

Nutzen – Medizinische Notwendigkeit – Wirtschaftlichkeit

Kann Public Health den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung präzisieren?

*„Um geistig arbeiten zu können,
muss man das Leben ausklammern.
Sonst macht es einen fertig.“*

Jacob Grimm, in: Dagmar Papula „Die Brüder Grimm“,
Bremer Shakespeare-Company Dezember 2000

Es ist eine weit verbreitete Überzeugung, dass der demographische Wandel die GKV vor kaum lösbare Finanzierungsprobleme stellen wird. Die Gesundheitswissenschaften können eine Menge dazu beitragen, dieses neue Katastrophenszenario auf den Prüfstand zu stellen. Dazu muss sich die junge Public Health – Disziplin aber stärker mit der Frage auseinandersetzen, warum es so schwer ist, derartige stereotype Einstellungen in einem komplexen System wie der Krankenversicherung zu verändern.

■ Norbert Schmacke

Einleitung

Bei einer wissenschaftlichen Tagung, die sich mit Trendanalysen zur Morbiditätslast chronischer Krankheiten beschäftigt¹, geht es natürlich primär darum, die Frage der Belastbarkeit vorhandener Datenbestände zu prüfen und mögliche Forschungsfragen herausragender Relevanz für die Zukunft zu bestimmen. Wenn einem Referenten die Frage gestellt wird, inwieweit der nach wie vor in Deutschland junge Ansatz Public Health in diesem Kontext helfen kann, den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu präzisieren, dann muss der Versuch einer Antwort auch berücksichtigen, wie es um das Feld bestellt ist, dem Wissenschaft in bester Absicht unter die Arme greifen will. Es geht also um das Verständnis, wie das System funktioniert, in dem die Regelungen der Sozialgesetzbücher mit Leben erfüllt werden. So jedenfalls müsste wohl gedacht werden, wenn Public Health sich nicht allein der Wahrheitsfindung sondern zugleich der Gestaltung von Sozial- und Gesundheitspolitik verpflichtet fühlt.

Prof. Dr. Norbert Schmacke ist Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband

Der nachfolgende Text schlüsselt zunächst verschiedene Dimensionen des Themas Krankheitslast bezogen auf den demographischen Wandel auf und stellt thesenartig zusammen, was Wissenschaft zur Entmystifizierung des Themas Alterslast heute leisten kann und wo zugleich die Unsicherheiten in der Analyse zu vermuten und wo – last not least – Übersetzungsprobleme aus dem Forschungsraum in die Praxis einzukalkulieren sind². Es werden dann Themenbereiche skizziert, in denen die GKV besonders von der Unterstützung durch aktuelle Public Health – Ansätze profitieren kann³. Es wird abschließend geschlussfolgert, dass Public Health erst dann seine Wirksamkeit für die Weiterentwicklung der GKV entfalten wird, wenn die Übersetzungsleistung⁴ in das System hinein nicht als belastendes oder im schlimmsten Falle wissenschaftsfremdes Anhängsel an die „eigentliche“ analytische Leistung gesehen wird, sondern als genuiner Bestandteil einer sozialen Wissenschaftsdisziplin. Die Hoffnung auf den Einfluss von mehr Rationalität bei der Steuerung im Gesundheitswesen – hier durch bessere Unterstützung aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften – blendet die Machtverhältnisse innerhalb des Gesundheitswesens und der Gesellschaft nicht aus: aber welche andere Chance hätte eine Debatte im wissenschaftlichen Raum als auf das Prinzip Aufklärung zu setzen?

1. Dimensionen des Themas Krankheitslast

1.1 Festsitzende Bilder

Dass der demographische Wandel mit der so genannten Überalterung der Bevölkerung unweigerlich zur Überforderung der Sozialversicherung führt, ist in vielen Köpfen feste Gewissheit. Man wird nicht verkennen dürfen, dass auch aus der Wissenschaftslandschaft derartige Stereotype immer aufs Neue genährt werden. Die vorhandene „Evidenz“ kann dem entgegenhalten: durch bessere soziale Bedingungen, durch Prävention, Kuration und Rehabilitation lassen sich viele Erkrankungen bzw. deren belastende Folgeerscheinungen tendenziell weiter an das Lebensende verlagern (compression of morbidity: Fries/ Green/ Levine 1989). Mögliche und erforderliche medizinische Innovationen innerhalb von Gesellschaften mit zunehmender durchschnittlicher Lebenserwartung müssen keineswegs immer additiv zu Buche schlagen, sie können häufig auch substitutiv eingesetzt werden. Ökonomische Katastrophenszenarien lassen in der Regel außer Betracht, dass das Wirtschaftswachstum in reichen Gesellschaften erhebliche Potenziale birgt, auch großen Herausforderungen in den sozialen Systemen gerecht zu werden (Getzen 1992).

Man wird den entmystifizierenden Analysen entgegenhalten müssen, dass es in Deutschland zumindest bislang keine Gesamtbilanzen gibt, welche Trends der Gesamtkosten für Akutmedizin, Pflege und soziale Sicherung im Alter überzeugend abbilden können (McGrail u.a. 2000). Schließlich gilt es zu sehen, dass die Vermittlung des vorhandenen entmystifizierenden Wissens nicht nur an interessenbedingte Blockaden stößt, sondern auch mit der vordergründigen Plausibilität zu kämpfen hat, wonach alternde Gesellschaften eben unweigerlich eine kaum beherrschbare Kostenexpansion im Gesundheitswesen herbeiführen. Der Blick in jede beliebige Tageszeitung oder Fachzeitschrift lehrt, dass dieses Denkmuster so mächtig ist, dass es einer eigenen Betrachtung bedarf: Aufklärung jedenfalls liefe ins Leere, wenn der Wissenstransfer die Wahrnehmung gesellschaftlicher Veränderungen, die Mutmaßungen und Befürchtungen nicht ernst nähme.

1.2 Bewertung medizinischer Verfahren

Mit der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung wächst der Bedarf an rationaler Steuerung medizinischer Leistungen. Auch die damit nur bedingt zusammenhängende Ökonomisierung des Gesundheitswesens setzt das Thema der Evidenzbasierung in der medizinischen Versorgung auf die Tagesordnung. Schließlich wächst die Einsicht, dass nicht zuletzt aus Gründen des Patientenschutzes eine evidenzbasierte Medizin die Ära der eminenzbasierten, paternalistischen Versorgung ablösen muss. Unter dem neuen Begriff von EbM (Evidence based Medicine) erlebte die Suche nach wissenschaftlich belastbaren Konzepten in der Medizin in den letzten Jahren eine Renaissance, die gerade für die Auseinandersetzung mit der scheinbar nicht bewältigbaren Morbiditätslast im

Alter zielführend ist. Zwei Beispiele mögen veranschaulichen, um welche Dimensionen es dabei geht: So liegen für Screeningverfahren wie das PSA (Prostata-spezifisches Antigen, s. Pientka 1998) inzwischen fundierte HTA-Berichte von erheblicher Praxisrelevanz vor. Gleiches gilt für therapeutische High Tech-Innovationen wie die ACI (Autologe Chondrozytenimplantation, s. Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung 2000), die schon gelegentlich als Durchbruch in der Behandlung von degenerativen Gelenkveränderungen gesehen wurde. Mittels solider HTA-Berichte wird sich die Gefahr eingrenzen lassen, dass innovative Verfahren ohne adäquate Qualitätsprüfung in das System hineingelangen. Erst langsam wachsen Erfahrungen mit Kosten-Nutzen-Analysen, die jenseits aller Sorgen um die weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens unabweislich sind, da die Frage additiver versus substitutiver Effekte neuer Methoden und die Abschätzung des Grenznutzens von Innovationen unverzichtbare Elemente rationaler Ressourcensteuerung sind.

Diese Entwicklung wird mittlerweile aus unterschiedlichen Interessenlagen heraus beargwöhnt, bis hin zur Formel von der „neuen Tyrannei“ durch ein falsches Verständnis von EbM. Einen Rückfall in die Tyrannei der Beliebigkeit will innerhalb des seriösen Diskurses nun umgekehrt auch niemand. Unsicherheiten bleiben aber ohne Frage bestehen. So klammern die meisten bisherigen Bewertungsverfahren grundlegende Probleme der medizinischen Primärversorgung noch aus, insbesondere Fragen der Zuwendungsmedizin und der Beeinflussung von Patientenkarrieren (Abholz/ Schmacke 2000). Randomisierte kontrollierte Studien schließen in der Regel alte, multimorbide Patienten aus und begrenzen damit ihren Horizont in erheblicher Weise. Bei der Umsetzung evidenzbasierten Wissens in die Praxis entwickeln sich schließlich neue Endlosschleifen des Qualitätsmanagements, so dass der Ruf nach einer Qualitätssicherung der Qualitätssicherung immer lauter wird. Allen Akteuren ist klar, dass eine evidenzbasierte und leitliniengestützte Versorgung dem Anspruch von „community effectiveness“ Rechnung tragen muss: Alltagsbedingungen, nicht Laborsituationen sind die interessierende Messlatte; das ändert aber nichts daran, dass die Suche nach der best vorliegenden Evidenz ein heilsames Prinzip zur Eindämmung einer nicht akzeptablen Ausuferung von ungenügend evaluierten Innovationen darstellt. Die Herausforderungen, mittels randomisierter Studien wirklich relevante Fragestellungen zu beforschen und den Alltag der primärärztlichen Versorgung abzubilden, sind innerhalb des Fachdiskurses bekannt, Lösungsansätze sind beschrieben (Jadad 1998, Silagy/ Haines 1998).

Die Frage ist hier, in welchem Umfang dieser aufklärerische Ansatz die Praxis bereits bestimmt. Man wird feststellen müssen, dass das methodische Instrumentarium von EbM in der Ärzteschaft, in der Politik und der interessierten Öffentlichkeit weithin noch als ein exotischer Ansatz betrachtet wird, der mit schwer verständlicher Terminologie und beladen mit biostatistischer Expertise kein spontaner Sympathieträger ist. Man wird vielleicht

auch akzeptieren müssen, dass der Kern mathematisch-statistischer Verfahren immer nur von einer Minderheit selbst innerhalb der Akademikerschaft verstanden werden wird: schon an den Begriffen Sensitivität und Spezifität von Untersuchungsverfahren sind Generationen von Ärzten gescheitert. Es ist aber vermutlich auch nicht nötig, das Grundverständnis für EbM in „fachchinesischer“ Terminologie vermitteln zu wollen. Wenn es so ist, dass die meisten Menschen sich nur Zusammenhänge in Absolutzahlen vorstellen können, mit relativen Risiken aber nicht umgehen können, dann muss man daraus nicht zwingend ein neues Statistik-Lernprogramm für Erwachsene entwickeln sondern über alternative Vermittlungswege nachdenken (s. Hoffrage/ Gigerenzer 1998 zum Thema Wahrscheinlichkeiten versus natürliche Häufigkeiten). Schließlich sollte man auch ins Kalkül ziehen, dass die Bereitschaft, sich mit epidemiologischer Literatur zu beschäftigen, außerhalb von Insiderkreisen rasch abnimmt, wenn die meisten Studien mit dem Satz enden: „Further evaluation is urgently needed“. Endlosepidemiologie ermüdet.

Ein besonders ernstes Problem für die Vermittlung von EbM und HTA entsteht dann, wenn wichtige Akteure im Gesundheitswesen die aufklärerischen Ansätze als bloß besonders raffinierte Variante der Rationierung verstehen bzw. empfinden. Da dies z.T. offenbar so ist, gelingt es Gegnern größerer Rationalität in der medizinischen Versorgung heute noch leicht, wissenschaftliche Bewertungsverfahren als lebensfremd und potenziell bedrohlich zu diskriminieren. Aufmerksam zu sein für die Wahrnehmung der oft höchst aufwendig zustande gekommener hochwertigen Studien in der breiteren Öffentlichkeit ist deshalb gerade hier vonnöten. Nicht was publiziert wird, sondern wie es wahrgenommen wird, zählt in der politischen Arena.

1.3 Priorisierung medizinischer Leistungen

Aus mehreren Perspektiven ergeben sich Ansätze, das Leistungsgeschehen besser als bisher zu steuern. „Indizierte Medizin“ lautet die erste Variante, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen und deutlich zu machen, dass es ohne problemorientierte Diagnostik und Therapie keine gute Medizin geben kann (Schmacke 2000 a). Die Frage, auf welcher vorliegenden Evidenz (seien dies kontrollierte Studien, seien dies häufig auch „nur“ Konsensentscheidungen) medizinische Empfehlungen ausgesprochen werden, erscheint so trivial wie sie zielführend werden muss. Ebenso trivial ist aus EbM-Perspektive, dass „Watchful Waiting“ nicht nur im klinischen Einzelfall sondern auch bezüglich der Einführung neuer Technologien weit häufiger als heute praktiziert Teil ärztlicher Kunst sein könnte und nicht Ausdruck einer unterentwickelten Barfußmedizin. Schließlich gehören Fehlerfreundlichkeit im medizinischen Alltag und patientenorientierte Medizin unmittelbar zusammen, da Irren tatsächlich menschlich und damit unvermeidlich ist. Insbesondere, wo es in der Medizin um eingreifende Maßnahmen geht, sind die Ärzte ihren Patienten aber nun

einmal das Darlegen der Nutzen-Risiko-Bilanz der gewählten Maßnahme schuldig, ebenso wie sie eine qualitätssichernde Dokumentation als selbstverständlich betrachten muss. Dass iatrogene Erkrankungen zur Medizin gehören, ist ja nicht per se ein Skandal, erst die Dethe-matisierung dieser Zusammenhänge ist kritikwürdig (positiv demgegenüber der Ansatz des Institute of Medicine der USA, s. Kohn et al. 2000). Eine entsprechend aufgeschlossene Ärzteschaft hätte dann auch keine Probleme mit dem Ansatz von „Informed Decision Making“, sondern würde diesen als vertrauensbildende Maßnahme begreifen, der das Thema der so genannten Non-Compliance in einem völlig anderen Licht erscheinen lassen kann. In einer derart gewandelten Medizinkultur könnte dann in anderer Weise über Gesundheitsziele öffentlich diskutiert werden, auch über die Priorisierung der Leistungen, die bei fehlender Auseinandersetzung mit Nutzen und Grenzen der Medizin tatsächlich tendenziell uferlos werden könnten. Eine öffentliche Priorisierungsdebatte ist vor allem nötig, um das Gespenst der Altersrationierung zu entmystifizieren.

Das Setzen von Prioritäten wird einstweilen noch sehr stark von der ärztlichen Profession bestimmt. Es mangelt an umfassenderen Indikatorensätzen für die Festlegung von Zielen, in die einzugehen hätten: die Sicherheit für den Patienten, der Nutzen der Verfahren, die Angemessenheit der Methoden, die Patientenorientierung und die Zeitnähe der Angebote.

Die Wahrnehmung der Priorisierungs- und Ziele-debatte folgt, so die These, heute überwiegend einer unkritischen Auseinandersetzung mit den Begriffen Fortschritt der Medizin, Innovation und Disseminierung sowie unmittelbare Erreichbarkeit spezialärztlicher Leistungen. Es wäre alle Mühe wert, einen Jahrgang zehn Jahre alter Fachzeitschriften daraufhin zu durchforsten, welche Fortschritts- und Innovationsversprechen gemacht worden sind und welche dieser Versprechen tatsächlich spürbare Verbesserungen der Versorgung gebracht haben. Gerade das Prinzip des „watchful waiting“ kämpft permanent gegen die Überzeugung „viel hilft viel“ und gegen die Sorge, den letzten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse möglicherweise doch zu verpassen, weil man nicht beim „richtigen“ Arzt gelandet ist.

1.4 Die Medikalisierung des Alters

Die Bündelung medizinischer Angebote im Alter ist keineswegs schlicht der höheren Prävalenz von Erkrankungen im Alter geschuldet. Es ist kein Geheimnis, dass die Grenze zwischen altersphysiologischen und krankhaften Entwicklungen im Alter fließend ist (Schwartz/Walter 1998). Je stärker die Heilungsversprechungen der Medizin werden, umso mehr ist diese Grenzziehung verwischt in Richtung einer Polypragmasie, die für jedes Symptom eine – in der Regel pharmakologische oder operative – Antwort parat hat. Dass präventive Ansätze durch Ernährung, Bewegung, mentale Herausforderungen und altersgerechte Lebensumfeldgestaltung erprobt

sind, erscheint angesichts des Füllhorns der Medizin fast als liebenswerter Anachronismus. Von einer rationalen Arzneimitteltherapie im Alter aber ist die durchschnittliche Praxis weit entfernt, häufig herrscht ungezielte Polypragmasie vor (Schmacke 2000 b). Die Aufklärung alter Menschen und ihrer Angehörigen bzw. Betreuer über das medizinisch Machbare und über Wahlmöglichkeiten liegt im Argen. Es gibt m.a.W. auch bezüglich der Medikalisation des Alters eine Reihe von Ansätzen, welche das Thema „Krankheitslast alternder Gesellschaften“ entmystifizieren können.

Auf der Seite der Unsicherheit schlagen vor allem zwei Probleme zu Buche. Erstens mangelt es an ausreichenden Routinen für eine zeitnahe Bewertung innovationsverdächtiger Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Der Aufbau entsprechender Einrichtungen, ob man an die jetzt deutlich erweiterten Bundesausschüsse des SGB V denkt oder an eine ungleich besser ausgestattete Institution wie das National Institute of Clinical Excellence (NICE) in England, läuft der Innovationskraft der Gesundheitsindustrie hinterher; die Disseminierung neuer Methoden gehorcht deshalb nach wie vor sehr stark dem Prinzip des Faktenschaffens: was einmal im System Breitenanwendung gefunden hat, ist schwer wieder herauszudefinieren. Im engen Zusammenhang mit den fehlenden Routinen der Bewertungsverfahren steht das schwach ausgeprägte Vertrauen der Bevölkerung in derartige Bewertungsverfahren. Die Präzisierung des Leistungskatalogs nach wissenschaftlichen Kriterien ist eine kulturelle Leistung, die sich fortwährend mit der Angst vor dem Verzicht auf möglicherweise im Einzelfall doch sinnvolle Innovationen konfrontiert sieht. Und da in allen denkbaren Gesundheitssystemen über privat finanzierte Leistungen alle sich medizinisch gerierenden Innovationen in privilegierten Gesellschaftsschichten zum Einsatz kommen, kann man mit dem an dieser Stelle häufig verqueren Argument „Weil du arm bist, musst du eher sterben“ Zustimmung ernten, so mager auch die Evidenzbasis immer sein mag.

Das zweite Problem betrifft die Hierarchie der Durchsetzungsfähigkeit verschiedener Ansätze der Gesundheitspolitik und gesundheitlicher Dienstleistungen. So wie man von einem „Darwin'sche Gesetz der Präventionspolitik“ sprechen kann (Kühn/ Rosenbrock 1994), wonach medizinische Ansätze deutlich eher Unterstützung finden als primärpräventive Ansätze im Betrieb oder in der Kommune – man kann bezogen auf das Alter beispielsweise die Frage der Sturzprävention benennen – so findet sich auch bei Fragen wie patientenzentrierte Medizin oder integrierte Versorgung eine Wertehierarchie, die von der Definitionsmacht der Ärzteschaft geprägt ist. Das Teilen der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung zwischen verschiedenen Fachberufen leidet hierunter ebenso wie die Durchsetzungsfähigkeit von Konzepten der Organisationsentwicklung in Praxis und Klinik. Dies ist – man kann es nicht oft genug sagen – insbesondere für die Verbesserung der Versorgung multimorbider alter Menschen eine Crux.

Wenn das Thema auf der Tagesordnung steht, ob alte Menschen in unserem Gesundheitswesen adäquat versorgt werden, dann wird man gut daran tun, erneut zu bedenken, wie die Wahrnehmung des Problems bei den Betroffenen und bei Multiplikatoren in Publizistik und Politik aussieht. Sobald das Wort „Rationierung“ in diesem Kontext benutzt wird, werden offenbar in Deutschland in besonderer Weise Assoziationen an Krieg und Hunger geweckt und es geht dann um absolute Mängelverwaltung. Das Problem der Grenzziehung zwischen Vorenthalten wichtiger Leistungen und rationaler Ressourcenallokation bei Beachtung des Grenznutzens neuer Verfahren ist sehr schwer vermittelbar. Es wird insofern gerade bezogen auf das Alter eine spannende Frage, welche Ergebnisse der neue Koordinierungsausschuss (137e SGB V) zutage fördert, welcher Felder von Über-, Unter- und Fehlversorgung für prioritäre Krankheitsbilder beschreiben soll.

Es liegt aber auch die Vermutung nahe, dass Fortschrittsversprechen der Medizin gerade für Kinder und alte Menschen auf besonders fruchtbaren Boden fallen: wenn zu hoffen ist, dass ein bedrohter kindlicher Lebensentwurf doch noch gerettet und ein bald zur Neige gehendes Leben vielleicht doch noch verlängert werden kann, dann wird an das Prinzip Hoffnung appelliert und Rationalität erscheint leicht als unnötige Härte. Insofern stellt sich vor allem die Frage, wie normativ und diskursiv das Vertrauen in die Angemessenheit des Leistungskatalogs der GKV immer wieder neu hergestellt werden kann. Natürlich sollte dies eine vornehme Aufgabe von Public Health sein.

1.5 Zukunftssichere Reformen der Sozialversicherung

Es ist für viele Menschen Gewissheit, dass die GKV in der jetzigen Form nicht weiter finanzierbar ist. Hier haben Braun, Kühn und Reiners (1999) unter dem Titel „Das Märchen von der Kostenexplosion“ gezeigt, dass es keinen vernünftigen Grund gibt, unser Versorgungssystem (bei allem Reformdruck) als unfinanzierbar abzuschreiben. Diese Veröffentlichung ist insofern beispielgebend, als sie mit ihrer Darstellungsform ein deutlich größeres Publikum erreicht hat als dies Tagungsbände noch so hochkarätiger Fachkongresse je schaffen können.

Die vergleichende Gesundheitssystemforschung macht plausibel, dass der deutsche Weg einer beitragsfinanzierten Krankenversicherung bei starker Betonung der Selbstverwaltung alles andere als ein Auslaufmodell ist.

Eine Beschäftigung mit dem Politikprozess der Gesundheitsreform kann schließlich belegen, dass es verkürzt ist, die aktuellen Reformstufen als grundsätzlich misslungen und gewissermaßen überflüssig einzustufen. Dass es keine großen Würfe gibt, ist kein Grund zum Resignieren; Reformen werden nie mehr als Schritttinnovationen bewirken. Insofern ist es für Insider kein leicht daher gesagter Satz „Nach der Reform ist vor der Reform“, dies spiegelt vielmehr den ganz normalen Prozess der Weiterentwicklung hoch komplexer sozialer Sicherungssysteme wider.

Anders gewendet: es gibt keine gültige Antwort auf die Frage nach dem „besten“ Gesundheitssystem, das zum Beispiel die komplexen Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft optimal befriedigen könnte. Da die Gesetzestchnik selber immer endlose Anlässe zu Kritik (und Häme) bietet, bleibt es ein Problem, dass die Verunsicherungen und die Unzufriedenheit, die aus halbherzigen Reformschritten entstehen, in blanken Zynismus umschlagen können. Und es bleibt ein grundsätzlich unlösbares Problem, die gewissermaßen „unerwünschten Wirkungen“ von Gesetzesnovellen zu antizipieren. Die Kreativität der Leistungsanbieter und die Eigengesetze des Systems sorgen immer wieder für „böse Überraschungen“, insbesondere, was das heutige – im politischen Raum nicht infrage gestellte – Hauptziel der politischen Bemühungen anbelangt: Beitragssatzstabilität und Senkung der Lohnnebenkosten.

Wenn diese Einschätzungen zutreffen, dann bleibt es eine wichtige Aufgabe praxisorientierter Wissenschaft, den sozialen wie politischen Prozess der Weiterentwicklung der GKV selber zu analysieren und einen Beitrag zu dem Verständnis zu leisten, „wie Systeme ticken“. Wissenschaft ist von Haus aus schon gegenüber jedweder Praxis skeptisch, man müsste vielleicht konkretisieren: die an reiner Verbesserung der Wissensgrundlagen interessierte Wissenschaft. Scharen von Wissenschaftlern arbeiten umgekehrt seit eh und je unmittelbar im Produktionsprozess und sind von grundsätzlichen Skrupeln bezüglich des Wissenstransfers in die Praxis nicht geplagt. Bezüglich des Tagungsthemas gehört zur nüchternen Betrachtung der Verhältnisse die Erkenntnis, dass die gleichzeitige Thematisierung von Alter und Gesundheit immer von starken Emotionen begleitet ist. Es ist wohl auch keine Spekulation, dass biographische Erfahrungen wichtiger Akteure häufig eine wichtige Rolle für politische Weichenstellungen spielen – zumindest vordergründig, vielleicht aber auch in einem Trend, den man so charakterisieren könnte: individuelle Erfahrungen können die analytische Schärfe stark einschränken, wenn es um die Gestaltung von Systemen geht. Dies ist kein Widerspruch zu einem anderen Trend: oft öffnet erst die eigene Betroffenheit im Falle von Erkrankungen den Blick auf die Defizite der Versorgung.

Man wird nicht übersehen dürfen, dass die Möglichkeiten aufklärerischen Wirkens immer auch an die Grenzen gesellschaftlicher Einstellungen stoßen können, die das Französische mit dem übernommenen Begriff »Le Zeitgeist« beschreibt: Wenn sich Macht- und Entscheidungsträger in Politik, Medien und anderen meinungsbildenden gesellschaftlichen Institutionen entgegen empirischer Befunde darauf verständigen, dass ein Systemwechsel in der Sozialversicherung notwendig ist, der von Deregulierung der Steuerungsebenen und Privatisierung der Kosten gekennzeichnet sein soll, dann kann es schwer werden, die Besinnung auf die Reformfähigkeit des Bestehenden durchzuhalten.

2. Kann Public Health den Versorgungsauftrag der GKV präzisieren?

Die Antwort ist nach dem oben Gesagten ein eindeutiges „Ja, aber“. Zunächst bleibt richtig, dass wir in Deutschland einen schmerzhaften Mangel an bevölkerungsbezogener Expertise für die Verbesserung der Versorgung haben. Der klinische Blick reicht nach übereinstimmender Einschätzung zur Gestaltung von Gesundheitssystemen nicht aus. Wenn man sich die kurze Geschichte der Nachkriegszeit bezüglich sozialmedizinischer Disziplinen an den Universitäten ansieht, ebenso die Situation im Bereich der Allgemeinmedizin, dann wird diese Behauptung schmerzhaft bestätigt. Gesundheitssystemforschung und öffentliche Gesundheit haben immer nur versprengte Inseln zum Überleben gefunden, insofern stimmte die neuere Public Health Entwicklung zunächst hoffnungsfroh. Das „Aber“ will wie folgt verstanden werden:

- Auf Innovation zielende Forschung benötigt einen langen Atem und großen Realismus bezüglich der Umsetzbarkeit von Wissen in Gesetze und Verträge. Insofern wird es selbst bei einer stärkeren Etablierung von Public Health Lehrstühlen resp. Fakultäten und nachfolgender Ausbildung befähigter „Change Agents“ keinen einfachen „Marsch durch die Institutionen“ geben, nach dem Motto „es müssen nur die richtigen Leute an die Schaltstellen“.
- Public Health sollte die Bemühungen verstärken, die Bewegungsgesetze in der Sozialversicherung besser zu verstehen. Es ist eine Fehleinschätzung, dass die Irrungen und Wirrungen der Reformprozesse finsternen Mächten zuzuschreiben wären oder schlicht unverständlich wären.
- Schließlich sollte Public Health als integrative Wissenschaftsdisziplin es als Teil ihres Auftrags begreifen, nicht nur Wissensgenerierung zu betreiben sondern auch die Chancen und Gefährdungen der Übersetzung von wissenschaftlicher Evidenz für Öffentlichkeit, Medien und Politik zu untersuchen. Dies zielt nicht vordergründig ab auf die Losung »Verlassen des Elfenbeinturms« und sollte auch nicht verkürzt im Sinne einer Optimierung von Öffentlichkeitsarbeit verstanden werden. Die Frage ist vielmehr, ob das Begreifen der Mechanismen des Ermöglichens und Verhinderns populationsbezogener Ansätze in der Gesundheitssicherung als selbstverständlicher Teil wissenschaftlicher Bemühungen begriffen wird oder nicht.

3. Arbeitsansätze für die Präzisierung des GKV-Auftrags

Es soll schließlich zur Diskussion gestellt werden, in welchen Bereichen vor allem künftig Arbeitsfelder für einen Public Health – Ansatz zu sehen sind, der sich mit der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums innerhalb der GKV auseinander setzen will.

3.1 Die Wissensebene

Eine rationalere, nachvollziehbarere Definition des Leistungskatalogs und eine Bewertung von Innovationen hängen natürlich zunächst davon ab, dass die Suchstrategien und methodischen Anstrengungen der Evidenzbasierung weiter an Kompetenz gewinnen. Bezogen auf die heute vorherrschenden Bewertungsverfahren kann gesagt werden, dass dringend relevante Fragestellungen entwickelt werden müssen, vor allem für die Präzisierung der Arbeitsansätze in der primärärztlichen Versorgung. Wer in die Leitlinienentwicklung hineinsieht, der kann sich rasch davon überzeugen, wie weit bei allem Respekt vor der dort inzwischen entwickelten Debatte die gesamte Denk- und Suchrichtung noch vom Alltag niedergelassener Ärzte entfernt ist. Dies hat unter anderem seinen Grund darin, dass es für die Finanzierung von alltagsrelevanten, der primärärztlichen Versorgung dienenden Leitlinien keine ausreichende Basis gibt – hier geht es also oft um Neuland, nicht um das Kompilieren vorhandener Expertisen. Es spiegelt sich darin natürlich auch die Schwäche der Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und der Status der Allgemeinmedizin an den Universitäten wieder: ein Problem, das bislang nur Insider interessiert bzw. für „müdes Abwinken“ sorgt (s. die desillusionierende Analyse des Wissenschaftsrats 1999).

Es gibt einen eklatanten Mangel an Kosten-Nutzen- und Risiko-Nutzen-Studien im versorgungspolitischen Kontext im Verhältnis zur üppigen Studienlage in der klinischen Medizin und der pharmazeutischen Forschung. Dies ist einer der Gründe, weshalb es die rationale Arzneimitteltherapie in Deutschland unglaublich schwer hat. Ein zweites Beispiel ist der Mangel an interdisziplinärer Forschung zur Situation alter und hochbetagter Menschen; hier liegt wiederum ein Missverhältnis zwischen klinischen Studien und präventiven wie versorgungsorientierten Forschungsansätzen vor. Das Schattendasein der Versorgungsforschung ist ein grundsätzliches Problem der Weiterentwicklung der GKV, weil traditionelle klinische und epidemiologische Studien weder bei der Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgungsfeldern ausreichen noch politische Visionen für die Umgestaltung von Versorgungsstrukturen freisetzen.

Schließlich gibt es bislang nur vage Vorstellung davon, wie ein forschungsgestütztes „Horizon Scanning“ neuer medizinischer Technologien im Rahmen der Bundesausschüsse oder anderer öffentlich legitimierter Institutionen aussehen könnte. Die GKV sieht sich aber einer industriellen Branche gegenüber, die unter den Leitideen von „Wirtschaftswachstum“ und „Standort Deutschland“ politisch hoch geschätzt wird, deren Vermarktungsphantasien sie aber einigermaßen wehrlos ausgesetzt ist, wenn nicht Wege zu einer zeitnäheren und gesellschaftlich breiter akzeptierten Bewertung und Einführung von Innovationen in den Leistungskatalog gefunden werden.

3.2 Die Übersetzungsebene

Wissenschaft kann eine Menge dazu beitragen, dass im Lichte von Diskussionen um mehr Rationalität bei der Steuerung des Systems über Win-Win-Situationen nachgedacht wird, die sowohl dem professionellen Selbstbild der Leistungserbringer als auch der Suche nach einem wirtschaftlicherem Umgang mit den Ressourcen gerecht werden. So liegt auf der Hand, dass keineswegs alle Ärzte mit der heutigen Form der Leistungserbringung und Mengenentwicklung einverstanden sind; aus dieser Unzufriedenheit ein konstruktives Votum zur Verbesserung von Strukturen zu entwickeln, steht aber auf einem völlig anderem Blatt.

Weder die allgemeine Öffentlichkeit noch die meisten Patienten sind primär daran interessiert, sich mit den komplizierten Fragen der Leistungsdefinition und -steuerung in der GKV auseinander zu setzen. Man will die Leistungen in Anspruch nehmen, wenn man sie braucht und geht davon aus, dass die Qualität stimmt. Es wäre insofern eine ganz wichtige Aufgabe, nach Wegen einer besseren und nachhaltigen Information über Grundfragen der Leistungsqualität und -dichte zu suchen, ob dies den Stellenwert des Hausarztmodells für eine gute Versorgung betrifft oder die Finanzierung von Screeningleistungen. In diesem Zusammenhang spielt vielleicht auch eine wichtige Rolle, inwieweit innerhalb der Versorgungsrealität selber wie auch in den Bewertungsverfahren neue Partizipationsmodelle entwickelt werden können, die weder die Zuständigkeiten der Selbstverwaltung leugnen noch das Bild des mündigen Bürgers innerhalb der medizinischen Versorgung für eine schöne aber irreale Vision halten. Eine weitere Frage ist, inwieweit es gelingt, innerhalb der Medien besser als bisher komplizierte oder kompliziert geredete Zusammenhänge des Gesundheitswesens zu kommunizieren: dies kann sicher nicht allein die Aufgabe der kleinen Schar von Wissenschaftsjournalisten sein. Schließlich bedarf die Politik selber vermehrter Aufmerksamkeit. Soweit man nicht damit rechnet, dass diese aus ideologischen und anderen Gründen als erkenntnisresistent eingeschätzt werden muss, bleibt doch ein weites Feld für bessere Politikberatung „gegen den Strom“.

Schlussbetrachtung

Roy Porter (2000) hat in seiner Geschichte der Medizin zugespitzt formuliert, mit welcher Ausgangssituation sich jeder heutige Ansatz einer Beeinflussung des Geschehens im Versorgungsbereich konfrontiert sieht:

Bis vor 150 Jahren leistete die Medizin zur Verbesserung der Gesundheit nur einen winzigen Beitrag. Ob Populationen wuchsen oder schrumpften, robust waren oder unter den „tausenden Schrecken der Natur litten, die das Erbe des Fleisches sind“, hatte trotz all ihrer Bemühungen wenig mit der Medizin zu tun. Dies hat sich geändert, wenn auch nicht auf einfache oder vorhersehbare Weise. (Porter 2000, S. 713)

Im 20. Jahrhundert wurde die Medizin zum Eroberer und Befehlshaber. Heute kostet sie Unsummen, und mit ihrer wachsenden Öffentlichkeit nimmt auch die Kritik an ihr stetig zu. (Porter 2000, S. 715)

Ironischerweise verlangt die immer gesünder werdende westliche Gesellschaft nach immer mehr Medizin. Eine bestmögliche medizinische Versorgung gilt sogar als Grundrecht. Es entsteht ein gewaltiger Druck, – erzeugt von Medizinern, dem Geschäft mit der Medizin, Medien, aggressiv werbenden pharmazeutischen Unternehmen und pflichtbewussten Einzelpersonen – die Diagnose behandelbarer Krankheiten auszuweiten. (Porter 2000, S. 716)

Die Medizin hat zu übersteigerten Erwartungen geführt, welche die Öffentlichkeit gern übernahm. Da aber diese Erwartungen ins Unermessliche wachen, werden sie unerfüllbar: Die Medizin wird ihre Grenzen neu definieren müssen, auch wenn ihre Möglichkeiten größer werden. (Porter 2000, S. 717).

Da die Begriffe Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sozialgesetzbuch keine fest definierten Größen darstellen, aus denen sich unmittelbar die Leistungsverpflichtung der GKV ableiten ließe, scheint es auf der Hand zu liegen, dass ein Wissenschafts-ansatz, der bevölkerungsbezogene Aussagen über Gesundheitslasten, Risiken, Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit und über Präventionschancen zur Maxime erhebt, geradezu prädestiniert ist, qua rationaler Analyse den Versorgungsauftrag der GKV zu präzisieren.

Die These lautet: Public Health kann erst dann einen Beitrag zu diesem Problem leisten, wenn nicht nur schlüssige Interpretationen für eine rationalere Steuerung vorliegen, sondern wenn von Beginn an mitbedacht wird, wie die enorme Übersetzungsleistung aus dem Wissenschaftsraum in den Politikprozess besser als bisher ins Werk gesetzt werden kann.

Dies gilt auch für das Leitthema dieser Publikation: Es ist notwendig, die Dramatisierung des demographischen Wandels für den Kontext GKV zu entzaubern – zum Erfolg kommen derartige Analysen möglicherweise aber erst dann, wenn die Dramatisierung nicht ausschließlich als Zeichen von ungenügendem Wissensvorrat gesehen wird, sondern als Ausdruck eines sozialen Prozesses, der gleichermaßen getrieben wird von sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Erwartungen.

Reduziert sich Public Health auf Wissensgenerierung und das Produzieren der »besseren« Argumente, dann wird dieser in Deutschland nach wie vor junge Ansatz des Querdenkens mit seinem Aufklärungsanspruch in schweres Fahrwasser geraten, wenn nicht sogar viele seiner kompetenten Akteure wegen ihres durch die Beschäftigung mit der Materie wachsenden handwerklichen Vermögens Angebote erhalten, auf der Seite der Dramatisierung der Zukunftsperspektiven aktiv zu wer-

den. Öffentliche Gesundheit lässt sich nur in der Auseinandersetzung mit der Öffentlichkeit und ihren Institutionen herstellen – das ist so trivial wie herausfordernd.

Literatur

- Abholz HH, Schmacke N. Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung? Thesen zur Arbeit des Ausschusses „Ärztliche Behandlung“ im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Arbeit und Sozialpolitik 5-6/ 2000, 10-15
- Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung. Autologe Chondrozytenimplantation. Abschlussbericht. Köln 2000 (www.kbv.de)
- Braun B, Kühn R, Reiners H. Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt: Fischer, 1999
- Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. Lancet I (1989), 481-483
- Getzen TE. Population Aging and the Growth of Health Expenditures. Journal of Gerontology 1992; 47: S98-104
- Hoffrage UJ, Gigerenzer G. Using Natural Frequencies to Improve Diagnostic Interferences. Academic Medicine 1998; 73: 538-540
- Kühn H, Rosenbrock R. Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler BM (Hg.). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma, 1994: 29-53
- McGrail K, Breen B, Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Normand C. Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. Age and Ageing 2000; 29: 249-253
- Jadad A. Randomised Controlled Trials. London: BMJ Books, 1998
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (ed.). To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine 2000 (www.nap.edu/books).
- Pientka L. PSA-Screening beim Prostatakarzinom. Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie Universität Witten/ Herdecke, Bochum 1998 (www.dimdi.de)
- Porter R. Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg Berlin: Spektrum Akademischer Verlag GmbH, 2000
- Schmacke N. Stimmen die Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung? Indizieren und Begrenzen von Leistungen als Qualitätsmerkmal. Arbeit und Sozialpolitik 5-6/ 2000 (a), 16-34
- Schmacke N. Rationale Arzneimitteltherapie: Lassen sich Risiken von Mehrfachverschreibungen kalkulieren? Brennpunkt-Gesundheitswesen 8/2000 (b), 12-18
- Schwartz FW, Walter U. Altsein – Kranksein? In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998: 124-140
- Silagy C, Haines A (Hg.). Evidence Based Practice in Primary Care. London: BMJ Books, 1998
- Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. Eigendruck 22.01. 1999 (Drs. 3848/98)

Fußnoten

- 1 Der Text basiert auf einem Vortrag bei der Tagung »Demographischer Wandel und Morbiditätslast« im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen am 9./10. November 2000
- 2 Abbildung 1
- 3 Abbildung 2
- 4 Abbildung 3

Tabelle 1:

Dimensionen des Themas Krankheitslast	Ansätze der Entmystifizierung	Analytische Unsicherheiten	Probleme der Wahrnehmung wissenschaftlicher Analysen
Stereotype Sicht: demographischer Wandel führt zwangsläufig zur Überforderung der Sozialversicherung	„Compression of morbidity“ - Substitution von Leistungen - Einrechnen des Wirtschaftswachstums	Ökonomische Gesamtbilanzen für Akutmedizin, Pflege und Sozialsysteme im Alter sind unzureichend	Schein-Plausibilität des Arguments „alternde Gesellschaft führt zur Kostenexplosion“ besitzt ein starkes Eigengewicht
Bewertung medizinischer Verfahren	- Evidence Based Medicine/ HTA/ Leitlinien zur Steuerung des Leistungsgeschehens - Kosten-Nutzen-Analysen für die Einführung von Leistungen	- Bewertung komplexer Versorgungsfragen ist defizitär - Randomisierte Studien blenden i.d.R. alte Menschen aus - Qualitätssicherung eröffnet neue Endlosschleifen	- Rationale Ansätze beschreiben ein „exotisches“ Gelände - Biostatistik ist „Minderheitenprivileg“ - Bewertungsverfahren sind leicht als verdeckte Rationierung zu diskriminieren
Priorisierung von medizinischen Leistungen	- Debatte um Gesundheitsziele - Indizierte Medizin als Leitidee - Iatrogenese als öffentliches Thema - Informed Consent als notwendige Vision	Indikatorenansätze für gute Versorgungsqualität müssen weiterentwickelt werden: - Sicherheit - Nutzen - Angemessenheit - Patientenorientierung - Zeitnähe	- Wahrnehmungsmuster von Fortschritt, Innovation und Erreichbarkeit fachärztlicher Leistungen sind mächtig - Rationalität führt leicht zu unpopulären Entscheidungen
Medikalisierung des Alters	- Bedeutung des Krankheitsbegriffs - Chancen der Prävention im Alter - Potenziale einer rationalen Arzneimitteltherapie - Aufklärung über Grenzen und Nutzen der Medizin	- Problem der zeitnahen Bewertung medizinischer Innovationen - Eindimensionale medizinnahe Ansätze sind leichter durchzusetzen als komplexe Steuerungsversuche	- Sensibilitäten in der Rationierungsdebatte generell (Semantik) und konkret (Altersrationierung) - Überflutung durch Fortschrittsberichterstattung
Zukunftssichere Reformen der Sozialversicherung	- Braun-Kühn-Reiners: Das Märchen von der Kostenexplosion - Vorbildcharakter des Ansatzes der Selbstverwaltung in der GKV - Kontinuierlicher Reformbedarf ist nicht immer gleichbedeutend mit schlechter Qualität des Systems	- No best system : Vorbilder aus anderen Ländern können nicht einfach kopiert werden - Es gibt keine großen Würfe der Überwindung bestehender Gesetzeslücken - Prinzipielle Grenzen des Antizipierens der Auswirkungen von Gesetz-Novellen	- Interesse an Systemfragen ist in der Öffentlichkeit begrenzt - Distanz der kritischen Wissenschaft zur Politik „Alter und Gesundheit“ ist ein stark emotionalisierbares Thema „Le Zeitgeist“ ist mächtig (so genannte Modernisierung der Sozialversicherungssysteme)

Tabelle 2: Forschungsdesiderate 1: Wissensenebene / HTA / EBM / Bundesausschüsse

Entwicklung relevanter Fragestellungen	- Leitlinien für Allgemeinmedizin/ primärärztliche Versorgung (v.a. Berücksichtigung der Filterfunktion der Allgemeinmedizin, der psychosomatischen Grundversorgung und der Multimorbidität) - Durchsetzung der erforderlichen Review- und Forschungsfinanzierung als Mega-Thema
Kosten-Nutzen-Analysen	- Beispiel: Rationale Arzneimitteltherapie (Zulassung/ Vierte Hürde) - Methodisch: Förderung interdisziplinärer Ansätze zum demographischen Faktor
Horizon Scanning (frühzeitige Thematisierung anstehender Innovationen)	Ein kaum entwickelter Ansatz innerhalb der bisherigen Tradition der Bewertungsverfahren

Tabelle 3: Forschungsdesiderate 2: Übersetzungsebene / Zielgruppendifferenzierung

Ärztenschaft/ Heilberufe	• Schaffung von Win-Win-Situationen zwischen HTA-Ansätzen und professionellem Selbstverständnis der so genannten Leistungserbringer
Öffentlichkeit/ Patienten	• Pädagogische Vermittlung von Fakten und gesundheitspolitischen Optionen (z.B. Sinnhaftigkeit des Hausarztmodells, z.B. Grundfragen der Screeningproblematik) • Entwicklung von Partizipationsmodellen zur Verbesserung der Akzeptanz von HTA-Verfahren
Medien	• Schaffen von Gegenöffentlichkeit mit Hilfe der Gesundheitswissenschaften
Politik	• Analyse des Politikprozesses • Politikberatung „gegen den Strom“