zur Bedeutung der Sozialmedizin. Z. f. Sozialreform. 14, 321 (1968). — *) Pflanz, M., Medizinische Soziologie. In: W. Bernsdorf (Hrsg.) Wörterbuch der Soziologie. Enke Stuttgart 1969. — *) ders. Sozialer Wandel und Krankheit. Enke Stuttgart 1962. — *) Rohde, J. J., Soziologie des Krankenhauses. Enke, Stuttgart 1962. — *) Schaefer, H. und M. Blohmke, Sozialmedizin. Thieme, Stuttgart 1972. — *) Valentin, H. und Mitarb. Grundriß der Arbeitsmedizin. Thieme, Stuttgart 1971.

Für die Verfasser: Frau Priv.-Doz. Dr. med. M. Blohmke, 69 Heidelberg, Zeppelinstr. 1

Der Rentenempfänger in der ärztlichen Sprechstunde

Von J. F. Scholz

Wohl nur wenige behandelnde Ärzte, ganz gleich, ob sie in eigener Praxis oder im Krankenhaus tätig sind, wissen darüber Bescheid, welche ihrer Patienten Rentenempfänger sind oder sonstige öffentliche Sozialleistungen beziehen. Das ist durchaus verständlich; selbst für den sozialmedizinisch tätigen Arzt ist es nicht leicht, sich den Überblick über die verschiedenen Zweige unserer sozialen Sicherung, über ihre Möglichkeiten und Leistungsvoraussetzungen zu bewahren. Dabei wirkt sich erschwerend die Tatsache aus, daß im Zusammenhang mit den ständigen Strukturveränderungen von Wirtschaft und Gesellschaft unser soziales Sicherungssystem praktisch ununterbrochen vielfältige und tiefgreifende Änderungen erfährt. Die wichtigsten Versicherungssparten sollten aber jedem Arzt bekannt sein.

Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Bekanntlich handelt es sich in der Sozialversicherung um die großen Bereiche der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung. Zum gegliederten System unserer sozialen Sicherung ge-

hören aber auch die Kriegsofferversorgung, die Arbeitslosenversicherung, die Versorgungseinrichtungen der freien Berufe, die Altershilfe für Landwirte, die Beamtenversorgung, die Leistungen von Kindergeld, Wohngeld und Ausbildungsbeihilfen, der Lastenausgleich und nicht zuletzt die Sozialhilfe. Die Rentenversicherung umfaßt die weitgehend voneinander unabhängigen, aber im Recht grundsätzlich einheitlichen Zweige der Arbeiterrentenversicherung, der Angestelltenversicherung und der knapp-schaftlichen Rentenversicherung.

Diese Vielfalt, die möglichst allen Wechselfällen nicht nur einzelner Bevölkerungsgruppen, sondern bei Bedarf allen Menschen gerecht werden will, ist in der jetzigen Gestalt das Ergebnis einer Entwicklung, deren Beginn erst 90 Jahre zurückliegt: die kaiserliche Botschaft wurde am 17. November 1881 verkündet. Die Entwicklung der letzten 25 Jahre erklärt sich auch aus dem Willen des Gesetzgebers, die Folgen des zweiten Weltkrieges zu mildern und die Kriegsfolgelasten gleichmäßiger zu verteilen (Neuordnung des Kriegsofferrechts, Soforthilfegesetz, Lastenaus-