

STANDORTE

Grenzen der Machbarkeit von Gesundheit

Wider die Totalisierungstendenz des modernen Medizinbetriebs*

Norbert Schmacke¹

Durch die Fortschritte der Medizin haben sich Lebenserwartung und Lebensqualität in den letzten Jahrzehnten spürbar verbessert. Darüber ist fast in Vergessenheit geraten, wie wichtig weiterhin die allgemeinen sozialen und ökonomischen Voraussetzungen für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sind. Die tatsächlichen Potentiale der Medizin werden mittlerweile massiv überschätzt. „Innovation“ ist zu einer Art Kampfbegriff innerhalb der gesellschaftlichen Ressourcenverteilung geworden. Erst mit dem allmählichen Einzug der evidenzbasierten Medizin in die Entscheidungsprozeduren der Gesundheitssysteme wird wieder systematischer danach gefragt, wie gut der Nutzen einzelner Methoden der Medizin tatsächlich belegt ist und wo medizinisches Denken und Handeln demgegenüber nicht einlösbare Erwartungen kultivieren [14].

1. Die Paradoxie des Fortschritts der Medizin

Moderne Medizin im heutigen Verständnis ist eine relativ junge Disziplin, und sie ist ausgesprochen erfolgreich. Erst diese enormen Fortschritte haben die heute zu beobachtenden Grenzüberschreitungen der Medizin ermöglicht. Am Ende bedingen sich unrealistische Versprechungen der Ärzteschaft und überhöhte Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten [2].

Die Erfolge der Medizin übersteigen alle Phantasien und Erwartungen, die frühere Generationen mit den Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern verbinden konnten. Die heutige Generation wächst mit der alltäglichen Erfahrung auf, dass Medizin Nutzen stiftet – und dass Medizin gewissermaßen vom ersten Lebenstag an alltäglicher Begleiter des Lebens ist. Hierdurch sind kulturelle Muster entstanden, die nur scheinbar selbstverständlich und unproblematisch zur Geltung kommen. Im Windschatten ihrer Erfolgsgeschichte ist die Medizin grenzenlos geworden und beansprucht fast eine Allzuständigkeit zur Lösung biologischer und psychosozialer Problemlagen. Wo gestern Impfungen zeigen konnten, dass Krankheiten wirksam verhütet werden können, verspricht die Pharmakotherapie heute Prävention der großen „Killerkrankheiten“: Mit der „Polypill“ (sechs Wirkstoffe in einem Kombinationspräparat, von der Acetylsalicylsäure bis zu einem Statin) können nach Berechnungen führender Epidemiologen angeblich 80% aller Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindert werden [19]. Diese Versprechung ist nach Meinung der Autoren methodisch so gut begründet, dass sie den Nachweis ihrer Realisierung nicht mehr antreten muss: Deshalb forderten Epidemiologen den sofortigen, ungetesteten Einsatz dieser Wunderpille. Ein anderes Beispiel: Wir erfahren, dass bildgebende Verfahren und Neurochirurgie es heute ermöglichen, oberflächlich gelegene Blutungen im Schädelinneren (sub- und epidurale Hämatome) rasch zu entdecken und nahezu komplikationslos und ohne Spätschäden für

die Patienten zu entfernen. Die derart wertgeschätzte Neurochirurgie macht sich nun heute anheischig, durch Einpflanzen sog. Hirnschrittmacher Patientinnen und Patienten mit therapieresistenten Depressionen erfolgreich behandeln zu können. Im Umgang der Medizin mit kranken Menschen ist dies eine erneute gravierende Grenzüberschreitung. Wenn es auch platt klingen mag: Die Medizin setzt im Zweifelsfall alles ein, was technisch machbar ist. Statt, wie heute üblich, von anspruchsvollen Patientinnen und Patienten zu sprechen, sollte deshalb das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass eine Industrie und eine Ärzteschaft, die täglich Wunder versprechen, bei den Menschen Erwartungen wecken, die weit über alles hinausgehen, was bei noch so optimistischen Annahmen von der Medizin erwartet werden kann.

2. Das Katastrophenszenario „Unfinanzierbarkeit“

In allen reichen Gesellschaften wird nahezu täglich und einformig die Behauptung wiederholt, infolge des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts werde das Gesundheitswesen bereits mittelfristig unfinanzierbar, wenn nicht Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten weitaus stärker als heute zur „Eigenbeteiligung“ herangezogen und/oder Leistungen ganz ausgeklammert würden. Diese Steigerungsraten werden als unvermeidbar, quasi unbeeinflussbar dargestellt.

Ein Blick in die jüngste Geschichte könnte bereits zeigen, dass diese Apokalypse nun schon seit Jahrzehnten an die Wand gemalt wird und dass bislang zumindest durch Steigerung der Produktivität und relativ raschen Preisrückgang kostenintensiver Innovationen ein unverhältnismäßig starkes Anwachsen der Kosten für das Gesundheitswesen nicht zu verzeichnen war – unbeschadet der Frage von Wirtschaftlichkeitsreserven [5]. In der Frage, wie mit dem Risiko weniger gut zu kontrollierender Steigerungsraten künftig um-

* Nach einem Vortrag beim Workshop von Medico International „Gesundheit und Menschenrecht“ im Rahmen des 11. Kongresses „Armut und Gesundheit“ am 18. 11. 2005 in Berlin.

¹ Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen.

Eingang des Manuskripts: 6. 12. 2005.

Annahme des Manuskripts: 9. 2. 2006.

gegangen werden könnte, stoßen zwei Richtungen aufeinander, die beide eine eigene Rationalität aufweisen. Auf der einen Seite verteidigen Politiker, Ökonomen und Interessenverbände den Wachstumsmarkt Gesundheit mit dem Argument, in keinem anderen volkswirtschaftlichen Sektor seien derart große Wachstumsraten zu verzeichnen: Das Gesundheitswesen sei die „Jobmaschine“ schlechthin. Dabei wird überwiegend darauf gesetzt, dass der Steuer- und Beitragsanteil tendenziell zulasten der privaten Aufkommen abnehmen müsse. Auf der anderen Seite ist eine kritisch-skeptische Disziplin unter dem Namen „evidenzbasierte Medizin“ (EbM) entstanden, die dafür plädiert, nur solche Leistungen zu finanzieren, für die es gute Nutzen-Schaden-Bilanzen gibt und die nach Möglichkeit substitutiv zu bestehenden, qualitativ schlechteren Leistungen eingesetzt werden sollten. EbM ist zwar für sich genommen kein Mittel zur Kostendämpfung, aber der Blick in die Geschichte jüngerer Innovationen zeigt, dass es eine ganze Liste von Innovationen mit ungünstiger Nutzen-Schaden-Bilanz gegeben hat: Exemplarisch seien die Hormon(ersatz)therapie in und nach den Wechseljahren und der Einsatz von Robotern in der (Gelenkersatz-)Chirurgie genannt. Noch zu wenig im Blickfeld ist die aus humanitärer Sicht hochbedeutsame Frage, wie die Kosten für eine angemessene Pflege alter und hochbetagter Menschen im Rahmen der bisher üblichen Ressourcenverteilung künftig bewältigt werden können. Ob die sog. Kompression der Morbidität (behandlungsbedürftige Erkrankungen werden in einer gesünder werdenden Bevölkerung immer weiter an das Lebensende verschoben) mögliche kostentreibende Effekte des demographischen Wandels kompensieren kann, bleibt ungewiss [7]. Umso notwendiger wäre es, den inflationär verwendeten Begriff der „Innovationen“ im Gesundheitswesen zu entzaubern und klar auszusprechen, dass die Erfindung eines neuen Medikaments oder eines neuen Behandlungsverfahrens prinzipiell noch keinen Fortschritt darstellt. Das Gesundheitswesen sollte sicher auch kein beliebiger, weitgehend sich selbst überlassener Wachstumsmarkt sein – dafür sind seine „Produkte“ im Fall verfrühter oder gar ungetesteter Einführung mit zu großen Risiken verbunden.

3. Leistungsdichte und Angemessenheit der Versorgung

Es ist innerhalb der Gesundheitswissenschaften Konsens, dass eine Zunah-

me der Zahl von Ärzten oder Krankenhäusern oberhalb einer kritischen Schwelle nicht mehr automatisch mit einer Zunahme der Leistungsfähigkeit des Systems einhergeht. Die vom Sachverständigenrat der Bundesregierung für Deutschland übernommene Begriffsfigur von „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ wollte auch auf dieses Problem aufmerksam machen; offenkundig ist dies aber nicht wirklich gelungen, weil die meisten Ärztinnen und Ärzte aus diesem Ansatz nur den Vorwurf herausgehört haben, sie machten offenbar alles falsch. Konsens ist weiter, und das ist schwer zu vermitteln, dass es eine verbindliche Klärung zu der Frage, wie „angemessene Versorgung“ definiert werden kann, nicht gibt – genauer formuliert: auch nicht geben kann.

Vor allem seit den Arbeiten von John Wennberg aus den 70er Jahren [20] oder auch den späteren Interventionen von Gianfranco Domenighetti mittels Bürgerinformationen über angemessene Indikationsstellungen [6] ist empirisch belegt, dass es medizinisch unerklärbare Varianzen in der Leistungsdichte gibt (so die Häufigkeit der Entfernung von Vorsteherdrüsen wegen benigner Prostatahypertrophie oder von Gebärmüttern bei relativ jungen Frauen), die weniger etwas mit medizinischem Bedarf als mit der Angebotsseite und den Denkmustern der Ärzteschaft zu tun haben. Weniger dramatisch lässt sich dies auch am Einsatz bildgebender Verfahren in der Medizin festmachen: Die Großstadt München hatte in der Einführungsphase der Computertomographen mehr dieser Geräte aufgestellt als ganz Italien; es ist nicht leichthändig zu klären, wie groß dabei der Über- und der Unterversorgungsanteil jeweils gewesen sein mögen. Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule wurden lange Jahre vor allem deswegen in der Rückenschmerzdiagnostik in über großem Maße durchgeführt, weil es Teilgebetsradiologen gab, die diese Untersuchung durchführen durften, und viele Ärztinnen und Ärzte tatsächlich einen Nutzen dieser Diagnostik annahmen. Wenn man sich keinen Illusionen hingeben will, muss man akzeptieren: Es gibt keine eindeutige Sättigungsgrenze für medizinische Angebote. Erst die relativ junge Debatte um zielführende Qualitätsindikatoren (vorzugsweise auf Ergebnisqualität abzielend) weist in eine Richtung, die von der Einschätzung „viel hilft viel“ wegführen könn-

te. Ansonsten üben in hohem Maße kulturelle Normen und Partikularinteressen ihre Wirkung darauf aus, wie viele Ärzte und Krankenhäuser in einer Gesellschaft für notwendig gehalten werden. „Für Gesundheit darf uns nichts zu teuer sein“ ist ein bestenfalls sympathischer Sinnspruch, der etwas Richtiges meint, aber zu ausgesprochen unerwünschten Resultaten führen kann.

4. Die Pathologisierung der Lebenswelten

Die Medizin kennt immer weniger ungelöste Fragen, stattdessen nur noch unbearbeitete Interventionsfelder. Das Eingeständnis des Nichtwissens wird zur kulturellen Untugend. Abwarten gilt als Schwäche. Berichte über Krankheit folgen dem „Immer-mehr-ismus“. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit werden gezielt unscharf gestaltet.

Überspitzt ließe sich formulieren: Man darf nicht mehr krank sein, und man kann nicht mehr gesund sein. Auf der einen Seite werden biologische Gesetzmäßigkeiten geleugnet, auf der anderen Seite wird die Schwelle zur Definition von Krankheit immer weiter abgesenkt. Das Vorhandensein von Risikofaktoren wird schon mit Krankheit gleichgesetzt, und depressiv ist im Zweifelsfall jeder Zweite. Wenn es nicht anders geht, werden Krankheiten erfunden, um neue Therapien auf den Markt zu bringen [4]. Das Logo des holländischen Hausarztverbandes lautet demgegenüber: „In dubio abstine.“ Das bedeutet so viel wie: Wenn unsicher ist, ob Dein ärztliches Handeln nutzenstiftend ist, warte den Verlauf eines Krankheitsgeschehens ab [1]. Krankheitsbilder werden heute grundsätzlich als behandelbar bezeichnet. Wenn aber beispielsweise der Schwerkranken nicht mehr auf die Chemo- oder Strahlentherapie anspielt, wird er oft nach extremen und absehbar frustrierenden Anstrengungen als Pflegefall bezeichnet, für den man angeblich nichts mehr tun kann. Die Vernachlässigung der Palliativmedizin steht im krassen Gegensatz zur Eröffnung immer neuer Präventionsfelder für die Medizin mit fragwürdigem Nutzen. Arzneimittelindustrie und Fachgesellschaften der Kardiologen setzen alles daran, schrittweise die gesamte Bevölkerung mittels Statinen gesund zu erhalten, auch wenn es weder für den Nutzen eines derartigen Breitereinsatzes bei klinisch gesunden Menschen

STANDORTE

angemessene Belege gibt noch die Generaldebatte für notwendig gehalten wird, was es heißt, ganze Jahrgänge zur jahrzehntelangen Einnahme von Medikamenten aufzufordern. Die Hormon(ersatz)therapie war der erste Versuch, Frauen in und nach den Wechseljahren über Jahrzehnte und pauschal zu substitutionsbedürftigen Hormonmangelwesen umzudefinieren. Ein Leben ohne Medikamente und ohne den Arzt an der Seite wird für viele Menschen mittlerweile unvorstellbar.

5. Diskussionstabus

Moderne Medizin ist unweigerlich teuer; die reichen Industrienationen setzen zwischen 6% und 15% ihres Bruttosozialprodukts hierfür ein. Dies ist – ganz unabhängig von der Frage, ob es wirklich 15% sein müssen – erst einmal noch kein wirklicher Skandal. Problematisch wird es erst, wenn Kostenunterschiede und Kosten(steigerungen) als Naturgesetze missverstanden werden oder wenn die Meinung geäußert wird, man müsse grundsätzlich jedes ökonomische Kalkül aus der Medizin heraushalten, da dies angeblich zur Inhumanität führt.

Es verwundert nicht, dass eine moderne Medizin einen hohen Anteil am gesellschaftlichen Reichtum einfordert, gemessen an allem, was vor etwa 50 Jahren „Standard der Versorgung“ war. Es gibt aber neben der Frage, welche Dichte an Leistungsstrukturen noch sinnvoll ist, das unabweisliche Problem des Grenznutzens medizinischer Dienstleistungen. Nur solange irrtümlich davon ausgegangen wird, dass ohne jeglichen Nutzenbeleg automatisch genügend Mittel zur Verfügung stehen, um jeden noch so kleinen diagnostischen oder therapeutischen Fortschritt zu finanzieren, solange interessiert nicht, um welchen Preis minimale Vorteile für Patienten erkaufte werden. Niemand kann aber dem ökonomischen Konstrukt der Opportunitätskosten entkommen: Eine Gesellschaft kann fast immer in ähnlich sinnhafte oder noch sinnvollere Projekte investieren, wenn Geld für ein konkretes Projekt ausgegeben wird. Man spricht auch von Kosten der Reue, da die Bilanzierung getätigter versus unterlassener Investitionen bei einer derart abwägenden Haltung leider oft erst in der Rückschau vorgenommen werden kann. Wenn sich heute viele Nervenfachärzte, Geriater und Patientenverbände dafür stark machen,

Alzheimer-Patienten zwingend mit sog. Cholinesterasehemmern medikamentös zu versorgen, dann sollte auch ohne ökonomisches Spezialwissen die Frage gestellt werden dürfen, ob diese mit einem offenkundig nur sehr kleinen Nutzen verbundene Investition angesichts eklatanter Defizite in der Pflege bzw. der Pflegeunterstützung für diese Patientengruppe nicht besser dort getätigt würde. Viele verweigern sich der Erkenntnis, dass eine Gesellschaft kaum alles haben kann, was von Betroffenen und Lobbyisten eingefordert wird, es sei denn, man hielte jede Schallgrenze für die Kosten des Gesundheitswesens für irrelevant. Anders betrachtet: Es ist de facto unvermeidbar und sogar ethisch geboten, Leistungen nach transparenten Kriterien zu rationieren. Solange aber der Begriff der Rationierung lediglich mit der Vorstellung des Vorenthaltes lebenswichtiger Leistungen oder einer ebenso wenig vertretbaren strikten Altersbegrenzung von Leistungen verbunden wird, bleibt die Diskussion in der Sackgasse. Man kann aber nicht nicht rationieren. Man kann allenfalls vermeiden, darüber intensiver nachzudenken. Rationiert wird täglich und unvermeidbar eines der kostbarsten Güter jeder medizinischen Versorgung, die Zeit.

6. Das Thema Ärztemangel

Deutschland ist ein Land mit einer ausgeprägten Arztzentrierung und hohen Arztdichte in der medizinischen Versorgung. Nun taucht seit einigen Jahren wieder verstärkt auch in Deutschland der Begriff des Ärztemangels auf, vor allem im Kontext mit besonders strukturschwachen Gegenden in den neuen Bundesländern. Über die Frage, welche Maßnahmen zur Abmilderung von Versorgungsmängeln in derartigen Regionen sich bewährt haben, wird aber noch nicht mit ausreichender Klarheit gesprochen.

Ungleiche Verteilung von Ärzten wird überall festzustellen sein, wo man danach sucht bzw. über verlässliche Daten verfügt. Dies gilt auch für eine Reihe weiterer wichtiger Berufe, aber es scheint für die ärztliche Versorgung charakteristisch zu sein, dass Gesellschaften sehr zögern, nicht nur Anhaltzahlen aufzustellen, sondern diese auch konsequent durchzusetzen: Mit Lehrern jedenfalls gehen Gesellschaften prinzipiell anders um, auch wenn es eine zufriedenstellende, gleiche Verteilung von Pädagogen auch nicht geben dürfte. Es ist gleichzeitig

relativ gut gesichert, welche Anreize besonders ineffizient sind und welche Strategien der Steuerung sich am ehesten zu bewähren scheinen: Man muss offenbar bei der Auswahl der Medizinstudentinnen und -studenten anfangen, verlässliche Mentorenprogramme für junge Ärztinnen und Ärzte anbieten und dabei insgesamt die soziale Nähe der künftigen Ärztinnen und Ärzte zu unterversorgten Regionen ins Blickfeld nehmen [13]. Zweitens läge es im Rahmen der Debatte um einen tatsächlichen oder vermeintlichen Ärztemangel nahe, über Rollenzuweisungen an die Fachberufe im Gesundheitswesen, über Kompetenzen und über effektive Wege der Kooperation und Vernetzung nachzudenken. Dies ist eine absehbar schwierige Debatte, so dass die Aufnahme der Formulierung in den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD aus dem Jahr 2005, eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe zu prüfen, allenfalls der Anfang eines sehr langen Weges ist. Auf den Prüfstand gehören nämlich das gesamte System hausärztlicher versus fachärztlicher Versorgung, die Gründe für die Abschottung der Sektoren und die extremen Schwierigkeiten für ein interdisziplinäres und arbeitsteilig-kooperatives Vorgehen [16]. Es wird vermutlich noch einige Zeit ins Land gehen, bis sich Politik, Meinungsbildner und Öffentlichkeit vom gewohnten Bild der ärztlich dominierten Versorgung in den Ballungszentren verabschieden können. Vielleicht wird diese Debatte eine andere Richtung bekommen, wenn ausreichend deutlich geworden ist, dass die Medizin von morgen eine von Frauen bestimmte Disziplin sein wird.

7. Das Inverse Care Law von J.T. Hart

Der walisische Allgemeinmediziner und Universitätsdozent Julian Tudor Hart prägte in den 70er Jahren auf dem Boden epidemiologischer Daten und eigener jahrzehntelanger Beobachtungen in einer vom Bergbau beherrschten Versorgungsregion das Prinzip des Inverse Care Law [8]: Diejenigen Menschen, die am meisten gesundheitsbezogene Angebote benötigen, erhalten fortwährend weniger als diejenigen, denen es gesundheitlich überdurchschnittlich gut geht. Aus diesem Befund werden zumeist verkürzte Schlussfolgerungen gezogen.

Es ist eine historische Konstante, dass die Gesundheitschancen der Menschen unab-

hängig von den biologischen Determinanten einem sozialen Gradienten folgen und dass hierbei das Geschlecht, der Bildungsstand, der soziale Status und das Maß erlebter emotionaler Zuwendungen ausschlaggebende Bedeutung haben [11, 12]. Daraus ergeben sich bedeutende gesellschaftspolitische Konsequenzen, die sich dem Einfluss des Gesundheitswesens im engeren Sinne völlig entziehen. Unterhalb einer kritischen Grenze des Bruttosozialprodukts macht sich natürlich stark bemerkbar, ob gesundheitsdienstliche Leistungen überhaupt zur Verfügung stehen – und Systeme mit extremer Rationierung lebenswichtiger medizinischer Güter benachteiligen die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in überproportionaler Weise. Oberhalb solcher Schwellenwerte nimmt der Einfluss unterschiedlicher Verfügbarkeit gesundheitsdienstlicher Leistungen tendenziell aber ab [21]. Je ausgeprägter der rechtliche Anspruch auf medizinisch-pflegerische Versorgung in Sozialsystemen verankert ist, umso weniger wirken sich die immer auch vorhandenen Unterschiede in der Verfügbarkeit der Medizin negativ aus. Demgegenüber spielt auch in reichen und bezüglich sozialer Dienstleistungen dem Gerechtigkeitsprinzip verpflichteten Gesellschaften die unterschiedliche Inanspruchnahme nutzenstiftender Leistungen der Medizin und der Pflege eine bedeutende Rolle. Der insgesamt resultierende soziale Gradient lässt sich beispielsweise an der unterschiedlichen Häufigkeit von Folgeerkrankungen beim Typ-2-Diabetes exemplarisch darstellen [3]. Abhilfe dürfte allerdings hier eher von der Stärkung der patientenseitigen Ressourcen und einer nutzerfreundlicheren Strukturierung der Versorgung zu erwarten sein, nicht so sehr von einer Vermehrung der Dichte an Leistungen. Am schwersten zu organisieren ist offenbar in allen entwickelten Systemen die sinnhafte Kooperation von medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten. Diese Zusammenhänge sind der deutlichste Beweis dafür, dass neben der hochleistungsfähigen Biomedizin die Gesundheitswissenschaften an der Strukturierung einer modernen, effizienten Versorgung beteiligt werden müssen.

8. Dilemmata der Forschung

Dies führt unmittelbar zu der Frage, wie gut die universitäre und außeruniversitäre Forschung organisiert und ausgestattet sind, um die Weiterentwicklung eines leistungsfähigen und sozial gerecht wirkenden Gesundheits-

systems fördern zu können. Hier sind Ungleichbehandlungen zulasten klinisch relevanter wie sozialwissenschaftlicher Forschungstraditionen zu beklagen.

Die biomedizinische Grundlagenforschung ist spätestens seit der sog. Entschlüsselung des genetischen Codes des Menschen erneut der unbestrittene Hoffnungsträger in Politik und Forschungsförderung. Dabei spielt keine Rolle, dass die Gen- und Proteomforschung weithin noch mit Metaphern und semantischen Anspielungen arbeitet: Wieso die (wohl auch noch unvollständige) Enträtselung der Perlenkette der Bausteine Adenosin, Thymidin, Cytosin und Guanosin bereits das Verständnis über den Zusammenhang von Genen, Eiweißbildung und dem Wesen wie den Erscheinungen von Erkrankungen qualitativ gesteigert haben soll, ist nicht wirklich nachvollziehbar. Aber man befindet sich hier offenkundig im Bereich von Größenphantasien, deren Anziehungskraft immens ist. Eine Stufe darunter werden Stammzellinfusionen in die Herzkranzgefäße als kurativer Beitrag zur Herzinfarktepidemie bezeichnet, obwohl das Therapiekonzept ausgesprochen grob erscheint. An diesem Beispiel lässt sich zudem besonders gut zeigen, welche Forschungs- und Interventionsansätze nach wie vor ein Schattendasein führen: Erstens birgt eine konsequente und geschlechtersensible Anwendung des bestehenden Behandlungsrepertoires beim Herzinfarkt deutliche Potentiale; zweitens müssen bevölkerungsbezogene Kampagnen zur Verringerung des klassischen Risikofaktorenbündels als massiv unterentwickelt gelten – allein die weitgehend noch fatalistische Betrachtung der Zunahme des Rauchens bei jungen Frauen spricht Bände; und drittens wird selten zur Kenntnis genommen, dass der Höhepunkt der Herzinfarktepidemie in den entwickelten Industrienationen schon seit Ende der 60er Jahre überschritten ist. Es ist auf den ersten Blick schwer verständlich, dass Versorgungsforschung, die sich um die Umsetzung des tatsächlich gesicherten Wissensschatzes der Forschung im Alltag der Medizin kümmert, sowohl unterentwickelt ist wie – in einem verhängnisvollen Circulus vitiosus – für die Karrieren junger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nicht angemessen anerkannt wird. Erst allmählich wird deutlich, welche enormen Qualitätsdefizite die klassische klinische Forschung zu verzeichnen hat, wie weit sie nämlich sowohl von systematischen methodischen Mängeln als auch fehlender Praxis-

orientierung gekennzeichnet ist. Naiv betrachtet, dürfte (jenseits der fraglos erforderlichen und auf große Freiheitsgrade angewiesenen Grundlagenforschung) für die Gesundheitssysteme und die ihr zuarbeitende Forschung ja nur zählen, ob Forschung mit dem Ziel besserer Diagnostik und Therapie methodisch akzeptabel durchgeführt wird und tatsächlich auch vorrangige Versorgungsziele adressiert. Hierfür ist nicht zuletzt hohe Aufmerksamkeit auf die Frage erforderlich, was auf der „letzten Meile“ der Patientenversorgung tatsächlich passiert und nicht in den Settings zeitlich stark befristeter klinischer Studien mit ihren unvermeidbar selektierten Interventions- und Kontrollgruppen. Man muss hoffen, dass jüngste Bemühungen des Bundesforschungsministeriums und der großen Sozialversicherungsträger, Versorgungsforschung systematischer zu fördern, doch schon den Ausweg aus der geschilderten Schieflage andeuten. Einstweilen gilt es wohl weiter zu erklären, warum einer der in der Tat volkswirtschaftlich bedeutendsten Bereiche der Gesellschaft auf Forschung zur Effizienz und Zielgenauigkeit seiner „Produkte“ nach wie vor weitgehend verzichtet [9].

9. Wie viel Medizin verträgt der Mensch?

Tolstoi hat in einer seiner berühmtesten Erzählungen die Frage gestellt, wie viel Erde der Mensch braucht, und er hat deutlich gemacht, wie sehr das maßlose Streben nach Besitz im Kontrast zur Hinfälligkeit der menschlichen Existenz steht [18]. Wie viel Medizin der Mensch wohl braucht, ist eine Frage, die in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Entwicklungsstand sehr unterschiedlich ausfallen kann. Wie viel Medizin der Mensch verträgt, ist eine scheinbar paradoxe Frage, die aber darauf hinweist, dass medizinisches Handeln wegen der unabwieslichen Nebenwirkungen und Weiterungen immer von großer Aufmerksamkeit begleitet werden sollte, allemal in Gesellschaften, die auf das unbegrenzte Wachstum des Gesundheitsbereichs als „Jobmaschine“ setzen [15].

Am Schluss sollen ausdrücklich noch einmal zwei Einschätzungen wiederholt werden. Erstens: Die moderne Medizin hat, angefangen bei den Impfungen über die Narkosetechnik, den Hüftgelenkersatz, die Intensivmedizin bis hin zur Pharmakotherapie

STANDORTE

bei Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus und psychotherapeutischen Verfahren, Erfolge zu verzeichnen, die alle Erwartungen früherer Generationen an den medizinischen Fortschritt weit übertroffen haben. Zweitens: Ein soziales Sicherungssystem wie die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat auf einem sehr hohen Niveau gleiche Leistungsansprüche für alle Bürgerinnen und Bürger festgeschrieben. Wir haben uns an diese zivilisatorischen Fortschritte gewöhnt (wir nehmen es schlicht als gegeben hin), und es ist gerade wegen des bekanntlich kurzen historischen Gedächtnisses der Menschen wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Errungenschaften dringend geschützt werden müssen. Die Kehrseite dieser Medaille ist leider, dass eine hohe Leistungsdichte in der medizinischen Versorgung mit einem hohen Maß an unerwünschten Wirkungen verbunden ist. Der Bericht des Institute of Medicine „To err is human“ hat gezeigt, dass gravierende vermeidbare Schäden durch Medizin inzwischen in der Todesursachenstatistik harte Spuren hinterlassen [10]. Dies ist nicht allein der Tatsache geschuldet, dass es in der Heilkunde in der Tat keine Wirkung ohne Nebenwirkung geben kann, sondern ganz wesentlich auch der empirisch gesicherten Erkenntnis, dass längst nicht alle neu eingeführten Therapieverfahren in ausreichendem Umfang auf ihre Nutzen-Schaden-Bilanz hin untersucht worden sind – und werden. Diese Zusammenhänge sind umso schmerzhafter, je vager therapeutische Versprechungen insgesamt sind und je irrealer die Aussichten auf ewige Gesundheit geraten. Es ist eine Tatsache, dass die Grenzen

für medizinische Interventionen immer weiter gesteckt werden und – wie schon oft mit bitterer Ironie beschworen – nur noch Gesunde übrig bleiben, weil sie nicht ausführlich genug untersucht worden sind. Am Ende sei daran erinnert, dass die Medizin auch in Richtung des Therapieversprechens bei böartigen und chronischen Erkrankungen ihre Grenzen immer bedenkenloser überschreitet, während die Frage nach einer angemessenen Linderung von Beschwerden und einer verlässlichen Pflege am Ende des Lebens ein unvertretbares Schattendasein fristet.

Literatur

1. Abholz HH. Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? – Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. *Z Allg Med* 2005;81:397–404.
2. Berger M. Am Ende der Aufklärung steht das goldene Kalb. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2003;3:29–35.
3. Beyer S, Peter R, Nielsen I. Health inequalities in different age groups: the case of type 2-diabetes: a study with health insurance and medication data. *Soz Präventivmed* 2004;49:220–5.
4. Blech J. Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt/Main: Fischer, 2003.
5. Braun B, Kühn H, Reiners H. Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main: Fischer, 1999.
6. Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumer's demand for evidence-based medicine. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:97–105.
7. Fries J. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130–5.
8. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;ii: 405–12.
9. Kaiser T, Sawicki P, Schmacke N. Diabetologie: Versorgungsforschung ist unterrepräsentiert. *Dtsch Arztebl* 2003;100:A898.
10. Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human. Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press, 2000.
11. Kuhlmann E, Kolip P. Gender und Public Health. Weinheim: Juventa, 2005.
12. Marmot M. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Times Books, 2004.
13. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, et al. Critical factors for describing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 286;2001:1041–8.
14. Schmacke N. Innovationen in der Medizin: das magische Dreieck von Evidenz, Werten und Ressourcen. *Z Qualitative Bildungs Beratungs Sozialforsch* 2004;5:331–53.
15. Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Bonn: Kompart, 2005.
16. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
17. Ubel PA. Pricing life. Why it's time for health care rationing. Cambridge: MIT Press, 2000.
18. Tolstoi L. Wie viel Erde braucht der Mensch? Peiting: Michaels, 1994.
19. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326: 1419–23.
20. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variation in health care delivery. *Science* 1973;182:1102–8.
21. Wilkinson RG. Unhealthy societies. The affliction of inequality. London: Routledge, 1996.

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Arbeits- und Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung
Universität Bremen
Bibliothekstraße 1
28359 Bremen
Telefon (+49/421) 218-8131
Fax -8135
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de