

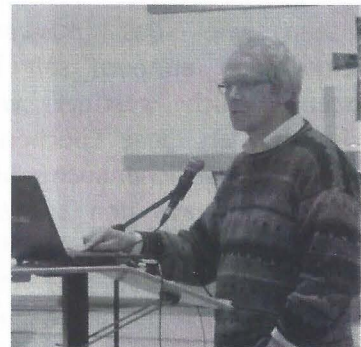
+84 200

Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine Systematik erkennbar?

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Kurzbiographie

Professor Dr. med. Norbert Schmacke, geb. 1948, ist Internist und Gesundheitswissenschaftler. Nach langen Jahren im öffentlichen Gesundheitsdienst ist er nun am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen tätig. Von 2003 bis 2010 war er Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (ipp.akg.uni-bremen.de). 1999-2003 Leiter des Bereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. 1994-1999 leitete er die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. 1983-1994 arbeitete er als Abteilungsleiter im Hauptgesundheitsamt Bremen. Zuvor absolvierte er die Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin an Bremer Krankenhäusern. Er ist zudem langjähriges unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.



Vortragsbeschreibung

Der englische General Practitioner Julian Tudor Hart prägte den Begriff des „Inverse Care Law“: diejenigen, die am meisten Unterstützung durch das Gesundheitssystem benötigen, erhalten am wenigsten Hilfe. Man könnte fast resignierend sagen: dies ist ein ehernes Gesetz, mit dem alle Gesellschaften konfrontiert sind. Auch Deutschland mit seinem insgesamt hoch entwickelten und weltweit anerkannten Versorgungssystem in Medizin, Pflege und Sozialarbeit weist systematische Schwächen auf. In dem Vortrag wird in den Mittelpunkt gestellt, dass es offenbar eine Logik gibt, der zufolge das Leistungsspektrum des Gesundheitssystems unterschiedlich gut entwickelt ist. Hierfür sind ökonomische wie nicht-monetäre Motive gleichermaßen zu benennen.

Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine Systematik erkennbar?

1. Das größere Bild

Die Beschäftigung mit der Frage, wie Deutschland mit Flüchtlingen umgeht, beinhaltet auf der einen Seite die historische Perspektive. Welche Traditionen ein Land im Umgang mit den Themen von Auswanderung und Zuwanderung prägen, das ist für die aktuelle Politik natürlich hoch bedeutsam. Deutschland kennt die großen Auswanderungswellen z.B. in die USA, und Museen wie das Auswandererhaus in Bremerhaven erinnern seit kurzem sowohl wissenschaftlich gestützt wie anschaulich präsentiert an diese Epochen. Die Politik in diesem Land ist sicher auch sehr stark durch die Zuwanderung aus den sowjetisch besetzten Gebieten des ehemaligen Dritten Reiches geprägt worden, so wie in der jüngsten Geschichte auch durch die Zuwanderung von Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion, die als Aussiedler bezeichnet werden. Andere Wanderungen werden nach wie vor stark tabuisiert, dies gilt vor allem für die Zwangsarbeiter, die unter der Herrschaft des Nationalsozialismus in Munitionsfabriken oder in der Landwirtschaft arbeiten oder Bunker für die deutsche Bevölkerung bauen mussten. Dies gilt ebenso für die Flüchtlinge, die Deutschland nach 1933 verließen, weil sie um Leib und Leben fürchten mussten. Die ökonomisch induzierten Wanderungswellen der so genannten Gastarbeiter wurden lange Zeit dethematisiert, weil die Politik die Bevölkerung glauben machen wollte, Deutschland sei kein Einwanderungsland und könne die Gastarbeiter als vorübergehendes Phänomen begreifen. Das Land war insofern von seiner politischen Klasse außerordentlich schlecht auf die Flüchtlinge eingestellt, die Asyl beantragten. Dass Migration zur Menschheitsgeschichte gehört,

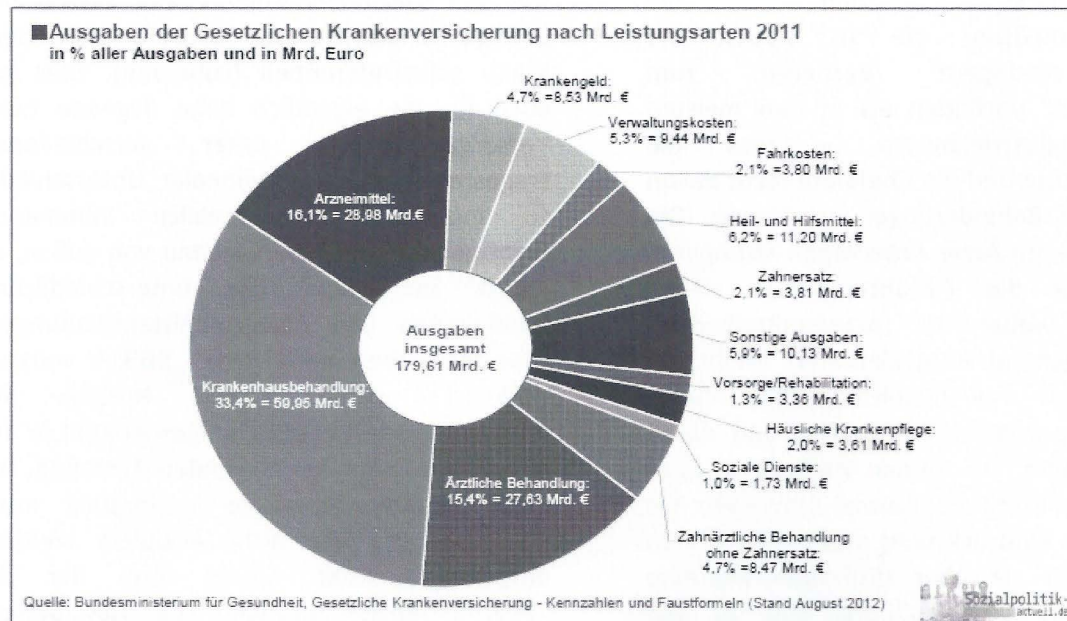
dass kein Land dauerhaft einen Abwehrzaun um sich errichten kann, und dass die Hauptlast der neuzeitlichen Flüchtlingsbewegungen von besonders armen Ländern getragen wird, das war großen Teilen der Bevölkerung fremd oder wurde zu lange lebhaft verdrängt. In dieser Tradition konnte sich weder mit Blick auf die allgemeinen Menschenrechte noch auf die medizinische Versorgung eine Kultur moderner Ethnomedizin entwickeln. Hier finden sich die eigentlichen Ursachen für die immer noch diskriminierende Weise, in der dieses Land mit den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen von Flüchtlingen umgeht.

2. Perspektive Lernfähigkeit

Nachfolgend soll der Blick auf eine andere Frage gelenkt werden, um vielleicht besser zu verstehen, wie es um die Lernfähigkeit des Gesundheitssystems selber bestellt ist:

„Was kann dieses System besonders gut, was kann es nicht so gut, und ist mittels einer derartigen Gegenüberstellung eine Systematik erkennbar, die für die Ethnomedizin relevant ist?“

Deutschland verfügt über ein nach internationalen Maßstäben sehr gut ausgebautes und ausgestattetes Gesundheitssystem. Im eigentlichen Krankenversorgungssystem wird der größte Teil durch die Pflichtversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgebracht. Aus den bescheidenen Anfängen der Bismarckschen Sozialversicherung, die anfänglich vor allem Arbeiterfamilien vor nacktem sozialen Elend im Falle der Erkrankung des Haupternährers schützen wollte, ist ein Versicherungssystem geworden, das einen der größten Wirtschaftszweige des Landes finanziert.



Das deutsche System der sozialen Krankenversicherung hat sich mit Blick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Stabilität außerordentlich bewährt; die „Reformbedarfe“ sind in Ländern anderer Finanzierungssystematik mindestens so groß wie dies für Deutschland aufzuzeigen ist. Eine andere Frage ist, welche Handlungs- und Ausgabenlogik dieser GKV hinterlegt ist, wie Priorisierungsprozesse ablaufen und wie es um die Kosten-Nutzen-Bilanz aussieht. So ist beachtlich, dass die Ausgaben für ambulant rezeptierte Arzneimittel seit einigen Jahren die Ausgaben für die niedergelassene Ärzteschaft überstiegen haben. Bemerkenswert ist auch, dass trotz nahezu flächendeckender Einführung der tagesgleichen Pflegesätze (DRG) und der damit verbundenen Effizienzbemühungen in den Krankenhäusern das Krankenhausbudget kontinuierlich steigt. Auch die Zunahme ambulanter chirurgischer Leistungen hat diesen Trend nicht beeinflussen können. In keinem anderen Land der Welt gibt es eine derart stark ausgebaute Doppelgleisigkeit fachärztlicher Leistungen im ambulanten und stationären Sektor wie in Deutschland. Rationalisierungspotenziale werden seit Jahrzehnten von der Forschung und Teilen der Gesundheitspolitik aufgezeigt, realisierbar erscheinen sie demgegenüber praktisch nicht. Das System erweist sich als ein Giga-Tanker, der kaum von seinem Kurs abzubringen ist.

3. Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die medizinische Versorgung durch die Sozialversicherung zeichnet sich durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung aus, wonach auf allen Ebenen der Entscheidung über das Ausmaß der Leistungen und die Grundprinzipien der Vergütung Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausverbände) und Krankenkassen in paritätisch zusammengesetzten Gremien entscheiden. Die Bundespolitik delegiert m.a.W. unbeschadet ihrer politischen Vorgaben das wesentliche „Geschäft“ auf die Parteien, die von fundamental unterschiedlichen Interessen geleitet werden – so sehr auch alle nach dem Gesetzestext den Prinzipien des medizinisch Gebotenen und der Wirtschaftlichkeit unterworfen sind. Das Finden von Kompromissen ist also im Sozialgesetzbuch quasi vorgegeben, und die Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung haben in vielen Fragen eine hohe Kunst entwickelt, derartige Kompromisse tatsächlich auch zustande zu bringen, und sei es nur, um Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zuvor zu kommen. Diese Aufgabenverteilung ist auch für die Politik außerordentlich komfortabel. Innerhalb dieser Aushandlungsprozesse wurde und wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weitaus rascher und flächendeckend das finanziert, was gern als „Innovationen“ im Gesundheitswesen

bezeichnet wird. Dies betrifft vor allem den Arzneimittelmarkt und die Krankenhausmedizin, die in Deutschland deutlich niedrigere Barrieren zum „Markteintritt“ vorfinden als in den meisten anderen Industrieländern – was die Pharmaindustrie und die Chefarzte nicht davon abhält, über Behinderungen zu klagen. Die niedergelassenen Ärzte unterliegen strengeren Auflagen für die Einführung von neuen Leistungen, wobei der Arzneimittelbereich davon weitgehend ausgeklammert bleibt, da nach dem Arzneimittelgesetz auch Medikamente zugelassen werden und damit rezeptierbar sind, die keinen höheren Nutzen als bereits im Markt befindliche aufweisen. Ein gegenteiliger Eindruck wird von vielen Ärzten erweckt, weil sie über drohende Regresse klagen, wenn sie zu teure und zu viel Leistungen verordnen. Regresse, das heißt Zurückzahlung ausgezahlter Honorare im Falle unwirtschaftlichen Verordnens, werden zwar nur selten durchgesetzt, die Angst vor ihnen beeinflusst aber tatsächlich ärztliches Verordnungsverhalten: allerdings weniger bei Medikamenten als bei nichtmedikamentösen Verfahren.

Diese Bilanz deutet bereits die Schwächen des Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung an. Es beginnt damit, dass die Frage kaum gestellt wird, ob die Rangliste der eingesetzten Ressourcen, die Schwerpunktsetzung in der Versorgungsphilosophie tatsächlich den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. In jedem Fall dauert es in einem stark gesättigten System sehr lange, ehe wirkliche Kurskorrekturen vorgenommen werden. Das gilt momentan vor allem für das Thema einer differenzierten, altersgerechten medizinischen Versorgung. Auch wiederholtes Aufzeigen der negativen Folgen der stark sektorierten und wenig kooperationsbereiten Angebotsstruktur bringt immer nur Änderungen im Zeitlupentempo hervor. Man kann dies am Thema der Mehrfachverschreibungen von Medikamenten für alte und hochbetagte Menschen gut aufzeigen. Die Rate an medikamentenbedingten

Krankenhauseinweisungen und Todesfällen ist unnötig hoch, aber die Nutzung moderner Technologien zur Vermeidung gefährlicher Arzneikombinationen kommt kaum voran. Langjährige Bemühungen um die Überwindung

der Sektorenabschottung durch Gesetzgeber wie die Selbstverwaltung selber zeigen nur geringe Fortschritte: das System ist in hohem Maße selbstreferentiell (Luhmann). Dies gilt auch für die eigentlich nahe liegende Idee, Versorgungsrealität unter verschiedenen Fragestellungen, z.B. regionaler Unterschiede, zu evaluieren. Nachdenklich stimmende Beiträge stammen überwiegend von außen, so jüngst zur Frage der unterschiedlichen Häufigkeiten von Kaiserschnittentbindungen. Modellvorhaben nach dem SGB V müssen evaluiert werden, das Niveau der durchgeführten Untersuchungen erlaubt in der Regel aber keine Ziel führenden Aussagen. Die hoch gelobte integrierte Versorgung muss demgegenüber gar nicht evaluiert werden, ausgerechnet der Ansatz also, der die Sektorengrenzen sprengen soll. Das System fremdelt mit der Versorgungsforschung, wie sie in den USA seit Jahrzehnten üblich ist (Health Services Research). Zu den Schwächen der gemeinsamen Selbstverwaltung zählt weiter, dass es weder gelingen will, fragwürdige Mengenausweitungen – etwa bei der Implantation von Kniegelenksprothesen oder bei den Antidepressiva – zu begrenzen noch umgekehrt Versorgungslücken systematisch zu identifizieren. Die Begriffsfigur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, die für Deutschland der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen eingebürgert hat, wird zwischen Ärzte- und Kassenseite als Kampfinstrument eingesetzt, ohne dass es einen Masterplan gibt, zu einer besseren Balance zwischen „zu viel – zu wenig – das Falsche“ zu kommen.

4. Ambulante Versorgung

Der Besuch bei Ärztinnen und Ärzten endet typischerweise mit dem Ausstellen eines Rezeptes – oder einer Überweisung zu einer/ einem weiteren Fachärztin/ Facharzt. Dies ist der deutlichste Ausdruck der Medikalisierung unseres Gesundheitssystems, das schrittweise verlernt hat, an den Beginn der Kontakte eine sorgfältige Problemanalyse zu stellen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu erörtern, welche dieser Probleme durch medizinische Maßnahmen positiv beeinflusst werden können – und welche nicht. Dieser Kritik wird fortlaufend mit dem Argument begegnet, es fehle die Zeit für derartig aufwändige Kommunikation. Da das ambulante

Versorgungssystem in Deutschland eine besonders hohe Kontaktdichte und kurze Konsultationszeiten aufweist, handelt es sich um einen Teufelskreis. Lediglich einige prominente Vertreter der Allgemeinmedizin weisen inzwischen drauf hin, dass dieser *circulus vitiosus* durchbrochen werden muss – und kann. Voraussetzung dafür ist freilich, dass die notwendigen kommunikativen Kompetenzen auch gelehrt und erhalten bleiben. Hierauf zielen u.a. die zahlreicher gewordenen Reformstudiengänge der Medizin ab; noch ist leider ungewiss, ob sie nachhaltige Wirkung erzeugen können. Und so wird das heutige Bild noch sehr davon geprägt, dass „schwierige“ Patienten von einem Arzt zum anderen wandern, dass eine Fülle von folgenlosen Labordaten und Bildern erzeugt wird, und dass in den Alltagsroutinen immer mehr der Eindruck erzeugt wird, man müsse tatsächlich bei allen gesundheitlichen Themen Spezialisten fragen, wo abwarten und gesunder Menschenverstand ausreichen würden. Behutsame Stufendiagnostik verliert immer mehr an Bedeutung zugunsten von „totalen“ Check-Ups, die immer neue „Befunde“ generieren, die das Schwungrad des Systems am Laufen halten. Das Schlicht-Rezept für die meisten der so generierten Fragen ist das Medikament für alle Lebenslagen. Demgegenüber haben es nicht-medikamentöse Verfahren sehr viel schwerer. Dies hat neuerdings noch einen weiteren, geradezu tragischen Grund: da Forschung zu nicht-medikamentösen Verfahren praktisch massiv unterfinanziert ist, gibt es viel zu wenige aussagekräftige Studien, die nicht-medikamentöse und „klassisch medizinische“ Behandlungen miteinander vergleichen. Im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin kann deshalb absurderweise die pharmazeutische Industrie, trotz aller Mängel der Arzneimittelzulassungsstudien, leichter ihre Interessen durchsetzen, da sie systematisch Studien durchführt, deren Forschungs- und Entwicklungskosten in die Preisgestaltung eingerechnet werden. Die Pharmaindustrie unterhält auch nach wie vor ein Heer von Pharma-Agenten, die in die Praxen und Krankenhäuser ausschwärmen und ein System der arbeitsplatznahen, aber rein interessengesteuerten Fortbildung anbieten. Kritische, anbieterunabhängige Fortbildung

steht nach wie vor im Schatten der Beeinflussung der Gesundheitsindustrie. Und ein systematisches Training in Gesprächsführung und Kooperation gehört praktisch nicht ins Pflichtenheft der Ärzteschaft – bei einschlägigen Veranstaltungen, die es sehr wohl gibt, trifft sich die „Kirchengemeinde“. Wie die Versorgung der – glücklicherweise – älter werdenden Bevölkerung mit dem unvermeidlichen Nebeneinander von behandlungsbedürftigen Problemen und altersgemäßen Beeinträchtigungen künftig gestaltet werden soll: diese Frage ist einstweilen eine reine Insiderdebatte. Die Frage stört den Betrieb.

5. Stationäre Versorgung

Es gehört vermutlich zum „Geheimwissen“ von Kennern des Systems, dass im Krankenhausbereich für die Fortentwicklung der Medizin der so genannte Verbotsvorbehalt gilt: jedes Krankenhaus in Deutschland darf jede neue medizinische Leistung solange erbringen, bis sie – indikationsbezogen – vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wegen unzureichendem Nutznachweis verboten worden ist. Die Hürde für derartige Beschlüsse waren immer sehr hoch und sind momentan auf Grund der gesetzlich fixierten Abstimmungsverhältnisse im G-BA praktisch unüberwindbar. Ob eine neue Bundesregierung dieses offenbar als zu heiß empfundene Thema anfassen würde, ist völlig offen. Wenn man diesen Tatbestand etwas provokant zuspitzt, dann heißt das: Patientinnen und Patienten können ohne weiteres im Krankenhaus in die Situation geraten, an einem nicht kontrollierten Experiment teilzunehmen. Natürlich wird jeder Chefarzt dies vollkommen anders formulieren: sein Krankenhaus ist bemüht, die modernste Therapie allen Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich zugänglich zu machen. Das kann zweierlei bedeuten: entweder werden Behandlungsverfahren eingesetzt, die überhaupt nicht in guten Studien untersucht worden sind, oder ein Krankenhaus übernimmt ohne weiteres Nachdenken gut untersuchte Verfahren, die aber erhebliche Voraussetzungen an die Logistik des jeweiligen Krankenhauses stellen, die man in wissenschaftlichen Studien in der Regel vorfindet, im Alltag aber eben häufig nicht. Es geht hierbei um nichts anderes als um die

Sicherheitskultur im Gesundheitswesen und es geht zweitens auch um den schonenden Umgang mit Ressourcen. Was im DRG-Zeitalter zählt, ist am Ende des Tages im Zweifelsfall die Mengenausweitung; dies ist der entscheidende Webfehler eines Vergütungssystems, das einen anderen Missbrauch abstellen wollte, nämlich die unbegründete Ausdehnung der Verweildauer im Krankenhaus bei „tagesgleichen Pflegesätzen“. Krankenhausmedizin wird schließlich immer stärker dadurch gekennzeichnet, dass private Ketten – auf den ersten Blick - besser in der Lage sind, mit den neuzeitlichen ökonomischen Regularien umzugehen als viele kommunale Einrichtungen, die dem Konkurrenzdruck immer schwerer Stand halten können. Dieser Privatisierungstrend führt zwar nicht automatisch zu schlechter Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten, aber er bringt das Konzept der Akquise in das System und vergrößert die Gefahr von Über- wie Unterversorgung. Der Krankenhauswettbewerb orientiert sich nicht primär, wie erhofft, am Qualitätsstandard, sondern am Gesamterlös. Wie problematisch dieser Trend tatsächlich schon ist, das ist schwer einzuschätzen, weil es gute Versorgungsforschung nur ausschnittsweise gibt. Die Themen wiederholen sich.

Gegen eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ist prinzipiell wenig einzuwenden. Wer verlässt das Krankenhaus nicht gern so rasch wie möglich? Dies setzt freilich voraus, dass es ein kluges Aufnahme- und Entlassungsmanagement gibt. Dies fragt danach, warum ein PatientIn „eigentlich“ kommt, welche Problemlösungen angeboten werden können und wie die Nachbetreuung (wenn eine solche erforderlich ist) organisiert werden muss. Das klingt außerordentlich trivial, ist es aber nicht. Ähnlich wie im ambulanten Bereich wird Klage geführt, für solche aufwändigen Kommunikationsprozesse fehle die Zeit. Die Mengen aber nehmen zu, die Verweildauer sinkt. Pflegepersonal wurde drastisch abgebaut; zu dessen klassischen Kompetenzen zählt nun aber das Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Es ist fast ein „Catch 22“⁴³: man hat zu viel zu tun, um darüber nachdenken zu können, ob es nicht

auch anders ginge. Patientenaufklärung kommt zu kurz, Stellen für SozialarbeiterInnen und PsychologInnen sind Mangelware, Teamkonferenzen stehen häufig nur auf dem Papier. Wie dieses System vor allem den Anforderungen der alten, oft noch sehr hilflosen PatientInnen jetzt und in Zukunft gerecht werden will, bleibt rätselhaft. Der Verweis auf geriatrische Abteilungen hilft sicher nicht. Es liegt auf der Hand, dass eine kurze Verweildauer auch nur dann gut geht, wenn das ambulante System sich ganz anders darauf eingestellt hat. Die Sektoren nehmen aber voneinander viel zu wenig Notiz. Kein Industriezweig könnte bei einem derartigen systemimmanenten Autismus überleben, böse formuliert.

Beispiel Prostatakrebs

Am Beispiel dieser bei Männern häufigen Tumorerkrankung lässt sich aufzeigen, wie mächtig eingefahrene Routinen im Versorgungssystem sind und wie schwer es ist, das aktuelle Wissen um eine gute Medizin in den Alltag einzubringen. Es beginnt mit dem Thema Screening. Intuitiv müsste es gut sein, die ersten Anzeichen für einen Prostatakrebs zu erkennen und sofort eine Behandlung einzuleiten, mit dem Ziel des Erhalts der durchschnittlich erwartbaren Lebenserwartung. Nun gibt es weder ein zu verlässiges Screeninginstrument (der häufig angebotene PSA-Test erfüllt die Erwartungen nicht) noch ist sicher, dass eine frühe Behandlung immer sinnvoll ist. Vereinfacht gesagt nimmt der Nutzen einer radikalen Behandlung (Operation oder Bestrahlung) mit dem Alter drastisch ab. Es ist leider nicht einmal vorherzusagen, ob ein radikales Vorgehen in jüngeren Jahren tatsächlich die Lebenserwartung verlängert oder nicht. Die Situation so zu vermitteln, wie sie nun einmal ist, wäre wie immer die Aufgabe der Ärzteschaft. Patienten nicht in falscher Sicherheit zu wiegen und ihnen im Gegenteil die vorhandenen Unsicherheiten bezüglich Screening und Therapie zu erläutern, gehört fraglos zur ärztlichen Pflicht. Diese wird aber – zurückhaltend formuliert – noch längst nicht allorten erfüllt. Inzwischen mehren sich zwar auch aus dem urologischen Bereich die Stimmen, die insbesondere bei älteren Männern zu starker Zurückhaltung gegenüber aggressivem Vorgehen raten. Im Mainstream

⁴³ http://de.wikipedia.org/wiki/Catch-22_%E2%80%93_Der_b%C3%B6se_Trick

gilt aber wohl oft noch: so viele PSA-Tests wie möglich, und so früh wie möglich radikal behandeln. Während die Sozialwissenschaften von „HealthLiteracy“ sprechen und überall auf der Welt Arbeitsgruppen an der Verbesserung der Informationsmedien für Gesunde und Kranke über Prävention und Therapie arbeiten, ist immer wieder von Männern zu hören, dass ihnen der PSA-Test als IGeL-leistung angeboten worden ist, ohne dass eine damit zwingend zu verbindende Beratung erfolgt wäre. Und im ärztlichen Selbstverständnis hat das Abwarten und Begleiten kein hohes Ansehen. Handeln ist im Zweifelsfall die Devise, selbst wenn Handeln – wie im Falle des Prostatakarzinoms – mit einer hohen Rate an gravierenden Nebenwirkungen bei fehlendem oder ungewissem Nutzen verbunden ist. Die Kunst der Beratung über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin ist in der Ärzteschaft immer noch nicht weit verbreitet. Zu ihr gehört ganz zentral der Umgang mit Unsicherheit: und dies steht offenbar weithin quer zum ärztlichen Selbstverständnis.

Beispiel Kniegelenkspiegelung

Weniger dramatisch klingt der Rat von Orthopäden oder Chirurgen, einfach mal eben ins Kniegelenk zu schauen, um zu wissen, „was da los ist“. Die Arthroskopie ist heute auf hohem technischen Niveau und in der Hand der Geübten eine relativ risikoarme Prozedur, und bei richtiger Indikation ein echter diagnostischer wie therapeutischer Fortschritt gegenüber der Ära der Kontrastmitteldarstellung des Kniegelenks oder gar der probatorischen Eröffnung des Kniegelenks. Somit steht im Vordergrund die Frage: wird eine Arthroskopie aus guten Gründen von einer/ einem Geübten durchgeführt? Angesichts der hohen Rate an so genannten degenerativen Gelenkveränderungen bei älteren und hochbetagten Menschen ist dies keine randständige Frage. Man wüsste gerne genauer, wie viele Arthroskopien nicht indiziert sind. Dies kann leider nicht genau gesagt werden, da es entsprechende Evaluationen in Deutschland nicht gibt. Man ist also bislang – ähnlich wie bei der Frage der Linksherzkatheter – auf internationale Vergleiche wie Studien und „anekdotische Evidenz“ angewiesen. Besonders interessant ist dabei folgende Betrachtung.

Nachdem die Arthroskopie breit eingeführt worden war und ihren Stellenwert etwa bei der Diagnostik und Therapie von Meniskus- oder Bandschäden unter Beweis gestellt hatte, entdeckten immer mehr Orthopäden das Feld der Glättung des ins Alter gekommenen Kniegelenkknorpels. Darunter verstehen sie, bei unklaren Gelenkbeschwerden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Arthrose zurückzuführen sind, in das Gelenk hineinzuschauen und vorhandene Unebenheiten mit eingeführten Spezialinstrumenten zu glätten. Anschließend wird das Gelenk freispült und soll damit wieder belastbarer und weniger schmerzempfindlich sein. Das ganze heißt im Jargon „Kniegelenktoilette“. Eine amerikanische Studie konnte nun mittels eines kontrollierten Vergleichs zeigen, dass Patientinnen und Patienten, bei denen die Arthroskopie nur zum Schein durchgeführt worden war, eine ähnliche hohe Besserungsrate und einen vergleichbaren Beschwerdeverlauf haben wie die „tatsächlich Behandelten“. Derartige Studien sind in Deutschland fast nicht vorstellbar. Sie zeigen aber, dass nur auf diesem Weg bekräftigt oder entkräftet werden kann, ob ein neues Behandlungsverfahren dem bisherigen Vorgehen (hier z.B. Krankengymnastik und Schmerzmittel) überlegen ist. Die deutsche Medizin begnügte sich in diesem Falle (er ist kein Einzelfall) mit der plausiblen Annahme: wenn man eine zerfaserte Knorpelsubstanz glättet, muss das Gelenk wieder besser funktionieren und der Patient hat weniger Beschwerden. Das alles dient m.a.W. der Ausweitung der orthopädischen Praxis, nicht aber der Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten. Dass damit zugleich Ressourcen verbraucht werden, die andernorts sinnvoller eingesetzt werden könnten, versteht sich fast von selbst.

Beispiel Depression

Im Gegensatz zu früher wird heute öffentlicher über Depression gesprochen – fraglos ein Fortschritt gegenüber Zeiten, in denen psychische Erkrankungen schamhaft verschwiegen wurden. Fachzeitschriften und Medien vermitteln seit einigen Jahren den Eindruck, psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, nähmen dramatisch zu. Zumeist wird diese Aussage auf die Zunahme

entsprechend begründeter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gestützt. Es ist nicht ganz leicht zu vermitteln, dass es sich hierbei um eine wenig aussagekräftige Statistik handelt. Gute epidemiologische Langzeitstudien sind Mangelware. Wie groß der Bedarf an Beratung und Therapie ist, bleibt in erheblichem Umfang unklar. Zugleich fordern aber auch hier viele Experten, ein gezieltes Screening auf Depression einzuführen. Den Hausärzten wird gern der pauschale Vorwurf gemacht, diese Erkrankungen nicht früh genug zu erkennen und zu spät zum „richtigen“ Facharzt zu überweisen. Ob ein derartiges Screening nützlich ist, bleibt im Licht der (internationalen) Studien zu dieser Frage ungewiss. Sicher ist demgegenüber, dass die Verschreibung von Antidepressiva seit zehn Jahren kontinuierlich und beträchtlich zunimmt. Der begründete Verdacht hierzu lautet: es werden in hohem Umfang Menschen mit leichten Formen von Depression medikamentös behandelt, die von diesen Medikamenten in der Regel nicht stärker profitieren als von Placebos. Probleme der Realisierung einer kontinuierlichen Begleitung und Behandlung von Menschen, die an schweren chronischen Depressionen erkrankt sind, stellen das andere Extrem dar. Ungewiss ist auch, ob die Wahrnehmung der psychotherapeutischen Ressourcen in Deutschland mit der Schwere der Erkrankungen korreliert. Sicher ist, dass es kein anderes Versorgungssystem gibt, das Langzeitpsychotherapien in so hohem Maß finanziert wie die GKV. Das Schulendenken in der Psychotherapie steht, hierin sind sich viele Experten einig, einer Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Angebots noch erheblich im Wege. Die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Psychotherapie wird fast ausschließlich als Überweisungsthema gesehen, nicht aber als ein Synergiethema, wofür nicht allein die Tatsache spricht, dass die Kontaktdichte der Hausärztinnen und Hausärzte zu Menschen mit seelischen Problemen hoch ist und entsprechend auch therapeutisch genutzt werden muss. Forschung hierzu befindet sich in Deutschland in den Kinderschuhen. Ein letztes Problem: während die notärztliche Versorgung für somatische Erkrankungen in Deutschland zunehmend besser organisiert worden ist, ist die Krisenintervention für Menschen mit seelischen Erkrankungen regional sehr

unterschiedlich gut ausgebaut. Generell müssen Ratsuchende oder ihre Angehörigen/ Bezugspersonen damit rechnen, dass sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wenn die Not besonders groß ist – jedenfalls dann, wenn der (auch wiederum unterschiedlich belastbare) sozialpsychiatrische Dienst nicht auf Akzeptanz stößt und eine Krankenhauseinweisung nicht als „Notnagel“ eingesetzt wird.

6. Zwischenbilanz

Das Gesundheitssystem in Deutschland verfügt über prinzipiell gut ausgebaute Strukturen, ist gemessen an den Kriterien Effizienz und Transparenz relativ teuer. Es ist besonders arztzentriert und weist eine wohl einzigartige Spezialistenlastigkeit im ambulanten Sektor auf. Diese Spezialisten übernehmen, anders als in den meisten anderen Gesundheitssystemen, in hohem Maß primärärztliche Aufgaben, ohne dafür ausgebildet zu sein und ohne damit ihrem eigentlichen Auftrag zu folgen. Das Muster der finanzierten Leistungen der GKV ist in hohem Maße arzneimittellastig, vernachlässigt nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren bzw. bindet diese nicht angemessen in Behandlungskonzepte ein. Das Sozialgesetzbuch lässt den Krankenhäusern einen ungewöhnlich großen Spielraum bei der Wahl der eingesetzten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die hierdurch entstehende spezielle Kultur der „Innovationsförderung“ strahlt in den ambulanten Bereich hinein und vergibt die Möglichkeiten einer strengeren wie patientenzentrierten Nutzenbewertung neuer Leistungen. Eine Vielzahl von prinzipiell sinnvollen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zeigt Merkmale einer nicht-indizierter Mengenausweitung. Eine problemorientierte Patientenbetreuung wird insbesondere im Falle der häufig multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten vermisst. Versorgungsforschung mit dem Ziel der Verringerung ungleicher Gesundheitschancen auf dem Boden guter klinischer und sozialwissenschaftlicher Studien ist erst ansatzweise zu verzeichnen und findet keine der arzneimittel- und techniklastigen Forschung vergleichbare finanzielle Basis. Die Wissenschaft von Public Health kämpft nach einer gewissen Hochphase in den 90er Jahren jetzt schon wieder um ihr Überleben. Das

deutsche Gesundheitssystem ist wenig innovationsfreundlich und fährt wie ein übergroßer Tanker auf unbeirrbarem Kurs. Dies wird vielleicht am deutlichsten bei dem Thema „integrierte Versorgung“: ein hoch sinnvoller Denkansatz, dessen Ausformung und Praxiserprobung aber bisher an der Abschottung der Sektoren scheitert, die in „splendidisolation“ nebeneinander herarbeiten. Und die große Politik (Bundesgesundheitsministerium, Bundesforschungsministerium, Bundeswirtschaftsministerium, um die vielleicht wichtigsten Ressorts zu nennen) schießt alles in allem auf das Thema „Wirtschaftsförderung“ und sonnt sich in der Ideologie des 6. Kondratieffschen Zyklus⁴⁴, demzufolge die Expansion des Gesundheitswesens für Prosperität und Vollbeschäftigung sorgen kann. Wirtschaftsförderung wurde im letzten Jahrzehnt zum zentralen Leitbild der Forschungsförderung wie – auf den ersten Blick schwerer zu erkennen – der Gesundheitspolitik.

7. Systematik oder Planungschaos?

Manches spricht dafür, dass die Innovationsbremse im Versorgungssystem Ausdruck von Planungschaos ist. Krankenhausbedarfsplanung diente über Jahrzehnte vorwiegend dem regionalen Egoismus, nicht aber der patientenzentrierten Versorgung. Ärztliche Bedarfsplanung setzte auf eine historisch entstandene Ungleichverteilung auf und wurde schlicht fortgeschrieben. Daten zur Versorgungsqualität sind entgegen weit verbreiteter Ansicht sehr schwer zu entwickeln. Es fehlt eine stabile Kultur der Transparenz- und Effizienzforschung. Auch wenn eine älter werdende Bevölkerung die Medikalisierung aller sozialen und gesundheitlichen Probleme fraglos fördert, oder auch weil sie das induziert, müsste weitaus stärker als heute nach integrativen Konzepten geforscht werden, so dass nicht auf jedes einzelne Symptom mit einer Antwort reagiert wird, die nicht darauf hin angeschaut wird, ob die prioritären Versorgungsprobleme eines Menschen tatsächlich auch adressiert werden. Das Chronic Care Modell von Wagner versucht einen solchen alternativen Weg zu

gehen; es ist allerdings für Deutschland kaum adaptiert und bedürfte sicher einer ganzen Reihe hochwertiger Implementierungsanläufe. Dieser Ansatz ist freilich allein schon deshalb schwer zu transferieren, weil er von funktionierenden multiprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung ausgeht. Unser Gesundheitswesen ist ein Additionssystem: einzelne Leistungen werden aufeinander gehäuft, ohne dass die jeweiligen Leistungserbringer auf ein Gesamtkonzept verpflichtet werden können. Häufig müssen im Falle älterer Patientinnen und Patienten die Angehörigen die Arbeit leisten, die erforderlichen Abstimmungen zwischen wie innerhalb der Sektoren zu organisieren. Wer solche Unterstützung nicht hat, steht dann auf verlorenem Posten. Das System ist, um noch einmal Luhmann zu bemühen, in hohem Maße selbstreferentiell, folgt seiner eigenen Logik, die auf die Arrondierung der jeweiligen Terrains bedacht ist. Innovationsimpulse, die in diese Logik nicht hineinpassen, werden negiert oder auf die lange Bank geschoben. So widerfuhr es dem Konzept der integrierten Psychosomatik von Uexküll, der dafür plädierte, die psychosozialen Dimensionen von Krankheit und Versorgung mitzudenken statt sie auf Spezialeinrichtungen zu delegieren. Heute steht zur Diskussion, ob die zaghaften Ansätze von integrierter Palliativmedizin (im englischen wird bezeichnenderweise von *integrated palliative care* gesprochen, weil wieder Teams und nicht Ärzte als Akteure fungieren müssen) eine Chance haben. Ein beachtlicher Teil schwer verlaufender chronischer Erkrankungen (nicht nur im Falle von Krebs) ist nicht „kurativ“ zu behandeln, profitiert aber von der frühzeitigen Einbindung palliativer Kompetenzen. Dies spricht überhaupt nicht gegen die Existenz spezialisierter Angebote, es spricht vielmehr für eine Haltungsänderung in der Welt der Alltagsroutinen. Das aber ist ganz offenkundig die Kür der Reformen – sicher nicht allein im deutschen Gesundheitswesen.

Und was heißt das für „Migration und Gesundheit“?

Im Vordergrund steht die gesellschaftliche Exklusion der „ungewollten“ Migranten und die damit einhergehende restriktive Gesetzgebung. Auch gegenüber lange hier lebenden

⁴⁴ <http://www.kondratieff.net/19.html>

Migrantinnen und Migranten erweist sich die Lernbereitschaft der Gesellschaft als recht behäbig, auch wenn die bleiernen Zeiten der Kohl-Ära glücklicherweise überwunden sind. Deutschland ist – im Bezug auf Asylsuchende und „Illegale“ ähnlich wie andere Länder auch – insgesamt weit davon entfernt, ein verlässliches Versorgungssystem für Menschen unterschiedlicher Ethnien anzubieten, das einem demokratischen und weltoffenen Rechtsstaat wohl anstünde. Im größeren Maßstab wird man sehen müssen, dass auch das vereinte Europa auf Abgrenzungskurs ist. Dieser Beitrag wollte auf eine andere Ebene der Exklusion hinweisen, die mit der Abschottung des medizinischen Versorgungssystems gegenüber neuen, teils schwierigen, teils wenig lukrativen Aufgabenfeldern zusammenhängt. Das System bewältigt eine Fülle von Aufgaben ohne Mühe, zum Teil gar im Überfluss; es ringt um Ansätze der Evidenzbasierung und der Qualitätssicherung im Alltag; es erweist sich

schließlich vor allem gegenüber Ansätzen integrierter Versorgungskonzepte und einer besseren Kommunikation zwischen den Professionellen und zwischen Professionellen und ihren Patientinnen und Patienten als sehr unbeweglich. Ein so ausgeprägt selbstreferentielle System zeigt den spezifischen Bedürfnissen von Flüchtlingen gegenüber nur eine geringe Sensibilität; es überlässt die Arbeit gern Gruppen besonders Engagierter und bleibt bei seiner eigenen Tagesordnung. Das würde sich auch bei einer fraglos notwendigen Verbesserung der rechtlichen Position von Asylsuchenden und „Illegalen“ nicht im Selbstlauf verändern. Deshalb muss größere Patientenzentrierung der Versorgung eine übergeordnete Forderung sein, die allen zugute kommt, die vorübergehend oder dauerhaft in unserem Land leben.

Quellen

Schmacke, N. (2012). Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In Günster, C. J. Klose, & N. Schmacke (Hrsg.) (2011). Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer: Stuttgart. S. 33-50.

Schmacke, N. (2012). Augenmaß statt Übermaß. Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 2/12 (15), 23-27.

Schmacke, N. (2012). Häufigkeit seelischer Erkrankungen. Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus. GGW 2012, Jg. 12, Heft 3 (Juli): 7–15.

Schmacke, N. (2012). Palliativmedizin: Ein Modell für ComparativeEffectiveness Research?. Z EvidFortbild Qual Gesundhwes. 106(7): 484-91.

Schmacke, N. (2012). Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 03/2012, S. 59-63.

Homepage: <http://www.ipp.uni-bremen.de/homepages/schmacke/publikationen.php?SPRACHE=de>

Weitere Quellen

Schmacke N. (2011). Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung. Zugriff unter:

http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr29_Schmacke.pdf

Schmacke N. (2010). Deutschland: (K)ein Einwanderungsland. In: Bundesbeauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Berlin 2010, 26-30. Zugriff unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2010-06-04-datenerhebung-fuer-gesundheits-und-pflegeberichterstattung.pdf?__blob=publicationFile

Schmacke N. (2002). Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar? Gesundheitswesen 2002; 64: 554-559. <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-2002-34623>

Schmacke N. (2000). Migrationsspezifische Ansätze in der ärztlichen Begutachtung. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2000). Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin 2000, 47-49. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/interkulturelles-arbeiten-im-gesundheitsamt.pdf?__blob=publicationFile