

PERSPEKTIVEN DER SOZIALMEDIZIN 2025

Prof. Dr. med. habil.
Jens-Uwe Niehoff



- Nachfolgende Präsentation gründet auf den Bd. 10 des „Kompendium der Sozialmedizin“, Niehoff, Hoffmann, Niehoff, SalusCon-Akademie Verlag, 2020, ISBN 978-3-948267-10-0



- Der Versuch, die Perspektiven der Sozialmedizin zu diskutieren, verlangt Antworten auf zwei Fragen
 1. Wie und wo werden sozialmedizinische Forschungsaufgaben künftig etabliert sein?
 2. Welche Interessen wird es künftig an den medizinischen und präventiven Bedarfen von Bevölkerungen und deren sozio-demografischen Strukturen geben?



- Gemäß der Approbationsordnung ist die Sozialmedizin ein Pflichtfach im Medizinstudium. Es gibt in Deutschland jedoch keinen Facharzt für Sozialmedizin und damit keine dauerhaft verberuflichte Verankerung in der medizinischen Ausbildung und Forschung. Folglich gibt es auch keine wissenschaftsgebundene Mitgestaltungskompetenz für das deutschen Krankenversorgungssystem.
- Die Praxisfelder des Faches sind vor allem der ÖGD (Public Health), sowie die Einzelfallbegutachtung gemäß SGB V, VII und IX.
- Für den ÖGD und dessen Facharztausbildung sind die jeweiligen Bundesländer zuständig.
- Diese und die Träger des SGB haben an einer fachärztlich eigenständigen und fachlich unabhängigen und forschenden Sozialmedizin nur ein marginales Interesse.



- die gesundheitlichen Folgen des sozialen und des demografischen Wandels für die Präventions- und für die medizinischen Versorgungsbedarfe
- gesundheitsrelevante Ungleichheit und Benachteiligung
- sozialbedingte Modifikation ontogenetischer Elementarprozesse
- Ursachen, Folgen und Handlungsbedarfe im Falle von Epidemien und Regressionen
- Methodik bevölkerungsbezogener Studien zu den gesundheitsbezogenen Folgen politischen und wirtschaftlicher Entscheidungen
- medizinische Versorgungsforschung



- sozialmedizinische Infrastrukturplanung
- aktiver (zugehender) Gesundheitsschutz im öffentlichen Raum
- wohnortnahes Versorgungsmanagement
- Gemeinsam mit dem ÖGD hoheitliche Aufgaben der Prävention
- Durchsetzung von Benachteiligungsverboten
- Praxis der Rechtsordnungen nach dem SGB (z.B. Evaluation der Wirksamkeit des Sozialausgleichs)
- Gesundheits- und Versorgungsberichterstattung



- Die Perspektiven der Sozialmedizin werden von den durchsetzungsfähigen Interessen des gesundheitswirtschaftlichen Komplexes bestimmt
- Solange es ein gesellschaftliches Interesse an risikokompensatorischen medizinischen Versorgungsbedarfen gibt, hat die Sozialmedizin auch eine Zukunft als Forschungs- und Praxisfeld
- Dem stehen entgegen:
 - der Zerfall vereinbarungsfähiger sozialer Leitbilder
 - die Beliebigkeit individueller und sich schnell wandelnder Leitbilder
 - die zunehmende Dominanz finanzwirtschaftlicher Interessen an der Krankenversorgung gegenüber humanen Hilfemotiven
 - die Durchsetzungsfähigkeit von Thesen, soziale Ungleichheit spiegele biologische Ungleichheit und soziale Benachteiligung, sei selbstverantwortet



- die Welt der Daten und deren Eigentumsrechte sowie KI und deren Eigentümer verändern die Medizin, ihre Infrastrukturen und die Finanzierungsbedingungen
- lohnbasierte Sicherungssysteme für den Krankheitsfall verlieren durch die Robotik ihre soziale Leistungsfähigkeit
- soziale Ungleichheit im Zugang zu medizinischer Versorgung nimmt global zu wie auch ab
- gesamtgesellschaftliche Verantwortungen für die Gesundheit aller verlieren an Akzeptanz
- Krankenversorgung: globale Konzentration der Anbieter und Depersonalisierung der Hilfeleistungen
- Standardisierung der selbstverantworteten „simple medicine“
- Krankenversicherungen werden zu Präventionsversicherungen (prädiktive Medizin)
- Mengenausweitung und Anbieterkonzentration



- Konzentration, Spezialisierung und erhebliche Verweildauerreduktion der Versorgung im Krankenhaus
- Integration der Wertschöpfungsketten medizinischer Dienstleistungen
- Monopolisierung der ambulanten Versorgung und die Entstehung von Clinic-Netzen („Ambulantisierung“) im Eigentum von Großinvestoren mit dem Ziel der Datengewinnung
- Ausweitung der Belegarztsysteme statt tarifgebundener Arbeit
- Käufermärkte und Produktemedizin
- Aufhebung des purchaser-provider-splits
- Globalisierung und Monopolisierung der Anbieter
- Wandel der Professionen und Begrenzung der fachlichen Unabhängigkeit



Im Gefolge der digitalen Revolution wandeln sich die sozialen und produktiven Beziehungen der Menschen zueinander. Die Folgen sind u.a. der Wandel der Ziele der Krankenversorgung und ihre Finanzierung

1. die Neuordnung der Machtverteilungen zwischen den Versorgungsakteuren,
2. die zunehmende Komplexität medizinischer Managementkonzepte und der wachsende Integrationsdruck auf die Wertschöpfungsketten
3. zunehmende Gestaltungsmacht der Finanzindustrie über die Infrastrukturen der medizinischen Versorgung
4. die Dominanz global agierender Akteure des medizinisch-industriellen Komplexes, Regionalisierung des Zugangs zur medizinischen Versorgung
5. durch Digitalisierung ermöglichte Risikoselektion und globalen Handel mit Patientendaten



- Die Themen horizontale und vertikale Ungleichheit werden als „Gerechtigkeitstheoreme“ zum Dauerbrenner gesellschaftlicher Konflikte mit abnehmender demokratischer Einigungsfähigkeit
- Die Digitalisierung und die Globalisierung der Anbietermacht verändert deren Handlungsoptionen und -zwänge
- Der Wandel der Produktionsweisen verändert die Interessen an der Finanzierung und an der allgemeinen Zugänglichkeit medizinischer Versorgung
- Die Zielkoordinaten der sozialen Effektivität der Prävention, der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Pflege werden neu zu bestimmen sein



Die Zukunft der Sozialmedizin wird von der Bereitschaft abhängig sein, das Management von Gesundheitsgefährdungen, den Zugang zu Hilfen im Falle des individuellen Krankseins und dessen Folgen als eine kollektive, eine solidarische und eine demokratische Herausforderung anzunehmen.

Das schließt die These ein, dass das Management von Gesundheitsgefährdungen ein Demokratiegebot ist, welches sich u.a. gegen die Gewinninteressen und -zwänge der Gesundheitswirtschaft und gegen die Individualisierung der Interessen durchsetzen muss.



Die GKV durchläuft die letzte Phase ihrer 1992 eingeleiteten Transformation in ein anderes, heute noch nicht klar sichtbares Krankenversorgungssystem. Das ideologische Ziel der „Transformatoren“ ist die Überwindung des „Keynesianismus“.

- Keynes, John Maynard (1883-1946): Britischer Wirtschaftswissenschaftler; sein Werk gehört zu den einflussreichsten sozialökonomischen Entwürfen des 20. Jahrhunderts.
- Keynes zeigte u.a., dass der freie Markt fremde Eingriffe (Staat) braucht, um zu funktionieren. Er begründete so das Konzept der „sozialen Marktwirtschaft“. Dieses wird von wichtigen politischen Gruppen als Gegenposition zum Marktliberalismus abgelehnt. Die Transformation der Gesundheits- und Sozialpolitik gilt dabei als notwendiger Teilschritt bei der Überwindung der sozialstaatlichen Regulation des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Die Vertreter dieser Position haben in der Bundesrepublik ab 1992 den Transformationsprozess der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet.



Die Zukunft der Gesundheit von „homo sapiens“ folgt dem Saldo von echten Epidemien und echten Regressionen.

Diese Balance wird vor allem

- von den globalen Beziehungen
- vom Verbrauch der Umwelt für die Zwecke der Warenproduktion
- vom fundamentalen Wandel der Erwerbsarbeit
- von den Chancen einen 3. Weltkrieg zu verhindern sowie
- von der Zugänglichkeit der notwendigen Existenzmittel der Menschen bestimmt werden



Bei erheblich steigendem Aufwand werden die Gewinne an Gesundheit und Lebensdauer tendenziell kleiner, verbunden mit sozialen Spreizungen dieser Gewinne.

Das Handlungsziel „Heilung“ relativiert sich gegenüber den Zielen „Lebensqualität trotz Kranksein“ und „Teilhabe“ zu sichern. Diese Ziele sind allein von den individuellen Ressourcen abhängig, wenn Konzepte der Umverteilung sozialer Ressourcen nicht geschützt werden können.



Die Aufwendungen für den prädiktiven Schutz vor Gefährdungen der Gesundheit und die medizinischen Versorgungsbedarfe werden wachsen und sich zugleich sozialschichtspezifisch differenzieren.

In der Folge wird die Asymmetrie von Bedarfen und Kaufkraft weiter wachsen.



Strategien der individualisierten gesundheitlichen Dauerüberwachung, sowie Strategien der Marktausweitung einer „simple, defensive and predictive medicine“ werden zu einem zentralen Marketingziel global agierender data broker.

Das Ziel sind vor allem erhebliche Mengenausweitungen der diagnostischen Selbstüberwachung und der Selbstmedikation.

Die zurechenbaren Angebote bedürfen nicht zwingend einer professionalisierten und evidenzbasierten Medizin. Die sog. künstliche Intelligenz und deren Eigentümer werden zu handlungsmächtigen Akteuren im Verbund mit dem Medizinsystem und in Konkurrenz zu ihm.



Digitalisierung, Big Data, Data Mining, künstliche Intelligenz und Datenvernetzung werden die medizinischen Berufe, die Art der Krankenversorgung und deren Finanzierung grundlegend verändern.

Diese Entwicklungen folgen der These, Krankwerden, Krankheitsfolgen und Lebensdauern würden vorhersagbar, wenn Menschen mittels Daten weitgehend abbildbar würden und diese Daten in beliebiger Vernetzung als Produkte frei verfügbar würden.



Risikovermeidungsgesellschaften werden sich nicht durchsetzen.

Nach U. Beck sind globale Risiken durch vier Merkmale zu beschreiben: durch ihre Entgrenzung, durch ihre Unkontrollierbarkeit, durch ihre Nicht-Kompensierbarkeit und durch den Wissensmangel der globalen Akteure.

Wahrscheinlichkeitskalküle könnten, so Beck, Gesellschaften in die Lage versetzen, ihre Handlungsfolgen prospektiv zu kalkulieren und auf diese Weise präventiv zukunftssichernd zu leben. Beck unterstellt damit eine auf Wissenschaft gegründete präventive gesellschaftliche Handlungsfähigkeit. Diese setzt aber die globale Einigungsfähigkeit voraus. Es gibt kaum Belege, solche Einigungsfähigkeiten ließen sich in den zentralen Fragen der Zukunftssicherung herstellen, wenn imperiale Diktaturfantasien (siehe hierzu K. Arrow) vermieden werden sollen.



Technologische Entwicklungen führen zur fortschreitenden Vergesellschaftung der Lebensweisen im nicht lösbaren Konflikt mit dem Mythos vom selbstbestimmten sowie entscheidungs- und handlungsmächtigen Individuum.

Diese Konflikte werden auch die Finanzierungskonzepte der medizinischen Versorgung weitgehend verändern.



Krankenversorgung wird zu einem hoch integrierten Wirtschaftszweig mit weitgehend (tendenziell global) monopolisierter Marktabdeckung werden.

Data broking und die datenbasierte Enteignung der Persönlichkeit führt in rechtliche Regulationsbedarfe, auf die sich die Gesellschaften im globalen Konsens vorbereiten müssen (müssten).



Risikokompensatorische Krankenversicherungssysteme werden durch die zunehmende soziale Asymmetrie von Finanzierung und Inanspruchnahme in erhebliche Probleme geraten.

Den wachsenden Möglichkeiten der Medizin stehen abnehmende Zugänge zu diesen gegenüber.



„Solidarische medizinische Versorgungssysteme haben keine Zukunft.“ (Prof. Dr. med. Karl Max Einhäupl, Gründungsdekan der Medizinischen Universität Lausitz)

Die hier unterstellte und nachweislich falsche These von Einhäupl sieht die Ursache im demografischen Wandel.