

Augenmaß statt Übermaß

TITELTHEMA

Antibiotika bei Erkältung, Spritze bei Kreuzschmerz, Früherkennung um jeden Preis: Ärzte warten mit einem ganzen Arsenal an Untersuchungen und Behandlungen auf, um Krankheiten zu bekämpfen. Dabei wäre es häufig besser für die Patienten, den Krankheitsverlauf erst einmal zu beobachten statt gleich das volle Programm der Medizin einzusetzen, ist Norbert Schmacke überzeugt.

Viele Menschen stimmen dem Satz zu, dass für Gesundheit nichts zu teuer sein darf – aufbauend auf der schon tausendmal gesagten Losung, wonach Gesundheit noch immer das höchste Gut des Menschen ist. Dass diese Sentenzen häufig auch zur Vermarktung vermeintlich neuer, oft jedoch nicht ausreichend untersuchter Produkte aus dem Arsenal der Pharma- oder Medizinprodukte-Hersteller dienen, ist auf den ersten Blick nicht immer zu durchschauen. Am leichtesten erwerben neue Krebsmedikamente das Vertrauen von Ärzten und Patienten. Da sie in Deutschland bislang ohne den Nachweis der Überlegenheit gegenüber dem bisherigen Behandlungsstandard auf den Markt kamen, wird Laien kaum die Idee kommen, dass sie auf dünnes Eis geschickt werden. Würden die Bürger einmal danach befragt, ob sie es für möglich halten, dass neue Medikamente vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen werden dürfen, auch wenn in keiner Studie gezeigt werden konnte, dass sie besser sind als bisherige Vergleichspräparate – wie sähe das Ergebnis wohl aus? Und was antworten Ärzte auf eine solche Frage? Dass Medizinprodukte bisher noch schlechter auf Nutzen und Gefahren hin untersucht worden sind, bevor sie auf den Markt kommen, war vor dem Skandal um schadhafte Brustimplantate aus Frankreich fast schon Geheimwissen.

Ein Zuviel an Medizin. Ein besonders drastisches, fast schon vergessenes Beispiel für ungesicherte Behandlungsverfahren und damit für ein Zuviel an Medizin ist die Hochdosis-Chemotherapie zur Behandlung von Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs. Verfechter dieses sehr aggressiven Behandlungsverfahrens hatten es bis zu Vorträgen von „Forschungsergebnissen“

auf einem Kongress der Amerikanischen Gesellschaft für Klinische Onkologie geschafft. Wer sollte da bösgläubig werden? Auf den ersten Blick weniger dramatisch ist die Tatsache, dass es der Gesetzgeber in Deutschland den Krankenhäusern bislang pauschal genehmigt, neue Behandlungsverfahren einzusetzen, ohne dass dafür entsprechende Nutzenbelege vorliegen. Diese muss der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erst auf Antrag in einem außerordentlich langwierigen Verfahren prüfen. Erst dann können sie – möglicherweise – aus dem Versorgungsgeschehen herausgenommen werden (siehe Kasten „Kliniken: Alles erlaubt“ auf Seite 25). Auch mit der neuen Rechtslage seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes zum 1. Januar 2012 ist das nicht wesentlich anders. Wie aber sollen Kranke und Versicherte auf die Idee kommen, dass eine Klinik Verfahren einsetzen kann, die nicht ausreichend auf ihren Nutzen und ihre Gefährlichkeit hin untersucht worden sind? Ob durch die neue

Lesetipps

- Gigerenzer Gerd; Muir, Gray J.A.: **Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020.** Strüngmann Forum Reports 2009, Frankfurt/Main.
- Huster, Stefan: **Soziale Gesundheitsgerechtigkeit – Sparen, umverteilen, vorsorgen?** Klaus Wagenbach Verlag, Berlin 2011.
- Koch, Klaus; Schürmann, Christoph; Sawicki, Peter: **Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten.** in: Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (24): S. 427-434.
- Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert (Hrsg.): **Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter.** Schattauer Verlag, Stuttgart 2011.

„Forschungsklausel“ im Sozialgesetzbuch V tatsächlich eine Trendwende eingeleitet wird, weil die Mitglieder des GBA demnächst unter bestimmten Bedingungen hochwertige klinische Studien einfordern können, bleibt abzuwarten.

Faszinierende Technik, die schaden kann. Das zweite Beispiel betrifft den Breitereinsatz moderner bildgebender Verfahren wie Ultraschall oder Magnet-Resonanz-Tomografie. Diese Technologien, die Einblicke in den Körper mit beeindruckender Abbildungsqualität erlauben, sind Teil der Alltagskultur geworden. Ärzte und Patienten sind begeistert, wobei erstere wissen könnten, dass der Einsatz der Bildgebung häufig unnötig und damit ausschließlich schädigend ist. Bei unkomplizierten Rückenschmerzen etwa raten Leitlinien von technischer Diagnostik ab, auch bei chronischen Rückenschmerzen ist ihr Stellenwert – vor allem wenn es um die Abwägung einer Operation geht – viel begrenzter als Laien meinen (*siehe Kasten „Übertherapie vermeiden“ auf Seite 26*).

Wer heute über Herzschmerzen klagt, kommt immer schneller zur Kontrastmitteldarstellung der Herzkranzgefäße, obwohl auch hier Leitlinien sagen, dass bei den häufig vorliegenden, medikamentös gut behandelbaren Herzschmerzen dieser Eingriff keine Verbesserung der Lebenserwartung mit sich bringt. Darum geht es aber doch, und der Patient möchte, dass alles gemacht wird, um dieses Ziel zu erreichen. Aber er muss schon sehr gut informiert sein, sinnvolle von überflüssiger Diagnostik zu unterscheiden und eine solche defensive Strategie auch noch gegen Ärzte durchzusetzen, die zur apparativen Diagnostik raten. Wer Diagnostik mit guten Gründen ablehnt und das Pech hat, später doch zu erkranken, handelt sich heute leicht den Vorwurf ein: „Warum haben Sie denn nicht rechtzeitig nachsehen lassen?“

Sorgsam beobachten und abwarten. Völlig aus der Mode gekommen in der Medizin ist die Beobachtung von Spontanverläufen von Erkrankungen. Erfahrene Hausärzte wissen, wie wichtig es ist, nicht immer gleich das volle Programm der Medizin einzusetzen, sondern sorgsam zu beobachten. „Active Surveillance“ nennt sich das im Englischen. Im Lateinischen gibt es den verwandten Sinnspruch „In dubio abstine“, was übersetzt „Im Zweifelsfall abwarten“ bedeutet. Hausärzte in den Niederlanden haben sich offiziell diesem geflügelten Wort verpflichtet. Ärzte, die ihre Patienten – außer in Akutsituationen – nach dieser Philosophie beraten, können demgegenüber bei uns noch leicht in Verdacht geraten, nicht genug zu wissen oder eine Überweisung zum Spezialisten aus finsternen Motiven zu verweigern. Und je höher die Gerätedichte in der Arztpraxis ist und je leichter Spezialisten „um die Ecke“ erreichbar sind, umso besser funktioniert die übliche Routine nach dem Motto: „Wir schauen mal nach, was los ist.“ Das frühe Suchen jedoch kann wegen der Empfindlichkeit moderner Untersuchungsmethoden in äußerst unerwünschte Schleifen von Diagnostik und Therapie führen.

Risiken werden oft klein geredet. Ein besonders brisantes Beispiel aus dem Kapitel „Früh erkennen rettet Leben“ ist der viel diskutierte PSA-Test. Dabei wird ein Prostata-Spezifisches-Antigen mittels eines harmlos erscheinenden Bluttests gemessen. Im

Alltag läuft das in etwa wie folgt ab: Der von seiner Screening-erfahrenen Partnerin zur Früherkennung geschickte Mann erfährt von seinem Urologen, dass der in Mode gekommene PSA-Test immer noch die beste Möglichkeit sei, einen Prostatakrebs im frühen Stadium zu entdecken und erfolgreich zu behandeln. Der Patient könnte sich heute im Internet oder auf anderem Weg darüber informieren, dass die Empfehlung zur PSA-Testung voller Tücken ist und die Entscheidung für den Test sorgfältig abgewogen werden sollte (siehe Kasten „Übertherapie vermeiden“ auf Seite 26). Inzwischen rät die US-amerikanische Preventive Services Task Force gar von einem routinemäßigen Einsatz ab.

Screening kann schaden. Noch aber steigen die Zahlen der Operationen und Bestrahlungen von Männern, bei denen Prostatakrebs im Gefolge von PSA-Testungen festgestellt worden ist. Und wieder gilt: Es ist auf den ersten Blick nicht leicht zu durchschauen, dass die dokumentierte Zunahme des Prostatakrebs nicht bedeutet, dass Männer nach Inanspruchnahme des PSA-Tests länger leben und eine höhere Lebensqualität erfahren. Die gravierenden Nebenwirkungen aller Behandlungsverfahren werden häufig klein geredet. Warum der PSA-Test sich für ein Screening gar nicht eignet, warum Mammographie als Screening einen weitaus geringeren Nutzen hat als oft propagiert wird, und warum andererseits die Früherkennungsuntersuchung auf Dickdarmkrebs vermutlich deutlichen Nutzen stiftet – das alles zu durchschauen fällt Laien schwer. Selbst für Ärzte ist es nicht durchgängig zu erkennen, und das macht es im Alltag dann vollends schwierig, ein Zuviel an Medizin zu vermeiden.

Warum gesichertes Gelände verlassen? Nachdem die Früherkennung auf Dickdarmkrebs vom GBA auf hohen Standard gebracht worden ist und andere Länder sogar noch stärker allein auf den bewährten „alten“ Stuhltest setzen, wird in Deutschland der Ruf nach Herabsetzung des Alters für die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Dickdarmspiegelung laut. Anhand des Krebs-Screenings lässt sich generell gut zeigen, wie wichtig es ist, gute von schlechten Studien unterscheiden zu können und überhaupt Zugang zu solchen Publikationen und deren Bewertung zu haben. Wäre das für die Bevölkerung kein Problem, würde vermutlich auch der moralische Druck nachlassen, der jetzt in wirklich bedrückender Form auf der Frage lastet: Früherkennungsuntersuchungen durchführen lassen oder nicht?

Kliniken: Alles erlaubt

Für Deutschlands Krankenhäuser gilt das Prinzip des Verbotsvorbehalts: Danach dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so lange angewendet werden, bis der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aus Ärzten, Kassen, Kliniken und Patientenvertretern sie nicht durch Erlass einer Richtlinie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen oder Einschränkungen beschlossen hat. Für den ambulanten Bereich wiederum gilt der Erlaubnisvorbehalt. Er besagt, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so lange keine Leistungen der GKV sind, bis der GBA hierzu ein positives Votum abgegeben hat.

(Quellen: www.g-ba.de; www.aok-bv.de/lexikon)



EINE HOHE DICHTUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN KANN AUCH MIT EINER SCHÄDIGUNG DER GESUNDHEIT EINHERGEHEN

Zu viele Spezialisten am Werk. Weiter befördert wird das Zuviel an Medizin durch die Tatsache, dass kein anderes Land der Erde eine derart hohe Dichte an Spezialisten im ambulanten Sektor aufweist wie Deutschland. Die Hausärzte – wohl bemerkt „Spezialisten für das Allgemeine“ mit fünfjähriger Weiterbildung – haben ihre liebe Mühe und Not, das niederländische Motto der Medizin – „Im Zweifelsfall abwarten“ – nach Deutschland zurückzuholen. Jeder Laie meint zu wissen, dass Hausärzte im Zweifelsfall etwas übersehen oder zu spät überwiesen haben und einfach nicht Bescheid wissen, was moderne Medizin ist. Diese Skepsis steht interessanterweise nicht im Widerspruch zum Loblied auf die Hausärzte, die krankschreiben und Hausbesuche abstatten oder auch schon mal ausführlich erklären, was der Spezialist neulich gemacht hat. Es bedarf aber einer gediegenen Literaturkenntnis, um in Frage zu stellen, ob das deutsche System der doppelten Facharztschiene aus Kliniken und Praxen, gemessen an Lebenserwartung und Lebensqualität, einem „Primary Care System“ wie in England oder den Niederlanden überlegen ist. Welcher gesetzlich Krankenversicherte liest in seiner Freizeit die Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe von Barbara Starfield, die nahelegen, dass ein zurückhaltender Einsatz von spezialistischer Medizin eher vorteilhaft ist? Und was soll der gesetzlich krankenversicherte Mann denken, wenn sein Hausarzt

Übertherapie vermeiden

Prostata: Ist ein PSA-Test nötig?

Vielen Männern ab dem 45. Lebensjahr wird eine regelmäßige PSA-Bestimmung zur Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern als individuelle Gesundheitsleistung angeboten, die mit gutem Grund vom Gemeinsamen Bundesausschuss aus Ärzten, Kliniken und Kassen bislang nicht in die Regelversorgung aufgenommen wurde. Bis dato steht nämlich nicht fest, ob regelmäßige PSA-Tests tatsächlich für dafür infrage kommenden Männer von Vorteil sind. „Der Beleg fehlt, dass diese Untersuchung ihr Leben verlängert und nicht nur Beunruhigung und eventuell sogar unnötige Behandlungen nach sich zieht“, betont beispielsweise das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ). Die AOK hat deshalb gemeinsam mit dem DKFZ und Wissenschaftlern der Universität Bremen eine Entscheidungshilfe entwickelt, anhand derer Männer belastbare Daten über das Für und Wider eines PSA-Tests erhalten. Die Entscheidungshilfe vermittelt in verständlicher Form, was die Untersuchung leisten kann – und was nicht. Es wird ausführlich über den möglichen Nutzen sowie über mögliche Risiken und Folgen des PSA-Tests informiert. Dieses Wissen soll Patienten die Entscheidung für oder gegen den PSA-Test erleichtern und sie in die Lage versetzen, dem behandelnden Arzt gezielte Fragen zu stellen.

www.aok.de/portale/bundesweit/psa

Rücken: Muss es gleich die Spritze sein?

Etwa 80 Prozent aller Bundesbürger haben im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal mit Rückenschmerzen zu kämpfen. Die Ursachen für das Kreuz mit dem Kreuz sind vielfältig: Abnutzung der Bandscheiben, überlastete Gelenke, Sehnen und Muskeln, Rheuma, Stress, seelische Probleme. Was die Behandlung des Kreuzschmerzes anbetrifft, so geht der Trend in der Medizin inzwischen verstärkt in Richtung „Weniger ist mehr“. Überdeutlich wird dies bei der Lektüre der neuen „Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz“, herausgegeben von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Darin wird behandelnden Ärzten unter anderem empfohlen, bei „vorerst fehlenden Hinweisen für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien“ keine weitere apparative Diagnostik anzuwenden. Die Beschwerden bei akutem, nichtspezifischem Kreuzschmerz seien „üblicherweise selbst begrenzend“, sodass der größte Anteil der Personen, der sich zum ersten Mal wegen Rückenbeschwerden in Behandlung begibt, „lediglich einer Beratung und Akutversorgung“ bedürfe. Außerdem, so lautet eine weitere Empfehlung, sollten Rückenschmerz-Patienten von ihren Ärzten zu Therapieformen motiviert werden, die ihnen helfen, den eigenen Rücken selbst zu stärken.

www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz

ihn zu einem vorsichtigen Umgang mit dem bereits erwähnten PSA-Test rät und „sein“ Urologe schlicht und ergreifend sagt: „Es ist das Beste zur Vorbeugung, was es gibt.“ Es steht zu befürchten, dass das dramatische Ergebnis von Stiftung Wartentest aus dem Jahr 2004 zur Qualität urologischer PSA-Beratung heute nicht besser ausfallen würde.

Vieles wird getan, was nicht wirklich hilft. Der letzte, von US-Präsident Barak Obama eingesetzte Leiter der beiden Versorgungskonzepte Medicare und Medicaid, Donald Berwick, gab der „New York Times“ Ende 2011 ein Interview, in dem er die Auffassung vertrat, das Gesundheitsbudget der Vereinigten Staaten könne um 20 bis 30 Prozent reduziert werden, ohne dass die Qualität der Versorgung leide. Berwick nannte fünf Gründe: unnötige Überversorgung, fehlende Koordination in der Versorgungskette, die Komplexität der Verwaltung des Gesundheitswesens sowie unsinnige Bürokratie und Betrug. Und zu den Routinen in der Medizin erläuterte er: „Vieles wird getan, was den Patienten in keiner Weise hilft. Und viele Ärzte wissen das.“ Das sind große Worte, gelassen ausgesprochen von einem exzellenten Kenner des US-Gesundheitssystems. In einem Editorial des Archives of Internal Medicine aus dem Jahr 2010 heißt es: „Weniger ist mehr. Warum ein Weniger an Medizin für bessere Gesundheit sorgen kann.“ Auch das stammt nicht aus dem Mund von Gegnern der modernen Medizin. Es ist vielmehr der Ausdruck der schmerzhaften Erfahrung, dass entgegen einer tief sitzenden Intuition eine hohe Dichte an medizinischen Leistungen auch mit einer massiven Schädigung von Gesundheit einhergehen kann.

Buch mit sieben Siegeln. Unzufriedenheit mit der Medizin kommt in allen Ländern mit einem entwickelten Gesundheitswesen auch in ganz anderer Weise zum Ausdruck: in der Inanspruchnahme der komplementären Medizin. Homöopathie, Akupunktur und Kräutertees erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Dies deutet vielleicht nicht in erster Linie auf eine Überschätzung des Nutzens derartiger Behandlungsverfahren hin. Es weist vielmehr vor allem darauf hin, dass viele „alternative“ Heiler offenbar den Patienten eher das Gefühl vermitteln, sich ganz individuell um sie zu kümmern, im wahrsten Sinne des Wortes ein Ohr für ihre Sorgen zu haben. Diese Behauptung stützt sich vor allem auf umfangreiche qualitative Studien, in denen Patienten zu ihren Erfahrungen mit der sogenannten Alternativmedizin interviewt worden sind. Eine repräsentative Befragung des Commonwealth Fund zeigte, dass deutsche Patienten sich nicht gut über Nutzen und Risiken der Medizin aufgeklärt fühlen. Die sogenannte Schulmedizin bleibt für viele Patienten ein Buch mit sieben Siegeln.

Weiter Weg zum informierten Patienten. Es könnte sein, dass wir am Beginn einer neuen Ära stehen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass Gesunde wie Kranke besser darüber informiert sein wollen, was für sie gut ist, und wie gut belegt ärztliche Empfehlungen tatsächlich sind. Früher traute sich niemand, Ärzten selbstbewusst derartige Fragen zu stellen. Sie erwarteten nicht, dies tun zu können, und resignierten, wenn sie das Gefühl

hatten, nicht zu ihrem Recht zu kommen. Heute trauen sich immer mehr Kranke, in der Sprechstunde oder im Krankenhaus Fragen zu stellen. Gesetze und Rechtssprechung unterstützen sie dabei. Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen tun ein Übriges, sie werden Schritt für Schritt fester Bestandteil der Medizinkultur. Manche behaupten sogar, „Shared Decision Making“ löse die alte paternalistische Medizin in kurzer Zeit ab. Wer sich im Freundes- und Bekanntenkreis umhört oder über eigene Erfahrungen mit der Medizin nachdenkt, kommt jedoch zu einem anderen Schluss: Es ist noch ein weiter Weg, bis der Patient wie selbstverständlich mit guten Informationen versorgt wird, um sich seine eigene Meinung zu bilden oder zumindest die richtigen Fragen an die Therapeuten zu stellen.

Kommunikation als Kernkompetenz. „Health Literacy“ heißt das neue englische Zauberwort: Informiertsein über medizinische Zusammenhänge und souveräner Umgang mit den zur Verfügung stehenden Informationen. Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, ist überzeugt, dass die meisten Menschen lernen können, mit dem Thema Nutzen und Risiken vernünftig umzugehen. Derartige Bemühungen sollten ohne Frage verstärkt werden. Eines ist aber wohl nicht zu übersehen: Wer schwer erkrankt ist, hat Angst. Und vermutlich kennen die meisten Menschen das Gefühl von Angst und Unsicherheit bei vertieftem Nachdenken über die eigene Gesundheit. Kranke bleiben insofern immer auf ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Ärzten angewiesen. Es ist sehr viel verlangt, davon auszugehen, dass sie tatsächlich in jeder Situation verstehen, was ihnen empfohlen wird und was um sie herum im Zusammenwirken der Experten geschieht. Gesundheit ist keine normale Ware. Die Ärzteschaft trägt besondere Verantwortung – und muss stärker als in der Vergangenheit unter Beweis stellen, dass sie das in sie gesetzte Vertrauen verdient. Dazu gehören zwei Kernkompetenzen: die Fähigkeit zu sensibler Kommunikation und der Umgang mit der Wissensinflation in der Medizin. Beide Kompetenzen müssen – und können – erworben werden.

Die Transparenzkrankheit heilen. Die meisten Versicherten, auch viele Journalisten und Politiker, haben Schwierigkeiten, sich ein gutes Bild über den Nutzen und die Probleme unseres Versorgungssystems zu machen. Eine Therapie dieser Transparenzkrankheit setzt also erstens voraus: Es muss noch weitaus mehr als bisher in Aufklärung über Nutzen und Risiken der Medizin investiert werden: die Patienteninformatoren des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder die Webseite des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg sind nur ein Anfang. Bildung ist ohne Frage „Nummer 1“ auch beim Thema Gesundheit. Apropos Bildung: Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften wäre es gut investiertes Geld, einen Teil der Mittel, die heute für die medizinische Versorgung ausgegeben werden, in die Bildung von Kindern und Erwachsenen umzuschichten. Zweitens: Wir brauchen mehr Forschung zur Abrüstung einer allzu oft aktionistischen Medizin. Die Bostoner Ärztin und Wissenschaftlerin Jennifer Temel hat 2010 in einer hochkarätigen Studie gezeigt, dass Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs unter einem Regime palliativer Betreuung



WIR STEHEN AM BEGINN EINER NEUEN ÄRA, IN DER GESUNDE WIE KRANKE BESSER INFORMIERT SEIN WOLLEN, WIE GUT ÄRZTLICHE EMPFEHLUNGEN TATSÄCHLICH SIND

mit weniger aggressiver Chemotherapie nicht nur eine höhere Lebensqualität aufwiesen sondern auch länger lebten. Darüber spricht in Deutschland noch niemand.

Drittens müssen, wo immer es geht, alle „perversen“ Leistungsanreize aus der Medizin verschwinden. Es darf nicht sein, dass die Ausweitung in unsinnige Leistungsmengen auch noch fürstlich bezahlt wird. Und nicht zuletzt gilt es nach Wegen zu suchen, die Qualität der Kommunikation von Kranken, ihren Angehörigen und Freunden mit den Professionellen im System zu verbessern. Dies darf nicht länger eine nette zusätzliche Leistung sein. Sie muss wie selbstverständlich im Alltag anzu treffen sein, ohne von der Melodie begleitet zu werden: „Würden wir ja gerne machen, wenn wir mehr Zeit und Geld dafür bekämen.“ ■

Professor Dr. Norbert Schmacke ist Gesundheitswissenschaftler am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Außerdem ist er stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. **Kontakt:** schmacke@uni-bremen.de

Zitierte und weiterführende Literatur beim Verfasser