

176

Gesundheitsreform: Welche Logik zählt?

Wenn im folgenden von Gesundheitsreform die Rede ist, dann nicht in der damit häufig verbundenen und allen Erfahrungen zum trotz nicht endenden naiven Erwartung, es könne im Gesetzgebungsverfahren eine vorher in gründlichen Debatten vereinbarte substantielle Lösung für die zentralen Probleme von Prävention, Kuration und Rehabilitation aufgeschrieben werden. Es ist unter Kennern der Materie ein Allgemeinplatz, dass es »die große Gesundheitsreform« nicht geben kann. Der Begriff »Die Gesundheitsreform« verweist aber sehr wohl auf die Aufgabe des zuständigen Parlaments, den Rahmen für eine an Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierte Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen zu schaffen, die der Gesunderhaltung und Wiederherstellung lädierter Gesundheit dienen. Schon diese unbestimmten Begriffe machen aber nun schon wieder klar, dass alles noch sehr viel komplizierter ist, zumindest wenn man Gesundheitspolitik nicht nur als Fortschreibung der jeweiligen Krankenversicherungspolitik (oder noch eingegrenzter: der Finanzierungspolitik) versteht. Bescheidener wird deshalb nachfolgend danach gefragt, was Politik in Sachen Gesundheit und Krankheit landläufig zu regeln versucht, wo sie dabei eigenen Gesetzen folgt und wo diese sich von wissenschaftlicher Logik unterscheiden. Das damit verbundene laute Nachdenken soll ausdrücklich dem Zweck dienen, die notorisch anzutreffenden Verständigungsschwierigkeiten zwischen Politik und Wissenschaft in Sachen Gesundheitsreform jenseits einer gefälligen Politikverdrossenheit zu reflektieren, ohne damit für einen billigen Frieden zu plädieren nach dem Muster: alles lässt sich verstehen.

Sowohl das System Bismarck wie das System Beveridge haben in ihren jeweiligen nationalen und soziokulturellen Kontexten große Achtung in der Bevölkerung hervorgerufen und wesentlich zum sozialen Frieden beigetragen. Der Krankheit wurde für die Betroffenen ein wesentliches Element an Bedrohlichkeit genommen – nämlich der rasche soziale Abstieg für sich selbst und die Familie, soweit sie von dem Erwerbseinkommen des Kranken abhängig war. Beiden Systemen gelang es zudem, den medizinischen Fortschritt, der sich im eigentliche Sinne erst so recht nach dem Zweiten Weltkrieg einstellte und ab etwa 1980 dann erheblich an Fahrt gewann, allen Gesellschaftsmitgliedern (hier den gesetzlich Krankenversicherten, dort der Gesamtbevölkerung) relativ zeitnah und ohne zu große Zugangsbarrieren zur Verfügung zu stellen. Man muss dieses Bild so schlicht zeichnen, um den gewaltigen zivilisatorischen Fortschritt zu verstehen, der mit derartig entwickelten Gesundheitsversorgungssystemen für die große Mehrheit der Bevölkerungen verbunden ist. Diese Kernaussage hält allen noch so berechtigten Formen der Medizinkritik stand, wirft aber begründete

Zweifel an dem Radikalismus der Systemkritik Ivan Illichs auf, der die Fortschritte der Medizin im Licht ihrer dramatischen Defizite und Beschädigungen körperlicher und psychischer Integrität in unzulässiger Weise massiv relativierte. Unabhängig von der Frage, wie hoch der zivilisatorische Fortschritt durch Medizin und niedrigschwellige Versorgungssysteme einzuschätzen ist, wächst nun aber in allen Gesundheitssystemen seit gut dreißig Jahren die Kritik an der Qualität, der Organisation und den Kosten der medizinischen Versorgung. Der Ruf wurde immer lauter, Politik möge durchgreifende Reformen ins Werk setzen. Dimensionen dieser Debatten werden am Beispiel von drei Themenfeldern unsystematisch besprochen.

Qualität der Medizin

Damit sollte eigentlich jede Reform des Gesundheitswesens starten: wie gut werden Patienten versorgt? In der SGB V-Logik lautet das – unfachmännisch formuliert: lässt sich erwünschte höhere Qualität mit vertretbaren Kostensteigerungen vereinbaren oder ist gleiche Qualität kostengünstiger zu haben? Eine deklamatorische Landmarke stellten fraglos die 1999 von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) beschlossenen »Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen« dar. Damit korrespondierte das Megagutachten des Sachverständigenrats Gutachten 2000/2001 »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit«. Die Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist als weiterer Meilenstein zu sehen: dem ging eine bizarre, die klassischen Lagergrenzen teils verlassende Debatte um »Staatsmedizin versus Selbstverwaltung« voraus. Politik setzte große, übergroße Hoffnungen auf ein deutsches NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), das künftig alle (?) neuen medizinischen Leistungen im Verbund mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss darauf hin anschauen sollte, ob es sich um echte Innovationen zu vertretbaren Preisen handele (wiederum salopp formuliert). Der Verweis auf NICE wäre eine eigene Betrachtung wert. Anfänglich warnten viele der hauptberuflichen deutschen Auguren davor, dass nun englischen Rationierungsstrategien der Weg gebahnt werde. Am Ende stellte sich heraus, dass sich NICE eher gegen drohende Unterversorgung ausrichtete und englische Regionalpolitiker sich die Frage stellten, ob das alles noch vom NHS bezahlt werden könne. Gelegentlich wird jetzt das NICE schon gegen das IQWiG ins Feld geführt, dem dann nachgesagt wird, es sei der Gralshüter einer dogmatischen EBM-Lehre. Das eine große Schlachtfeld der Qualitätsdebatte ist mithin der Streit um die Innovationen. Noch immer glauben viele, sicher auch viele Politiker, dass alles, was aus den medizinischen Fakultäten heraus als Neuerung bezeichnet wird, möglichst rasch in die Breitenanwendung gebracht werden muss. Dabei arbeiten zwei Fraktionen Hand in Hand: die einen sind trotz jahrelanger Aufklärungsarbeit von Cochrane & Co streng expertengläubig, die anderen stimmen das Mantra »Wirtschaftsförderung« an und sind durch noch so gute Argumente nicht davon zu überzeugen, dass es weder dem Patienteninteresse dient, alle Neuerungen ungeprüft in die Versorgung hinein zu lassen

noch ökonomisch vernünftig, dem Fetisch Innovation aufzusitzen und damit den Spielraum für dringend erforderliche Investitionen in anderen Bereiche zu beschneiden. Dabei muss man sehen, dass es durchaus auch prominente Wissenschaftler gibt, welche die Politik in diese Richtung beraten, frei nach dem Motto: Nicht so genau hinsehen, wenn Evidenz gefordert wird; passiert doch in anderen gesellschaftlichen Bereichen auch nicht – oder: man darf den Motor Gesundheitswirtschaft doch nicht abbremsen. Der Autor verbürgt sich für die Aussage, dass auch ein ehemaliges prominentes Mitglied des Sachverständigenrats öffentlich eine derartige Auffassung vertreten hat. Ein Beispiel: in den nächsten Jahren werden wir sehen, in welchem Umfang es den Befürwortern der Protonentherapie, einer nach der Plausibilität zielgenaueren Strahlentherapie, gelingt, den Einsatz dieses neuen Verfahrens weit über angemessen belegte Indikationen hinaus zu befördern. Das eigentliche Ziel ist eine Massenindikation: die Bestrahlung der Männer mit Prostatakrebs. Die Rationale lautet: die bisherigen Therapien (radikale Operation und konventionelle Strahlenbehandlung) führen in hohem Umfang zu Impotenz und Inkontinenz: das ändert sich durch die Protonentherapie. Die Argumentation ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Zum einen wurden bislang die Nebenwirkungen der Behandlung des Prostatakarzinoms von den Fachgesellschaften klein geredet, zum anderen gibt es keine Belege dafür, dass die Protonentherapie bei der Behandlung des Prostatakarzinoms tatsächlich weniger gewebschädigend ist. Es ist fast müßig, an dieser Stelle zu sagen: nur durch kontrollierte klinische Studien lässt sich zeigen, ob neue Verfahren gegenüber dem bisherigen Standard unter- oder überlegen sind. Dies berührt den empfindlichen Punkt der Qualitätsforschung. Ob einzelne chirurgische oder medikamentöse neue Verfahren oder komplexe Interventionen etwa in der Depressionsbehandlung: fast immer fehlen die erforderlichen Mittel, Studien von ausreichender Qualität und Laufzeit durchzuführen. Betreiber sind – wem wollte man es verdenken? – nur daran interessiert, mit möglichst geringem Aufwand in den Markt zu kommen. Und nicht alle wissen: Kliniken können in Deutschland Innovationen einsetzen, ohne dass entsprechende klinische Studien vorliegen. Noch immer gilt Autorität mehr als Evidenz. Und die niedergelassenen Ärzte geraten in das schiefe Licht, auf Grund des Erlaubnisvorbehaltes des Gemeinsamen Bundesausschusses besonders rigiden Maßstäben zu gehorchen (im vertragsärztlichen Bereich bedürfen neue Leistungen einer positiven Bewertung durch den G-BA, im stationären Bereich können neue Leistungen zunächst ungeprüft eingesetzt werden). Ohne gesetzlich geregelte systematische Förderung relevanter klinischer Forschung wird sich daran nichts ändern. Das ist die größte Hürde für eine Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung, sie tangiert auch die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen (s.u.). Allergrößten Eifer zeigt Politik nun seit einigen Jahren in Fragen der Qualitätssicherung. Der stationäre und ambulante Bereich sind nunmehr gesetzlich gehalten, ein systematisches Qualitätsmanagement durchzuführen. Die Kliniken müssen demnächst jährlich, nicht mehr »nur« zweijährlich, Qualitätsberichte ins Netz stellen. Qualitätssicherungsmaßnahmen werden zunehmend Teil vertraglicher Vereinbarungen. Kliniken werben mit Zertifikaten. Die Politik präsentiert der Öffentlichkeit stolz die

wachsende Zahl von Behandlungszentren; am Beispiel der Brustkrebsbehandlung ist dies erstmals systematisch geschehen. Die Ziele größerer Transparenz über das Leistungsgeschehen und das Binden der Versorgung an Qualitätsindikatoren sind ehrenwert. Deutschland hat insoweit die Lektion der USA gelernt; dort löste der Bericht »To Err is Human« des Institutes of Medicine« großen Schrecken aus und gab den Ansätzen der Qualitätssicherung Auftrieb. Es ist jetzt fast ein wenig beckmesserisch, aus wissenschaftlicher Sicht die Frage zu stellen, welche der »QS-Maßnahmen« langfristig die Versorgungsqualität tatsächlich heben und wo (horribile dictu) tatsächlich nur paperwork kultiviert wird. Besondere Aufmerksamkeit verdienen sicher alle Ansätze zur Schaffung einer neuen Fehlerkultur in der Medizin, so www.Jeder-Fehler-Zaehlt.de und www.Aktionsbuendnis-Patientensicherheit.de. Eine neue Institution für Qualität soll nach der letzten Gesundheitsreform (mit dem schier unglaublichen Namen »Wettbewerbsstärkungsgesetz«) dem Gemeinsamen Bundesausschuss wissenschaftlich zuarbeiten, wenn es um die sektorenübergreifende Dokumentation und Förderung von Qualität in der GKV geht: eine Titanenarbeit von allerdings äußerstem Reiz. Stellt sich dann nur noch die Frage, wie IQWiG und die neue Institution zusammenarbeiten, damit zusammen wächst, was zusammengehört. Wissenschaft fragt (oder sollte fragen), welche Studien fehlen, um über die Nutzen- und Risikoforschung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus Aussagen zur Beschleunigung von Lernkurven im System (bei dem einzelnen Arzt und dem einzelnen Krankenhaus) zu ermöglichen und welche Qualitätsindikatoren sich eignen, Ergebnisqualität so verlässlich wie möglich abzubilden. Eines ist dabei klar: Auch derartige Forschung (es handelt sich um Grundlagen- wie Implementationsforschung) muss mit langem Atem gefördert werden, weil es Patentrezepte nicht im Warenangebot gibt. Und es ist wohl auch nötig, eine Brücke zu den Praktikern zu schlagen, wenn es um die Abschaffung unsinniger Qualitätssicherungsversuche geht. Datenfriedhöfe demotivieren und vergeuden Ressourcen. Vielleicht steigen mit derartiger Bescheidenheit auch die Chancen, die notorischen Gegner der Qualitätsphilosophie zu neutralisieren, die mit großer Freude auf jeden Schwachpunkt der heutigen Bemühungen um Qualitätssicherung hinweisen. Motto: haben wir früher etwa keine gute Arbeit gemacht? Was ja pauschal niemand behauptet hat.

Neue Versorgungsmodelle

Wenn von Innovationen die Rede ist, dann verstehen die meisten Menschen darunter ein neues Medikament, eine neue Operationstechnik oder ein weiteres bildgebendes Untersuchungsverfahren. Dass auch die Form und Vergütung der Zusammenarbeit zwischen vergleichbaren Berufsgruppen und über die Berufsgrenzen hinweg Auswirkungen auf das Scheitern oder Gelingen von Behandlungskonzepten hat und insofern Gegenstand von Gesundheitsreformen und von wissenschaftlichen Studien sein muss, wird kaum unter dem Aspekt »Innovationen« beleuchtet. Unter den krankheitsbezogenen

Reformversuchen ragen die Disease Management Programme heraus, die von der Politik so sehr zur eigenen Sache gemacht wurden, dass sie über eine ministerielle Verordnung geregelt werden: die in den Risikostrukturausgleich eingebundenen DMP (Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Asthma Bronchiale, koronare Herzkrankheit und Brustkrebs). Dabei folgte die Einführung durch das Parlament dem Skandalisierungsschema: vor allem für Diabetes und Brustkrebs entstand unter den Politikern der Eindruck von unverantwortlicher Unter- und Fehlversorgung. Die gesetzesausführende Arbeit des damaligen Koordinierungsausschusses (eines der Vorläufer des heutigen G-BA) fand unter gewaltigen Anklagen der Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer statt, die sich (als systemfremder Konzessionsgast im Gremium) mit ihrer Fundamentalopposition selber aus der gestaltenden Politikrolle herauskatapultierte. Die Vorwürfe lauteten stets: Staatsmedizin ohne Fachverstand oder unnötiger, kostenaufwändiger Eingriff in die ärztliche Autonomie. Es war das erste Mal, dass Krankenkassen und Ärzteschaft mit ihren jeweiligen Experten an einem Tisch über ein neues Versorgungsmodell berieten und der Politik dann einen Beschluss vorlegten, der vom BMG weitgehend akzeptiert wurde. Evidenzbasierte Medizin und begründete Regeln für die Kooperation der Leistungserbringer: dies ist – vereinfacht gesagt – die Formel der DMP. Zweifel an der Sinnhaftigkeit wurden auch aus nicht-voreingenommenen Wissenschaftlerkreisen geäußert. Vergeben wurde dann die einmalige Chance, vor flächendeckender Einführung der DMP eine kontrollierte klinische Studie zur Bedingung zu machen. Sieben Jahre nach Verabschiedung des ersten DMP-Textes mehren sich gleichwohl die Anhaltspunkte dafür, dass es tatsächlich einen Qualitätsschub durch das Diabetes-DMP gegeben hat: wenn auch nicht auf dem best möglichen Evidenzniveau einer randomisiert-kontrollierten Studie. Es könnte so sein, dass an diesem Punkt das chronisch reformunwillige Versorgungssystem von der Politik gezwungen worden ist, Kernelemente einer strukturierten und evidenzbasierten Versorgung einzuführen. Die dafür erforderliche systematische Arbeitsweise wurde mit erheblichen Finanzmitteln belohnt. Auch wenn die hochfliegenden Pläne des Gesetzgebers, DMP in großem Stil durchzusetzen, nicht aufgegriffen werden, weil die Addition beliebig vieler DMP nicht vernünftig ist, kann Politik im Falle der DMP einen Erfolg verbuchen, der möglicherweise eine wichtige Weiterentwicklung im Chronic Care Modell findet: problemorientierte Fallführung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen unter angemessener Einbeziehung von Leitlinien.

Weniger erfolgreich ist Politik bisher mit den Bemühungen um Modelle so genannter integrierter Versorgung gewesen, bei denen vor allem die Sektorisierung der Versorgung überwunden werden soll. Plausible Ideen standen Pate: Vermeidung von Doppeluntersuchung, patientenzentriertes Entlassungsmanagement, ökonomische Verantwortung für ganze Patientenverläufe. Nach ersten gesetzgeberischen Appellen ohne jede Wirkung wurden erhebliche Mittel für das Anreizen solcher integrierter Versorgungsmodelle freigestellt. Wissenschaft kommt hierbei noch weniger ins Spiel als bei den DMP: Generierung von Daten oder gar wissenschaftliche Begleitforschung ist kein Thema. Modelle im Blindflug also, oder im Vertrauen auf die Kreativität der

Vertragspartner, wenn man es positiv sehen will. Erneut scheint die enorme Diskrepanz zwischen politischen Zielen und der Fundierung durch gute Forschung auf, wobei letztere in einem Teufelskreis gefangen ist, da sie mit unzureichender Mittelausstattung die dringend notwendigen Daten nicht generieren kann und deshalb in der Politikberatung weitgehend auf Plausibilität oder Extrapolieren ausländischer Forschung angewiesen ist. Man könnte an Hand einer Fallstudie zur Versorgung von Menschen mit Depressionen gut zeigen, warum gute Daten so wichtig sind. So ist nicht ausreichend geklärt, wie Screening und Diagnostik nutzenstiftend eingesetzt werden können: gerade bei einer Krankheit mit hohem Stigmatisierungspotenzial ist dies aber unverzichtbar. Weiter ist nicht klar, welches erweiterte Therapieregime der heutigen Regelversorgung längerfristig überlegen ist. Die Bedeutung der medikamentösen Therapie wird weitgehend überschätzt, Non-Compliance wird unnötig skandalisiert, psychotherapeutische Interventionen werden vermutlich in ihrer Bedeutung unterschätzt, die Suche nach tragfähigen Unterstützungsangeboten für Kranke und deren Angehörigen ist alles andere als abgeschlossen. Schließlich ist weitgehend ungeklärt, wie Depression als Komorbidität chronischer Erkrankungen verstanden und behandelt werden soll. Bei Blick in die Forschungsförderung lassen sich zwar inzwischen sehr wohl interessante Ansätze zu all diesen Fragen finden, aber sie haben nur den Charakter des berühmten Tropfens auf den heißen Stein. Politik versucht, die Defizite mit dem Ansatz der Kompetenznetzwerke zu überwinden. Kompetenz ist aber aus wissenschaftlicher Sicht unabweislich angewiesen auf Studien, ohne die Netzwerker nicht erfolgreich tagen können. Es wird an diesem Beispiel in besonderer Weise deutlich, dass Politik und Wissenschaft in einem unabweislichen Spannungsverhältnis zueinander stehen- außer wenn Wissenschaftler aus Gründen der Konsolidierung ihrer Institute oder der persönlichen Karriereplanung der Politik das erwünschte Wort reden. Da werden auch gelegentlich Erfolgsmeldungen verkündet, die jenseits aller erreichbaren Fortschritte sind: »Wie wirksam Suizid-Prävention sein kann, zeigen die Zwischenergebnisse des »Nürnberger Bündnisses gegen Depression«, eines Forschungsprojekts des Kompetenznetzes »Depression, Suizidalität«. Die Suizidversuche in Nürnberg sind im Vergleich zum Vorjahr um 30 Prozent zurückgegangen, Suizide haben sich sogar um 40 Prozent reduziert« (D.Ä. 2001, 98: A 3258). Das hört die Politik gern, in diesem Fall das Forschungsministerium, welche das Projekt finanziert hatte.

Ein aufgeklärtes Verhältnis zwischen Politik und Wissenschaft würde aber vor allem eines voraussetzen: dass verlässliche Bedingungen für die viel beschworene Unabhängigkeit der Wissenschaft geschaffen werden. Insofern war die mit dem DMP verbundene Debatte um Fachgesellschaften und deren Leitlinien eine Sternstunde der Diskussionskultur. Wurden damals den EbM-Akteuren im Koordinierungsausschuss sinistre Motivationen unterstellt (vom Vorwurf der Abhängigkeit von Krankenkassen bis hin zum Vorwurf der willentlichen Gefährdung der Patientensicherheit), kann inzwischen kein Zweifel mehr daran sein, dass es überfällig ist, die Welt der Fachgesellschaften auf den Prüfstand zu stellen und den überall natürlich auch in Fachgesellschaften tätigen hoch motivierten Wissenschaftlern und Klinikern die Möglichkeit zu geben, unabhängig

von Verwertungsinteressen Empfehlungen für die Praxis zu entwickeln. Dass dies nicht allen Wissenschaftlern recht ist, versteht sich. Kein geringeres Organ als das JAMA hat 2009 die bisher radikalsten Forderungen nach Beendigung problematischer Interessenkonflikte formuliert: Fachgesellschaften dürften sich überhaupt nicht mehr auf Industriesponsoring stützen, Mitglieder von Leitlinienkommissionen müssten grundsätzlich frei von entsprechenden Interessenkonflikten sein. Das ist deshalb so radikal, weil manche Gesellschaften sich vermutlich neu gründen müssten. Ähnlich verhält es sich mit der Fortbildungskultur: wenn hier nicht grundlegend neue industrie-unabhängige Wege eröffnet werden, sind alle liebevollen Versuche des Gesetzgebers, eine neue Fortbildungskultur zu fördern, nichtig. Wie heißt es im Gesetz? »Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.« Wahrlich eine große Aufgaben.

Bürger- und Patientenorientierung

»Nil nocere« war über Jahrhunderte wichtigster Ausdruck für die Patientenorientierung in der Medizin. Es war oberstes Gebot, durch diagnostische und therapeutische Eingriffe dem Patienten nicht ungebührlich zu schaden. Ob diese Selbstbindung innerhalb der Ärzteschaft je große Bedeutung gehabt hat, sei dahin gestellt. Eher schon der Satz, der jedem Medizinstudenten von Beginn in den Ohren klingt: nichts wirkt, was keine Nebenwirkungen hat. Ein Satz, der vermutlich eher der Bagatellisierung des Nebenwirkungspotenzials als der sorgsam Abwägung zwischen Tun und Abwarten dient. Es ist die von der Ärzteschaft vermutlich am wenigsten verstandene Tatsache, dass Bürger wie Patienten ihre Rechte erst dann unüberhörbar einzufordern begannen, als die moderne Medizin ihre großen Triumphe gefeiert hatte: Organtransplantation, Gelenkersatz und HIV-Therapie seien hierfür stellvertretend genannt, während Antibiotika etwa zur Behandlung von Pneumonie und Syphilis fast schon als selbstverständlich abgebucht wurden. Die Emanzipationsbewegung der Patienten ist vielleicht auch schwerer zu verstehen als gedacht. Sie verdankt sich wohl primär dem wachsenden Bildungsstand und der Entfaltung demokratischer Kultur und rechtsstaatlichen Grundsätzen. Das erste große Schlagwort hieß »Aufklärung«, das scheinbar moderne nun »Shared Decision Making«, hölzern übersetzt mit »Partizipative Entscheidungsfindung«. Beiden gemeinsam ist der Anspruch, Bescheid zu wissen über die Grundlagen ärztlicher Empfehlungen. Beide können persifliert werden, im einen Fall durch Pro-Forma-Aufklärung in Gestalt seitenlanger engbedruckter Aufklärungsbögen, im anderen Fall durch ein achselzuckendes »Entscheiden müssen Sie!«. In ganz anderer Weise als früher ist es möglich geworden, dass Gesunde und Kranke, sei es eigenständig oder vertreten durch Dritte, den Ärzten fachlich auf gleicher Augenhöhe begegnen und das Gespräch darüber einfordern, was für oder gegen eine bestimmte medizinische Maßnahme spricht. Dass damit die emotionale Seite der Begegnung nicht unwichtig

wird, dass asymmetrische Kommunikation de facto auch bei Teilen des Wissens große Bedeutung haben kann, dass sie vielleicht sogar unabweislich fortbesteht, das ist die zweite Seite der Medaille, die nicht so recht in das Bild vom modernen Patienten passen will. In jedem Fall haben Politik und Wissenschaft den mündigen Bürger als wichtiges Thema entdeckt. Im Sozialgesetzbuch V wurde die Institution einer Patientenbeauftragten geschaffen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen Patientenvertreter von der Ebene der Arbeitsgruppen bis zum Plenum mit am Tisch, antrags- aber nicht stimmberechtigt, worüber weitere Debatten ins Haus stehen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat den Gesetzauftrag, »für alle Bürgerinnen und Bürger verständliche allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung zur Verfügung zu stellen«. Mit dem IQWiG hat der Gesetzgeber erstmals Patientenrechte und Evidenzbasierung medizinisch relevanter Informationen miteinander verbunden, vielleicht eine der bedeutenden Meilensteine der Gesundheitsreformen. Das BMG förderte von 2001 bis 2004 zehn Projekte unter der Überschrift »Patient als Partner« und setzte mit dieser Ressortforschung ein deutliches Signal an die Ärzteschaft. Medline verzeichnet aktuell über 2000 Publikationen zu Shared Decision Making, beginnend Ende der 60er Jahre, boomend seit zehn Jahre. Man könnte meinen, es handle sich tatsächlich um einen der berühmten Paradigmenwechsel, hier von der paternalistischen zur patientenzentrierten Medizin. Für solchen Optimismus gibt es wenig Anlass. Weder zeigt Forschung, dass sich das Arzt-Patienten-Verhältnis in den letzten zwanzig Jahren grundlegend geändert hätte, noch ist theoretisch fundiert, was »shared« eigentlich bedeuten soll. Eine optimistische Deutung der Literatur hieße: gut gebildete Menschen haben heute eine größere Chance, bei weniger dramatischen Wahleingriffen mit ihren Ärzten über Optionen zu sprechen und Einfluss zu nehmen. Ein Sprung von der ja schon älteren Forschung zu patientenzentrierter Medizin zur Partizipativen Entscheidungsfindung hat nicht stattgefunden. Damit soll nicht gesagt werden, dass die hinter der Forderung nach Partizipation und Stärkung der Patientenautonomie stehenden Überzeugungen »falsch« wären. Sie sind hoch sympathisch, Forschung muss aber auch hier danach fragen, ob es gut definierbare und durch Interventionen erreichbare Ziele gibt, die Patientenverläufe im erwünschten Sinne beeinflussen. Und Politik kann sich nicht darauf zurückziehen, dass hehre Ziele im Gesetzbuch verankert sind. Eine der unbeantworteten Fragen lautet: was widerfährt Patienten, die hoch motiviert und informiert auf Ärzte treffen, die das alles für modernen Spuk halten, der vorüberzieht wie vieles andere? Man kann das exemplarisch an Gesprächen über den Sinn des PSA-Testes in einer urologischen Praxis durchdeklinieren. Viele Überlegungen enden in zwei Fragen: wie groß ist die Durchschlagkraft rationaler Argumente, heute unter der Formel der evidenzbasierten Medizin versammelt, und wer steht Patienten zur Seite, wenn sie ihre Anliegen vorbringen wollen? Zu beiden Fragen müssen sich Politik und Wissenschaft äußern und zeigen, welche Beiträge sie leisten können. Es ist ein Irrglaube davon auszugehen, die meiste Arbeit sei schon getan.

Schlussbetrachtung

Politik und Gesundheitsreform: das ist eine hoch komplexe Ansammlung »moderner« Diskurse, ordnungspolitischer Vorstellungen, Antizipieren der Wählergunst, Symbolischen Handelns, Sich-Verlassen auf Berater und Rücksichtnahme auf Lobbyisten, und sicher auch ein Stück weit Festhalten an davon nicht zwingend beeinflussten partei-lichen Grundüberzeugungen. Nicht alles passt immer auf den ersten Blick zusammen: dies gilt prominent für das erstaunliche Gegeneinander von Pochen auf evidenzbasierte Medizin und Setzen auf Wirtschaftsförderung fast um jeden Preis. Politik bedeutet sicher – vor allem angesichts der Kürze der Wahlperioden – immer auch Leben mit unverdauten theoretischen Versatzstücken: das gilt vor allem für das Bedrohungssze-nario »demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt«. Und Politik heißt in der Regel auch: Einfördern des Unmöglichen bei der Wissenschaft. Leichtverständ-liche Patentrezepte am besten aus der Schublade und ohne große Entwicklungskosten. Politik ist somit neben dem kurzatmigen Rhythmus der Wahlen und – wohl weitge-hend hinter dem Rücken der Akteure – durch das Befolgen von Zeitgeistströmungen charakterisiert, die nicht mehr hinterfragt werden. Dies betrifft die Glaubenssätze von Deregulierung und Markt in unvermittelter Nachbarschaft zu Größenvorstellungen der Steuerbarkeit des Systems. Und die Wissenschaft schaut entweder zu oder beteiligt sich als beflissener Berater. Ehrliche Makler tun sich schwer und resignieren leicht, wenn Politik sich immer wieder als beratungsresistent erweist. Wer gar darauf hinweist, dass nur langfristige Forschung brennende Fragen beantworten könnte, wird leicht als wissenschaftlicher Träumer aus dem Verteiler genommen. Politik beherrscht vor allem zwei Spiele ausgezeichnet: sie wirft entweder dicke Steine ins Wasser und beobachtet, was passiert – und sie hört auf das große Geld. Trotzdem sollte die Hoffnung nie auf-gegeben werden, an die große Tradition der deutschen Sozialreformen anzuknüpfen und diese dem heutigen Krankheitspanorama gemäß weiterzuentwickeln. Wissenschaft sollte sich keinesfalls davon abbringen lassen, darauf hinzuweisen, wo Wissenslücken bestehen. Die Antwort »Ich weiß nicht« ist wohl nicht so selten die ehrenhafteste. Man kann dann aber leicht den Eindruck erwecken, Unwissender oder Zauderer zu sein. Politik bevorzugt die klare Ansage, bis sie ihrer Propheten leid ist und nach neuen Ausschau hält. Die Logiken von Politik und Wissenschaft passen gerade dann nicht zusammen, wenn beide Seiten es ernst meinen: das beschreibt keinen Skandal, sondern ein notwendiges Spannungsverhältnis in einer demokratischen Gesellschaft.

Literatur

- Angell, Marcia (2004): *The Truth About the Drug Companies. How they deceive us and what to do about it.* New York.
- Hart, Dieter/Francke, Robert (2001): *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen.* Baden-Baden.
- Grol, Richard/Wensing, Michel/Eccles, Martin (2004): *Improving patient care.* London.

- Rosenbrock, Rolf/ Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern.
- Rothman, David J./McDonald, Walter J./Berkowitz, Carol D. et al: (2009): Professional medical associations and their relationships with industry: a proposal for controlling conflicts of interest, in: JAMA 13, 1367-1372.
- Schmacke, Norbert (2007): Kann man Gesundheitspolitik verstehen?, in: Helmert, Uwe/Braun, Bernard/Milles, Dietrich/Rothgang, Heinz (Hrsg.). Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin. Bremerhaven, 341-349.
- Schmacke, Norbert (2007): Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus?, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 7, 7-13.
- Stewart, Moira/Brown, Judith Belle/Weston, W Wayne et al: (2003): Patient-centered medicine. Transforming the Clinical Method. Abingdon.
- Taleb, Nassim N (2007): The Black Swan. The Impact of the Highly Improbable. London.
-