

Stimmen die Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung?

Indizieren und Begrenzen von Leistungen als Qualitätsmerkmal¹

Der nachfolgende Text unternimmt den Versuch, über die bestehenden Grenzen und Interessenverpflichtungen im heutigen Gesundheitswesen hinaus provozierende Fragen zur Reichweite der modernen Medizin zu stellen, die den Blick öffnen sollen für einen neuen Umgang mit den eingebrachten Ressourcen. Es soll dabei nicht erneut um politisch-ideologische Grundsatzfragen gehen, ob der Anteil der Aufwendungen für das Gesundheitswesen anders bemessen werden sollte, ob die ordnungspolitische Orientierung des deutschen Gesundheitssystems revisionsbedürftig ist oder dergleichen mehr. Allerdings wird als Ausgangsthese formuliert: Die Ausgaben für das kurative Gesundheitswesen in Deutschland bewegen sich auf hohem Niveau, ebenso wie die generelle Leistungsfähigkeit als überdurchschnittlich zu betrachten ist. Viele Länder, deren Gesundheitssysteme massive ökonomische und strukturelle Krisen durchlaufen, halten das deutsche Modell der GKV ja sogar im internationalen Vergleich für vorbildlich. Es gibt mit anderen Worten etwas zu verlieren; aber es gäbe auch nach Auffassung des Autors viel zu gewinnen, wenn stärker als bisher darüber nachgedacht würde, ob die Schwerpunkte unseres ausgebauten Systems noch mit den tatsächlichen Anforderungen übereinstimmen.

■ Norbert Schmacke

1. Berücksichtigen wir bei unseren Überlegungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen unser Wissen über das bestehende Krankheitspanorama?

Die Kenntnis über Häufigkeit, Schwere, schichtenspezifische Verbreitung, individuelle und gesundheitspolitische sowie gesundheitsökonomische Bedeutung von Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen als auch konkrete Vorstellungen über ihre Beeinflussbarkeit sind die Basis für einen rationalen Zugang zu einer Ressourcenplanung im Gesundheitswesen.

Zweifel sind angebracht, daß das Gesundheitssystem in Deutschland dem Spektrum der Krankheiten mit seinen vorrangigen Problemlagen tatsächlich gerecht wird.

1.1 Krankheitsmuster im 20. Jahrhundert

Die Wellen der Krankheitsmuster im 20. Jahrhundert sind weder in der Fachwelt noch in der interessierten Öffentlichkeit ausreichend bekannt

Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind keineswegs deckungsgleich mit den „objektiven“ Bedarfen, die wissenschaftliche Studien zu ermitteln bemüht

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

sind. Damit ist nicht gemeint, daß es unweigerlich immer einen Streit darum geben wird, ob epidemiologische Studien die Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen adäquat erfassen und ob die jeweiligen Klassifikations-schemata wirklich vernünftig begründet sind. Viel fundamentaler geht es darum, daß komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen mit ihren Elastizitäten wie Trägheiten nur mit enormen Zeitverzügen auf Veränderungen im Krankheitspektrum reagieren. Insoweit ist es hilfreich, sich noch einmal grob orientierend vor Augen zu führen, wie sich das Panorama der Krankheiten im 20. Jahrhundert verändert hat.

Der norwegische Sozialmediziner Hjort spricht in einer den Blick freimachenden Vereinfachung von vier großen Wellen: Die Infektionskrankheiten, die schon im letzten Jahrhundert auf dem Rückzug waren, verlieren in den reichen Ländern der Erde bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts ihren Schrecken weitgehend, mißt man dies an den Seuchenzügen, die bis in dieses Jahrhundert hinein ihre Kraft entfalten konnten. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß mit dem Aufkommen von HIV und einigen anderen Problemen wie den Krankenhausinfektionen eine beachtliche Dimension im Bereich der Infektionskrankheiten fortbestehen bleibt. Dieser abnehmenden Welle folgen dann die sogenannten Zivilisationserkrankungen, vor allem gebildet durch Herzinfarkte und Schlaganfälle wie Stoffwechsel- und Krebserkrankungen. Die arteriosklerosebedingten Erkrankungen überschreiten

dabei in den sechziger Jahren – aus noch nicht richtig analysierten Gründen – ihren Gipfel; das Krankheits-spektrum dieser Gruppe bleibt aber prägend und stellt einen Großteil der chronischen Erkrankungen. Hjort weist dann darauf hin, daß im letzten Drittel des Jahrhunderts psychosoziale und psychomentele Störungen und Erkrankungen deutlich zunehmen, ebenso wie Phänomene der Selbst- und Fremdaggression; er spricht von einer Welle „neuer Morbidität“. Schließlich entsteht mit der deutlichen und erfreulichen Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung das Feld der Mehrfacherkrankungen alter und hochbetagter Menschen, welches Hjort als vierte und an Bedeutung gewinnende Welle am Übergang zum 21. Jahrhundert sieht².

Damit wird deutlich, daß das Bild der Akutkrankheit, welches die naturwissenschaftliche Medizin in Diagnostik und Therapie stark gemacht hat (von der Bakteriologie bis zur Unfallchirurgie), schon lange nicht mehr den tatsächlichen Herausforderungen gerecht wird. Diese Aussage trifft zu, unabhängig davon, welche Studien man zugrunde legt und ganz unabhängig von der Frage, ob man das Bild der vier Wellen von Hjort adäquat findet oder nicht.

1.2 Chronische Krankheiten stehen heute vermeintlich im Vordergrund

Daß chronische Krankheiten heute im Vordergrund stehen, wird zwar allseits gesagt; wirklich akzeptiert ist die Verschiebung im Krankheitspanorama aber innerhalb des Systems nicht.

Von der Erkenntnis, daß es derart gravierende Verschiebungen im Krankheitspanorama gegeben hat, zur Umsetzung in die Curricula der Universitäten und Fachhochschulen und zur Organisationsentwicklung in den Versorgungsstrukturen selber ist es ein sehr weiter Weg. Schon der Schritt zuvor, von der Erkenntnis zum Annehmen, fällt vielen Menschen, nicht allein den Ärzten, offenbar schwer. Zu verführerisch ist das Bild einer allheilenden und allmächtigen Medizin, die klare Ursachendiagnostik betreibt und anschließend mit schlichten aber wirksamen Rezepten Infektionen bekämpft, kranke Herde herausoperiert oder gebrochene Knochen zusammenschraubt. Was chronische Krankheit bedeutet, ist offenbar immer dann sehr klar zu begreifen, wenn es an das eigene Schicksal geht; auch entsprechende autobiographische Schilderungen von Ärzten sprechen Bände. Das System tut sich aber schwer mit dem anderen Blick auf Krankheit, der weit stärker als in früheren Generationen das Thema „Leben mit Krankheit und Behinderung“ zum Zentralthema der Versorgung macht. Die bahnbrechenden Arbeiten von Medizinsoziologen wie Talcott Parsons und Anselm Strauss hierzu liegen gut vierzig Jahre zurück. Und man kann die verzögerte Rezeption ihrer Arbeiten nicht darauf zurückführen, daß die deutsche Wissenschaftlergemeinschaft diese Studien etwa schlicht übersehen hätte³. Konstatieren muß man allerdings, daß die medizinischen Fakultäten gegenüber diesen Verände-

rungen weitgehend erkenntnisresistent geblieben sind, so wie sie auch den Diskurs um die psychosomatischen Erkrankungen erst sehr verspätet, und dann in der Regel im Rahmenprogramm ihres Sortiments, haben Einzug finden lassen⁴. Damit sollen Fortschritte bei der Etablierung der Psychosomatik und der psychosozialen Grundlagenfächer nicht geleugnet werden⁵, die Integration psychosomatischen Denkens in den Alltag der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausmedizin liegt aber weiter außerhalb der Reichweite⁶. Daß es für viele Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen keine einfachen Lösungen gibt, daß häufig psychosoziale Unterstützung und verlässliche Begleitung wichtiger sind als punktuelle medizinische Interventionen, daß das Heilungsversprechen mithin notwendigerweise nicht die alleinige tragende Säule eines guten Versorgungssystems sein kann: all dies klingt trivial, scheint aber von vielen Akteuren des Systems nicht wirklich angenommen zu werden⁷. Diese vielleicht überspitzt klingende These wird erhärtet durch den Blick auf den Endpunkt ärztlicher Behandlungsbemühungen klassischen Typs: da hört man allenthalben den Satz „Wir können Ihnen nicht mehr helfen“, oder häufiger noch an Dritte gerichtet: „Dem Patienten ist nicht mehr zu helfen“ – ganz so, als sei palliative Versorgung, Pflege, Schmerzbehandlung, Trösten nicht Teil der medizinischen Kunst. Es ist offenbar ein zu weiter Weg zu der Erkenntnis, daß ein Leben mit Krankheit immer auch Teil des normalen Lebens bleiben wird, und daß diese Form der Normalität auch durch die Unterstützung der Medizin so lebenswert wie möglich zu gestalten ist. Die Verwirrung in der Zielorientierung findet bis heute allemal ihren Niederschlag auch im Sprachlichen: wer wäre in der Lage, den Begriff der Pflegebedürftigkeit ohne beklemmende Gefühle an sich heranzulassen?

1.3 Wahrnehmung epidemiologischer Untersuchungen

Epidemiologische Untersuchungen und Befunde der Sozialwissenschaften werden von der traditionellen Medizin nur zögerlich wahrgenommen. Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen sind zunächst Erscheinungen, die vom Patienten selbst oder von der Umgebung als Abweichung von der Norm wahrgenommen werden. Soziale Bezüge sind damit für Erkennung von Befindlichkeitsstörung und die daraus folgenden Konsequenzen (Arztbesuch, Inanspruchnahme von medizinischen und betreuenden Dienstleistungen) maßgeblich. Fest steht, daß fast alle Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen aber auch ihre Behandlungs- und Rehabilitationschancen schichtspezifische Unterschiede aufweisen. Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, daß auch in industrialisierten Ländern mit einem hoch differenzierten Gesundheitswesen ein umgekehrt proportionaler Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Einkommen besteht. Eine demokratische Gesellschaft sollte sich über diese Zusammenhänge im Klaren sein und entscheiden, welche Maßnahmen einzuleiten sind, um diese Abhängigkeit zu mildern.

Der Arzt selbst sieht notwendigerweise zunächst nur den individuellen Krankheitsfall. Der soziale Kontext bleibt ihm zumeist verschlossen. Die Beeinflussung der sozialen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Gesundheit entzieht sich zudem weitgehend dem individualärztlichen Handeln. Seit jeher rekrutiert sich das Medizinsystem zudem überproportional aus oberen Gesellschaftsschichten. In diesen Milieus werden nun aber eben die Probleme artikuliert, mit denen sich die Medizin zu beschäftigen hat und welche sie ausblendet, hier entstehen im wesentlichen die Lösungsvorschläge, hier wird formuliert, welche Möglichkeiten dem Individuum zugemutet werden können. Es sind Zweifel angebracht, ob die aktuellen Fragestellungen und Versorgungssysteme der Medizin den tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen breiter Bevölkerungskreise entsprechen. Die öffentliche Diskussion über prioritäre Gesundheitsziele auf der Basis biomedizinischer, sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Untersuchungen erscheint dringlich⁸.

1.4 Medizin im Fokus der Kritik

Die Medizin als unverzichtbare Säule eines umfassenden Versorgungsangebots gerät wieder in die Kritik, obwohl sie gemessen an den Erfahrungen früherer Generationen extrem leistungsfähig geworden ist.

Im Gefolge vielfältiger sozialer Bewegungen gerät die Medizin etwa seit den sechziger Jahren verstärkt in die öffentliche Kritik. Dies geht einher mit der verstärkten Artikulation von Patientensicht und Patientenrechten. Reiser spricht gar vom kommenden Jahrhundert des Patienten und weist darauf hin, daß im Gefolge allgemeiner gesellschaftlicher Emanzipationsprozesse auch die Asymmetrie zwischen Ärzten und Patienten auf die Tagesordnung gesetzt worden ist⁹. Dies beinhaltet eine soziale und ethische Dimension, ebenso wie es vertane Chancen für eine bessere Versorgung anspricht. So ist unstrittig, daß der Patient im Rahmen von chronischen Krankheitsverläufen eine entscheidende Koproduzentenrolle spielt, welche die Medizin begreifen und fördern statt verdrängen müßte. Zunehmend wird aber auch die Frage gestellt, welche Konsequenzen die Fülle von Leistungen hat, welche die hocheffiziente Diagnostik heute den Patienten offeriert. Folgenlose, oft auch stark belastende Diagnostik wird erst durch die enorme Leistungsfähigkeit der technischen Medizin zu einem Thema. Dies ist eine Schein-Paradoxie, welche allerdings auf dem Markt der Leistungsanbieter mit großem Aufwand immer wieder zu einem Non-Thema gemacht wird, weil im Markt nur der Absatz, nicht aber der reflektierte Einsatz von diagnostischen Verfahren zählt. Es ist tatsächlich auch eine gewaltige intellektuelle Herausforderung, Diagnostik nach rationale Kriterien durchzuführen, vor allem dann, wenn es darum geht, über wissenschaftliche und ethische Kriterien von Screeningmaßnahmen zu befinden. Zu verführerisch ist es, erst einmal alles Machbare zu untersuchen, und dann zu überlegen, was man mit den erhobenen Befunden anfängt. Auch vielen Patienten dient die Diagnosemaschine der Medizin inzwischen

dazu, sich regelmäßig „gründlich“ durchchecken zu lassen – ganz so, wie man seinen neuen PKW regelmäßig zur Inspektion in die Werkstatt bringt. Unrealistische Versprechungen und überhöhte Erwartungen gehen hier zum Teil eine unheilvolle Allianz ein, deren Stabilität im wesentlichen aus der Hybris der Medizin entsteht¹⁰.

Am anderen Ende dieser Problemlage ist die Ratlosigkeit anzutreffen, die angesichts der mangelhaften Inanspruchnahme der überraschend kleinen Zahl wirklich wirksamer Screening- und Vorsorgeuntersuchungen entsteht¹¹. Hier weiß die Medizin keine Antworten, die Hilfe der Psychologie oder der Soziologie aber mag sie nicht so recht annehmen – die Angst vor feindlicher wissenschaftlicher Übernahme ist nach wie vor sehr groß. Dabei wäre gerade die Zusammenarbeit mit diesen Disziplinen notwendig, um sich den ungelösten Problemen von Akzeptanz und Widerstand gegenüber medizinischen Ratschlägen, gesundheitsfördernder Lebensführung und Selbsthilfe sinnvoll nähern zu können.

1.5 Fachkundige Begrenzung der Medizin vonnöten

Da der patientengerechte Einsatz der medizinischen Maßnahmen enormes Wissen verlangt, liegt es nahe, in der fachkundigen Begrenzung der Medizin auf das für den jeweiligen Patienten Wirksame und Notwendige die eigentliche ärztliche Kunst zu sehen.

Solange über die nach heutigem Verständnis moderne Medizin berichtet wird, wird gleichzeitig über die Problematik Spezialistentum versus Generalistentum geklagt. Aber auch wenn man in Rechnung stellt, daß die vermeintliche Unübersehbarkeit des Gesamtkanons des Wissens stets Gegenstand des Klagens gewesen ist, so wird man in der Annahme nicht fehl gehen, daß mit dem exponentiellen Ansteigen der wissenschaftlichen Veröffentlichungen und den Produktinnovationen der pharmazeutischen Industrie wie der High-tec-Medizin insgesamt immer schwerer Schritt zu halten ist. Dies stellt für die medizinischen Fakultäten und Ärztekammern riesige Herausforderungen an die Konzepte von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mit Blick auf den Patienten aber wirft die Expansion des Wissens zugleich die Frage auf, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einer je spezifischen Situation wirklich angemessen sind. Fast immer stehen Alternativen zur Wahl, die für Patienten und Ärzte auch zur Qual werden können.

Es sei an die ernüchternde Arbeit von Field und Lohr¹² erinnert, die auf der Suche nach wissenschaftlich belegten und in der Fachwelt unumstrittenen Versorgungskonzepten zu dem Ergebnis kamen, daß nur etwa 4% der medizinischen Dienstleistungen nach wissenschaftlicher Fundierung und überwiegendem Expertenurteil als sehr gut gesichert betrachtet werden können und daß demgegenüber für rund 50 Prozent aller Dienstleistungen ein Nachweis der wissenschaftlichen Evidenz fehlt – der „Rest“ bewegt sich in einem interpretationsfähigen Mittelfeld an Qualität und Wirksamkeit. „Das heißt nicht“,

so Gerlach in einer Kommentierung dieses Befundes¹³, „daß man diese Leistungen nicht erbringen sollte. Es heißt lediglich, daß wir uns auf schwammigem Boden bewegen und nur in begrenztem Umfang in der Lage sind, nachzuweisen, was evident erforderlich sein könnte“. Das Auffinden der bestmöglichen Evidenz für das individuell erforderliche Untersuchungs- und Behandlungskonzept und die Besprechung dieser Situation mit dem Patienten stellt zusammen mit der verlässlichen Begleitung des Patienten im Krankheitsprozeß die eigentliche ärztliche Kunst dar – jenseits aller einfachen Rezepte und Scheinsicherheiten. Dies ist zwangsläufig in vielen Situationen auch mit der Begrenzung der Erwartungen an die Medizin verbunden.

Die Frage ist, wie sich diese *prima vista* vielleicht verstörenden Zusammenhänge den Medizinstudenten, den Ärzten, den Patienten vermitteln lassen, und wie sich eine abwägende Medizin im Gegensatz zu einer heroischen Medizin belohnen läßt. Im englischen gibt es einen – tendenziell unübersetzbaren – Ausdruck, der diese Kunst für eine der Standardsituationen der Medizin bezeichnet, wenn es nämlich keine eindeutige therapeutische Empfehlung gibt, die dem Patienten nützen könnte: *watchful waiting*. Daß im sorgfältigen Beobachten und Zuwarten häufig eine kluge Philosophie ärztlichen Handelns verborgen ist, wie kann das angesichts der Flut an tatsächlichen und vermeintlichen pharmazeutischen Innovationen und der Verfeinerung der Operationskünste noch glaubhaft gemacht und dem Patienten vermittelt werden? Sich der eigenen Grenzen bewußt werden, ist zugleich wirksamer Bestandteil von Patientenschutz. Derartigem Denken zur erforderlichen Wertschätzung zu verhelfen, wird zur drängenden Herausforderung angesichts der enormen ökonomischen Macht, die hinter den denkbaren medizinischen Innovationen von morgen stehen.

1.6 Patientenkarrieren gehören in den Mittelpunkt

Die Suche nach Erkenntnisgewinn in der Forschung reduziert sich nach wie vor zu sehr auf rein klinische Fragestellungen. Versorgungsforschung bleibt ein Stiefkind, Patientenkarrieren sind nicht im Blickfeld der Betrachtung.

Grundlage des Fortschritts qua Wissensgenerierung ist per se die universitäre wie auch die außeruniversitäre Forschung. Bezogen auf die Frage der Qualität und Relevanz von Forschungsergebnissen breitet sich ein großer Fächer an Problemen aus, die vom Wissenschaftsbetrieb der Medizin selbst nur unzureichend wahrgenommen werden. So werden nach wie vor in großem Umfang Publikationen auch aus dem universitären Feld veröffentlicht, die einfachste methodische Qualitätsstandards nicht einhalten. Eine zunehmende Zahl von Fachzeitschriften ist demgegenüber dazu übergegangen, nur noch qualitätsgeprüfte Arbeiten zu publizieren (Peer Review Verfahren); einige Herausgeber verlangen zudem von ihren Autoren inzwischen Angaben zu möglichen

Interessenkollisionen (z.B. durch Sponsoren einer wissenschaftlichen Arbeit). Die Qualitätsstandards für Studien sind inzwischen wesentlich höher und international einheitlich definiert¹⁴.

Stellt bereits die Einhaltung derartiger Standards eine gewaltige Herausforderung dar, so weist die Frage nach der Relevanz der traditionellen klinischen Forschung für die Versorgungsrealität auf weithin verwaistes Gelände hin. Gewöhnt sich die Ärzteschaft gerade an den Kanon der Evidence Based Medicine¹⁵, so wird von Public Health Forschern zeitgleich ein Mangel im Bereich der Gesundheitssystemforschung eingeklagt. Dabei geht es ganz maßgeblich darum, daß die meisten klinischen Studien unter sogenannten idealen Umständen ihre Effekte messen, während die dabei ausgeschlossenen „Störgrößen“ im Alltag der Versorgung häufig den entscheidenden Einfluß darauf nehmen, was beim Patienten tatsächlich „ankommt“¹⁶.

Grundfragen der Allgemeinmedizin liegen weit außerhalb des Interesses der Hochschulforschung. Und vollends randständig sind bisher Fragestellungen, welche dem Erleben der Patienten selbst auf die Spur kommen wollen und aus ihren Erzählungen mittels sozialwissenschaftlich gestützter Verfahren Erkenntnisse zu gesundheitlichem Verhalten und zum Umgang mit Krankheit ziehen wollen¹⁷. Dabei ist wesentlich besser als viele klinische Handlungsmaximen belegt, daß die Geschichte der Krankheit, die sich in der ärztlichen Anamnese niederschlägt, immer unvollständig bleibt, wenn sie nicht die Geschichte des Patienten adäquat abbildet und die Auflösung der Diskrepanz zwischen der sogenannten objektiver Sicht und der sogenannten Laiendarstellung als der guten Medizin zugehörig begreift¹⁸. Versorgungsforschung, die insbesondere Perspektiven längerer Reichweite beinhalten muß und somit das Thema der Patientenkarrieren auf die Tagesordnung setzt, muß weit stärker als heute finanziert werden. Allein das Aufkommen der Gesundheitswissenschaften ist sicher keine Garantie dafür, daß hier ein Gegengewicht zur klinischen Forschung im engeren Sinne gebildet wird, eher schon das wachsende Interesse von Politik und Krankenkassen an einer auf Innovation abzielenden Versorgungsforschung¹⁹.

1.7 Allgemeinmedizin soll gefördert werden

Die erforderlichen intellektuellen und organisatorischen Anstrengungen zur Reduktion der Komplexitäten des Untersuchungs- und Behandlungsgeschehens für die Alltagsversorgung werden kaum geleistet. Die Vernachlässigung der Allgemeinmedizin ist dafür das bedeutendste Beispiel.

Ließe man die Spezialisten der Medizin allein ein Gesundheitswesen gestalten, so würde dies unweigerlich dazu führen, daß eine Maximierung des Machbaren und für Fachgesellschaften Wünschbaren auf dem Weg der Addition von hochdifferenzierten Einzellösungen zustan-

de käme – ohne Aussicht auf Erreichen des Ziels: ein gegliedertes, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Patientenorientierung ausbalancierendes System zu planen und fortzuentwickeln²⁰. Wenn man so an die Frage herangeht, wird man der Zustimmung sicher sein können. Wenn man aber darauf hinweist, daß unser Gesundheitssystem von eben solchen Trends weit stärker als die Systeme europäischer Nachbarländer gekennzeichnet ist, stößt man heute noch auf viel Unverständnis, so hoch stehen die Spezialisten in der Regel im Kurs. Vielleicht erlaubt der Hinweis auf eine Stellungnahme des Wissenschaftsrats zur Allgemeinmedizin, daß die wirklich dramatischen Defizite in der Vermittlung primärärztlicher Kompetenzen an den medizinischen Fakultäten glaubhaft gemacht werden können²¹. Wenn man von den ermutigenden Reformprojekten im Medizinstudium einmal absieht, so ist die Mediziner Ausbildung nach wie vor dadurch charakterisiert, daß – überspitzt formuliert – der Patient, gar der durchschnittliche Patient eines Hausarztes eigentlich nicht vorkommt. Wissensvermittlung erfolgt als Addition segmentaler Einblicke in spezialisierte Fächer, nicht aber als Befähigung zum problem- und patientenorientierten Denken.

Nachdem die Fachärzte mit dem Schlachtruf „Opas Praxis ist tot“ ab den sechziger Jahren erreichen konnten, daß die hochspezialisierte Medizin in Deutschland immer stärker Einzug in die niedergelassene Praxis nehmen konnte, wurde schon in den siebziger Jahren überdeutlich, daß sich in Deutschland eine einmalige Doppelversorgung mit Fachärzten in Klinik und Praxis anbahnte, die nicht nur unwirtschaftlich war, sondern den vitalen Bedürfnissen vieler Patienten nicht gerecht werden konnte. Hier wurde gegen alle internationalen Erfahrungen der „Niedergang der nichtspezialistischen ärztlichen Versorgung“ eingeläutet²².

Daß Allgemeinmedizin keine Second-Class-Medizin ist, sondern eine extrem anspruchsvolle Disziplin, die für Kontinuität der Versorgung und Steuerung von Bedürfnissen und Ressourcen steht, muß heute mühsam ins Gedächtnis zurückgeholt werden. Marzi zeigt in einer Übersichtsarbeit, „dass in Staaten mit starker primärärztlicher Infrastruktur der Gesundheitszustand der Bevölkerung besser ist, die Kosten im Gesundheitswesen niedriger sind, die Bevölkerung zufriedener ist mit ihren Ärzten und weniger Medikamente verbraucht werden als in Staaten ohne eine solche“²³. Stellen Allgemeinmedizin wie generell primärärztliche Versorgungsansätze insoweit eine erforderliche Reduktion der Komplexitäten in einer mit medizinischen Dienstleistungen sehr gut versorgten Gesellschaft dar, so lebt ihre Spezies zugleich davon, Komplexitäten auf Seiten der Patienten aushalten zu können, Beständigkeit in der Behandlung und Betreuung zu gewährleisten, wo Fachärzte sich gern (sicher nicht grundsätzlich!) mit dem Hinweis auf ihre ja nur begrenzte Zuständigkeit zurückziehen.

Daß kompetente Allgemeinmediziner nicht vom Himmel fallen, sondern daß ihre Aus-, Fort- und Weiter-

bildung enorme Anforderungen bedeutet, sei nur deshalb gesondert betont, weil in West-Deutschland²⁴ wie anderen europäischen Ländern auch bis vor kurzem die Allgemeinmedizin als ein Weiterbildungsgang minderer Güte mißverstanden wurde. Vor diesem Hintergrund muß erwähnt werden, daß 1998 zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (im Einvernehmen mit der privaten Krankenversicherung) eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin abgeschlossen wurde. Danach erhalten Krankenhäuser, die Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin in ihrem Stellenpool zusätzlich zur Verfügung stellen, eine limitierte finanzielle Förderung. Und im September 1999 verabschiedete das Bundesforschungsministerium Richtlinien zur Förderung der Forschung in der Allgemeinmedizin, wobei die Mittel unter der Voraussetzung gewährt werden, daß die Hochschulen die zusätzlich geförderten Personalstellen nach Abschluß der Fördermaßnahme in den Stellenplan aufnehmen. So werden mit einem Zeitverzug von über dreißig Jahren vorsichtige Korrekturen an einer Fehlsteuerung angebracht; Korrekturen, die ihrerseits nicht von heute auf morgen Früchte tragen können²⁵.

Es bleibt am Ende des ersten Abschnitts festzuhalten, daß sich das vorfindliche Krankheitspanorama längst nicht im erforderlichen Maß in der Ausbildung der Gesundheitsberufe und der Struktur der medizinischen Versorgung niederschlägt. Das, was medizinischer Fortschritt genannt wird, hat sich somit von den Erfordernissen der Versorgung ein gutes Stück weit abgelöst.

2. Wie sehr laufen wir einem Trugbild hinterher, wenn wir uns auf den medizinischen Fortschritt zu sehr verlassen?

Die Geschichte der Fortschritte in der Medizin ist unbeschadet der enormen Entwicklungen in Diagnostik und Behandlung immer auch von der Verkündung irrealer Ziele gekennzeichnet gewesen. Da wird die definitive Frühdiagnose von Krebserkrankungen ebenso häufig versprochen wie die endgültige „Bekämpfung“ des Zwölffingerdarmgeschwürs. Die Geschichte der Medizin liest sich häufig wie eine einzige Erfolgsstory zur Lebensverlängerung und Leidensbefreiung. Mit gebührendem Abstand gestaltet sich die Bilanz demgegenüber vergleichsweise nüchtern.

2.1 Der Effekt der modernen Medizin für die Zunahme der Lebenserwartung wird überschätzt

Die dramatisch gestiegene Lebenserwartung der Menschen in den Industrienationen wird nach wie vor unkritisch zu den Fortschritten der Medizin in Beziehung gesetzt. Dabei zeigen die Kurven der standardisierten Todesraten, daß bezüglich des größten Einzelfaktors, nämlich des Rückgangs der Infektionskrankheiten, die entscheidende Wende längst vor der Erfindung der

modernen bakteriologischen Diagnostik, der Impfungen und der Antibiotika eingesetzt hatte. Lediglich bei der Influenza, dem Keuchhusten und der Poliomyelitis lassen sich medizinischen Maßnahmen bedeutende Effekte beimesen. Wie hoch der Beitrag der Intensivmedizin, der Notfallmedizin und das gesamte Bündel an neuzeitlicher Chemotherapie, Strahlenbehandlung und Chirurgie an der weiteren Steigerung der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert gewesen ist, wird streitig diskutiert. McKinlay u.a. ermittelten 1989 einen anteiligen Effekt der modernen Medizin am Rückgang der Sterberaten für Herzinfarkte, Schlaganfälle und bösartige Tumoren zwischen 15 und 20 Prozent²⁶. Bunker u.a. gehen davon aus, daß die kurative Medizin zwischen 1950 und 1990 eine Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung von insgesamt 3,5 bis 4 Jahre bewirkt hat²⁷. Andere Forscher haben versucht, zwischen vermeidbarer und nicht-beeinflussbarer Mortalität zu unterscheiden, ein Ansatz, der vor übertriebenen Erwartungen an die Medizin schützen kann, da eine ganze Reihe von Erkrankungen sich bislang medizinischer Behandlung weitgehend entziehen²⁸. Alle derartige Berechnungen sind aus methodischen Gründen diskutabel und umstritten. Für eine rationale Debatte um die Rolle der Medizin erscheint es aber künftig unverzichtbar, die verschiedenen Faktoren, welche Gesundheit, Lebenserwartung und Lebensqualität beeinflussen, immer parallel im Auge zu haben. Sonst gerät aus dem Blickfeld, wie wichtig die allgemeinen Lebensumstände sind, wie wichtig die nicht-medizinische Prävention ist, und wie groß der Faktor x ist, der immer mit im Spiele ist und der z.B. im Begriff „säkulare Trends“ enthalten ist. Weniger vornehm formuliert: Faktoren, deren Ursache wir trotz aller Forschungsanstrengungen nicht kennen.

2.2 Der Effekt der diagnostischen Fortschritte für die Krankheitserkennung wird überschätzt

Die Entwicklung der medizinisch-technischen Untersuchungsverfahren produziert fortwährend eine unvorstellbare Menge an deutungsfähigen wie deutungsbedürftigen Befunden, welche die klassischen ärztlichen Methoden, nämlich die Anamnese und die körperliche Untersuchung, gelegentlich als liebenswerte, aber verstaubte Methoden einer vortechnischen Ära erscheinen lassen. Man möchte dem zunächst entgegenhalten, daß erfahrene niedergelassene Ärzte wie Krankenhausmediziner im direkten Gespräch immer konzедieren, daß nach wie vor die berufliche Erfahrung, das richtige Zuhören und Zuordnen von Beschwerdeschilderungen, und die einfache körperliche Untersuchung in erheblichem Umfang zielführend sind. Diese Empirie interessiert die Wissenschaft bezeichnenderweise kaum. Untersuchungen werden seit geraumer Zeit vor allem zu der Frage durchgeführt, welche diagnostischen Methoden zur Sicherung bestimmter Krankheitsbilder gesicherte Erkenntnisse liefern können²⁹. Angesichts der Innovationsfreudigkeit der „weißen Industrie“ spielt zunehmend eine Rolle, ob neue Verfahren tatsächlich einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn gegenüber den bereits ange-

wendeten Methoden erwarten lassen. Übersehen wird leicht, daß sich mit jeder neuen Untersuchungsmethode zwangsläufig immer auch wieder neue Unsicherheiten für die behandelnden Ärzte und ihre Patienten einstellen – bis klar wird, wo alte Verfahren überflüssig geworden sind und wo die Grenzen der neuen Methode liegen³⁰.

Noch interessanter wären Untersuchungen zum nicht-indizierten Einsatz prinzipiell gesicherter Methoden in Diagnostik und Behandlung. Jeder Praktiker kennt die Tatsache, daß Untersuchungsverfahren häufig im Sinne des Fischens von Befunden eingesetzt werden, um zu sehen, was im Netz des Untersuchers hängen bleibt, weniger edle Motive wie die Auslastung stehender Geräte einmal beiseite gelassen. Eine nachdenklich stimmende Untersuchung präsentierte Kirsch und Schaffi, indem sie für die Jahre 1959, 1969, 1979 und 1989 an einer Universitätsklinik die bei Obduktionen ermittelten Raten von klinischen Fehleinschätzungen ermittelten³¹. Dabei zeigte sich, daß die in diesem Zeitraum zu verzeichnende Verbesserung der diagnostischen Verfahren (z.B. die Computertomographie) die Rate an Fehldiagnosen im engeren Sinne (Übersehen der eigentlich wichtigen Grundkrankheit), an irrtümlich gestellten Diagnosen (ohne negativen Einfluß auf den Krankheitsverlauf) wie an übersehenen Krankheiten (ohne Schaden für den Patienten) nicht nennenswert beeinflusst hat. Anamnese und körperliche Untersuchung behalten danach ihren richtungsweisenden diagnostischen Stellenwert. Auch wenn gegen diese Studie wiederum methodische Bedenken geltend gemacht werden können (z.B. wegen der Veränderung des Krankheitenspektrums im untersuchten Zeitraum), so beeindruckt doch die Konstanz der übersehenen Krankheiten und klinischen Fehleinschätzungen. Es bedarf sicher erheblicher Anstrengungen, die Faszination, die insbesondere von den hochauflösenden bildgebenden Verfahren ausgeht, immer wieder durch die kritische Frage „Wo ist der zusätzliche Erkenntnisgewinn für den Patienten?“ einzufangen. Dabei ist zu hoffen, daß folgenlose Diagnostik künftig nicht allein unter dem Aspekt unnötiger Kosteninduktion betrachtet wird, sondern gleichrangig unter dem Aspekt, wieviel Verängstigung täglich bei Patienten wegen belangloser und/oder nicht interpretierbarer und/oder therapeutisch konsequenzloser Untersuchungen erzeugt wird³², ein Effekt, der nun seinerseits wieder schwer bis gar nicht quantifizierbare Leistungsnachfragen mit sich bringt – von medizinischen Kontrolluntersuchungen, die den vermeintlichen Befund aus der Welt schaffen bis zu psychiatrischer Krisenintervention.

2.3 Der Effekt frühzeitiger therapeutischer Intervention wird überschätzt

Es gehört zum festen Repertoire an Überzeugungen, daß Medizin umso wirksamer ist, je früher sie im Krankheitsverlauf einsetzt. Dies gilt ganz sicher auch für eine Vielzahl von Erkrankungen, wenn man z.B. an bakterielle Infektionen denkt, an den akuten Herzinfarkt oder an gut behandelbare bösartige Tumoren. Es gilt aber für vie-

le Erkrankungen nur mit starken Einschränkungen, jedenfalls immer da, wo gesicherte Therapieverfahren im Grund nicht zur Verfügung stehen oder aggressive Therapieverfahren wohl abzuwägen sind gegenüber dem Prinzip „Watchful Waiting“. Dies gilt z.B. für einen der häufigsten Tumoren der Männer, das Prostatacarcinom. Hier kann nicht generell davon ausgegangen werden, daß alle Patienten im Frühstadium zwingend radikal behandelt werden sollten – eine Empfehlung, die vermutlich nach wie vor häufig erteilt wird. Die Beratung der Patienten muß vielmehr nach überwiegender Meinung in der Fachliteratur vom Typ der Erkrankung und dem Lebensalter abhängig gemacht werden. Viele ältere oder gar hochbetagte Männer überleben ihren Tumor oder werden zumindest nicht von Komplikationen beeinträchtigt, so daß ihnen die erheblichen Nebenwirkungen aggressiver Behandlung nicht zugemutet werden können³³. Daß hier großer Aufklärungs- und Beratungsbedarf besteht, zeigt eine Befragung aus Österreich, wonach Patienten einer Allgemeinarzt-Praxis in einem hohen Prozentsatz für den Fall der Diagnose eines Prostatacarcinoms die aggressive operative Behandlung bevorzugen würden, unter der Vorstellung, nur so den Krebs „loswerden zu können“³⁴. Es ist wohl so, daß mit dem Begriff „Krebs“ generell Ausweglosigkeit und maßloses Leid assoziiert wird, und daß insoweit die Formel vom frühest möglichen Therapiebeginn greift – auch wenn dies bei bestimmten Krebserkrankungen in deutlichem Gegensatz zur Empirie steht. Qualitätssicherung an diesem Punkt würde heißen, mit dem Patienten zu erörtern, welchen Nutzen die jeweils denkbare medizinische Maßnahme verspricht; wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, den Nutzen tatsächlich zu erlangen; und ob der Patient die mit dem Eingriff verbundenen Risiken in Kauf nehmen oder auf die Maßnahme verzichten möchte, selbst wenn er dafür ein individuell schwer kalkulierbares Gesundheitsrisiko eingeht³⁵.

2.4 Die Nebenwirkungen der modernen Medizin werden unterschätzt

Für die Ärzteschaft ist es seit altersher eine Binsenweisheit, daß es eine wirksame Behandlung ohne Nebenwirkungen nicht geben kann. Das Vorstellungsvermögen der Patienten übersteigt diese professionelle Erkenntnis aber insoweit „natürlicherweise“ zunächst einmal, als das Aufsuchen des Arztes im Krankheitsfall mit der Erwartung verbunden ist, das vorgetragene Problem ein für alle Mal „los zu werden“. Es gehört mit anderen Worten zur ärztlichen Kunst, dem Patienten – bezüglich des Aufwandes sicher in Abhängigkeit vom Maß der zu erwartenden Nebenwirkungen – adäquat aufzuklären. Nur so wird der Patient in die Lage versetzt, selber aktiv zu entscheiden, welchen Weg er mit Hilfe des Arztes beschreiten will³⁶.

Daß das Gebot, dem Patienten nicht schaden zu dürfen, parallel zum medizinischen Fortschritt weiter höchst aktuell geblieben ist, verdeutlicht allein der Blick auf den Umfang gravierender Arzneimittelnebenwirkungen. Schönhöfer berichtet auf der Basis eigener empirischer

Ergebnisse hochgerechnet von 120.000 bis 240.000 schwerwiegenden arzneimittelbedingten Erkrankungen pro Jahr in Deutschland, von denen 8.000 bis 16.000 tödlich verlaufen³⁷. Es ist keine Frage, daß im Bereich der Arzneimittelversorgung eine Lücke zu schließen ist zwischen der Erwartung von Patienten, so punktgenau und nebenwirkungsarm wie möglich behandelt zu werden, und der langen Liste an Nebenwirkungen im sogenannten „Waschzettel“, welcher aus forensischen Gründen alle denkbaren Komplikationen auflistet.

Es bedarf genau der Vermittlung ausreichender Kompetenz im Gespräch zwischen Arzt und Patient, daß es immer um ein Abwägen zwischen erwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen geht. Hier entschuldigt auch der Hinweis auf den vermeintlichen Mangel an Zeit für derartige Beratungsgespräche in keiner Weise. Eher schon die Erkenntnis, daß weniger häufig mehr ist, und die Selbstvergewisserung, ob Patienten wirklich erwarten, immer mit einem Medikament aus der Praxis herauszukommen. Es ist inzwischen gut belegt, daß Patienten keineswegs die Qualität der Konsultation infrage stellen, wenn nicht automatisch zum Rezeptblock gegriffen wird³⁸. Die Vorstellung, alle Patienten wünschten mit einem Rezept aus der Praxis entlassen werden, entspricht eindeutig jenem „Einverständnis im Mißverständnis“³⁹, wonach Ärzte davon überzeugt sind, daß Patienten ohne Medikation unzufrieden bleiben und Patienten vermuten, vom Arzt im Zweifelsfall nicht mehr als ein Rezept erwarten zu dürfen.

Letztlich geht es um die Qualität der Kommunikation und Aufklärung. In gleicher Weise wie bei der Pharmakotherapie gilt es vor operativen Eingriffen oder Strahlentherapie den Patienten durch Aufklärung in die Lage zu versetzen, der Behandlung tatsächlich wirksam zustimmen zu können⁴⁰ – oder sich für Zuwarten oder andere als die vom Arzt zunächst vorgeschlagene Optionen zu entscheiden. Es ist stark anzunehmen, daß mit Zunahme des Selbstbewußtseins in der Patientenschaft die Frage nach den Nebenwirkungen und der Wunsch nach einer nebenwirkungsarmen Behandlung häufiger geäußert werden als in der klassischen paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung. Dabei werden Ärzte, die in der Lage sind, die denkbaren Behandlungsalternativen verständlich aufzuzeigen, an Ansehen gewinnen.

2.5 Der Stand an gesichertem Wissen in der Medizin wird überschätzt

Die realistische Schilderung der Möglichkeiten und Grenzen der Medizin stellt an die Ärzteschaft enorme Anforderungen. Denn vieles, was im medizinischen Alltag nachgefragt und angeboten wird, entzieht sich bis heute strengen Wirksamkeitsnachweisen. Viele Diagnose- und Behandlungsverfahren entstammen Traditionen und Schulendenken, wobei unstrittig ist, daß darunter Anwendungen sind, deren Sinnhaftigkeit wegen ihrer hohen Plausibilität niemand infrage stellen würde, auch wenn es für sie wissenschaftliche gesicherte Studien-

ergebnisse, wie sie heute im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin gefordert werden, nicht gibt bzw. nicht geben kann: als schlagendes Beispiel wird hierfür gern die operative Entfernung des entzündeten Blinddarms genannt, ein Behandlungsverfahren, das bei gesicherter Diagnose alternativlos und lebensrettend ist. Gleichwohl gilt es festzuhalten, daß vom Einsatz des einfachen EKG über den Einsatz von Antibiotika bei Infektionen bis hin zu invasiven Eingriffen wie den Bypass-Operationen bei der koronaren Herzkrankheit die Frage des angezeigten („indizierten“) Einsatzes von medizinischen Methoden endgültig auf die Tagesordnung einer guten Medizin gekommen ist, aus Gründen des Patientenschutzes, der Qualitätssicherung wie der Ökonomie.

Das Schlagwort Evidenz-basierte Medizin (EBM)⁴¹ weist im Kern darauf hin, daß bei allen zu beantwortenden medizinischen Fragestellungen die best mögliche Evidenz⁴² heranzuziehen ist, um die Ziele Wiederherstellung der Gesundheit, Lebensverlängerung, Lebensqualitätssteigerung und Minderung von unerwünschten Nebenwirkungen dem Stand der Kunst entsprechend ansteuern zu können. In letzter Zeit wird nach einer Welle der Euphorie gegenüber EBM davor gewarnt, das Kind mit dem Bade auszuschütten, da insbesondere der methodische Goldstandard, die randomisierte kontrollierte Doppelblindstudie, die Komplexität der medizinischen Versorgung allein sicher nicht erfassen kann und viele klinische Studien ihre Alltagstauglichkeit, d.h. Anwendbarkeit in der Routineversorgung noch erst unter Beweis stellen müssen. Diese Skepsis ist sicher sehr berechtigt, soweit der Kurzschluß Platz greift, bei Fehlen von Studien hoher Evidenz dürften Diagnose- und Behandlungsverfahren nicht mehr eingesetzt werden. Ein derartiger Kurzschluß ist aus den Arbeiten der EBM-Begründer aber nicht ableitbar; es geht um die best mögliche Evidenz, und dazu zählt natürlich auch die klinische Erfahrung jenseits von biostatistisch fundierten Studien. Und eine evidenzbasierte Versorgungslandschaft ist natürlich auch noch einmal etwas anderes als qualitätsgesicherte Diagnose- und Behandlungsmethoden. Das schmälert aber nicht die Sinnhaftigkeit der EBM-Ansätze.

Unter Insidern ist unstrittig, daß gerade für die allgemeinmedizinische, die primärärztliche Versorgung noch wenig taugliche und wissenschaftlich solide Leitlinien vorhanden sind: was Wunder, wenn die Aufmerksamkeit der Forschung, der Politik, der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft viel zu sehr auf die sogenannte Spitzenmedizin gerichtet ist? Das Beispiel der Rückenschmerzen, eine der häufigsten und kostenträchtigsten Krankheiten, zeigt auf, daß ein leitliniengestütztes Vorgehen nicht nur denkbar ist, sondern für deutlich bessere Qualität sorgen würde, und daß damit ungesicherte Diagnose- und Behandlungsverfahren im Einsatz massiv zurückgedrängt werden könnten. Chronische Verläufe sind vermeidbar, wenn unnötige Medikalisierung vermieden und der psychosozialen Dimension der Rückenschmerzen die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird⁴³. Daß es gerade in der sogenannten Beziehungs- oder Zuwendungsmedizin besonders

schwer ist, evidenzbasiertes Handeln zu begründen und zu praktizieren, ist eine der großen Herausforderungen für die Gestaltung eines humanen wie wirtschaftlich tragfähigen Gesundheitssystems. Bausteine für diesen Ansatz sind die Stärkung der sozialen Kompetenz der Ärzteschaft und die ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Placebo-Effekt in der Heilkunde⁴⁴. Es kommt heute vorrangig darauf an, für die wichtigsten Erkrankungen und Beschwerdebilder alltagstaugliche Leitlinien zu entwickeln, um dem Ziel einer weniger beliebigen und wissenschaftlich besser abgestützten Medizin in überschaubaren Zeiträumen näher zu kommen⁴⁵.

2.6 Die Lebensqualitätsforschung wird in ihrer Bedeutung für eine Neuorientierung des Gesundheitswesens unterschätzt

Public Health Disziplinen wie die Gesundheitspsychologie versuchen seit geraumer Zeit, im Rahmen der Outcome-Forschung neben den Zielpunkten Lebenserwartung, Sterblichkeit und physiologische wie funktionelle Parameter die Kategorie der Lebensqualität stärker methodisch abzusichern und damit operationalisierbar zu gestalten. Dabei spielt eine überragende Rolle, daß es insbesondere in Bevölkerungen mit hoher durchschnittlicher Lebenserwartung nicht nur darauf ankommt, die Lebenserwartung weiter zu verlängern, sondern den gewonnenen Lebensjahren Lebensqualität hinzuzufügen. Dabei geht es sowohl darum, das Leben mit chronischen Krankheiten und Behinderungen so lebenswert wie möglich zu gestalten, als auch das Eintreten von die Lebensqualität beeinträchtigenden Behinderungen so weit wie möglich an das Lebensende hinauszuschieben. Nachdem die Bedeutsamkeit wie Seriosität der Lebensqualitätsforschung von der Medizin lange Zeit verkannt worden ist, findet sich heute unbeschadet bestehender methodischer Mängel in den Meßverfahren große Zustimmung zu der Aussage, daß eine gute Medizin ohne Messung der Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten nicht weiterentwickelt werden kann, ob es um den Einsatz von Medikamenten oder um Operationen geht⁴⁶.

Es ist sicher noch ein weiter Weg, ehe die rein ärztliche Perspektive auf Therapieerfolge und die Patientensicht gut ausbalanciert sind. Es ist aber heute schon unstrittig, daß die Orientierung auf meßbare Veränderungen nicht nur im Krankheitsgeschehen selbst sondern auch in der Lebens- und Erfahrungswelt der Patienten von äußerster Bedeutung für die Ressourcenverteilung werden wird. Ein gutes Beispiel hierfür sind Studien, welche die Auswirkungen der Arzt-Patient-Kommunikation auf die Behandlungsergebnisse untersucht haben. Stewart hat zusammengetragen, wieviele hochwertige Studien im Zeitraum 1983 bis 1993 in einer der großen Datenbanken (MEDLINE) auffindbar waren, welche die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung bei der Anamneseerhebung oder bei der Besprechung des Behandlungsplans und deren Auswirkung auf die Behandlung untersucht hatten. 16 von 21 diesen Kriterien entsprechende Studien berichten über positive Ergebnisse bezüglich der Therapieziele emotio-

nale Gesundheit, Reduktion von Symptomen, Besserung funktioneller Beschwerden, Normalisierung von Blutwerten und Blutdruckwerten wie Abnahme von Schmerzen⁴⁷. Es zeigt sich, daß sogenannte objektive wie sogenannte subjektive Parameter gleichermaßen bedeutend, meßbar und beeinflussbar sind.

Diese Erkenntnisse haben Auswirkungen für das Medizinstudium und die ärztliche Weiterbildung, für das Training in Gesprächsführung, für interdisziplinäre Arbeitsansätze und für den Einsatz entsprechender Forschungs- und Behandlungsmethoden u.v.a.m. – Lebensqualität ist damit längst aus dem Bereich der bloßen Behauptungen und Wunschvorstellungen herausgetreten, sie muß sich nicht länger den Vorwurf gefallen lassen, Beliebigkeiten zu fördern. Aber ganz ähnlich wie für das defizitäre Forschungsfeld der Allgemeinmedizin gilt auch hier: die Lebensqualitätsforschung stünde ungleich besser dar, wenn sie auch nur annähernd so ernst genommen – und finanziell gefördert – würde wie die biomedizinische Grundlagenforschung. Die weitere Verschiebung hin zu den chronischen Erkrankungen erfordert die Stärkung der psychosozialen Grundlagenfächer der Medizin, um noch genauer sagen zu können, wo innerhalb wie außerhalb des Gesundheitswesens die Hebel zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten anzusetzen sind.

2.7 Das Wertegefüge in der Medizin wird fortwährend durch einen falsch verstandenen Fortschrittsbegriff gefährdet

Das tendenzielle Ausblenden der Chronizität vieler Krankheitsverläufe korrespondiert mit einer bedenklichen Wertehierarchie in der Medizin. Die Vision der Bekämpfung der Krankheiten mit dem Ziel der Wiederherstellung der „Urgesundheit“ findet ihre scheinbare Begründung im fortlaufenden Verkünden medizinischer Heldentaten vom Typ Herztransplantation. Die Mittelvergabe in Forschung und Praxis erfolgt immer dann mit besonders leichter Hand, wenn wieder einmal die Lösung eines als besonders belastend empfundenen Themas versprochen wird. Dies funktioniert gleichermaßen für diagnostische wie für therapeutische Versprechen: hier ist gerade mit dem Zeitalter der Gendiagnostik und Gentherapie ein neues Kapitel der Sehnsuchts-Befriedigung eingeleitet worden. Die andere Seite dieser Medaille ist die systematische Dethematisierung und Vernachlässigung all derjenigen Felder in der medizinischen Versorgung, in denen Erfolge im Sinne der Wiederherstellung vollständiger Gesundheit von vornherein ausgeschlossen sind und die Wertemaßstäbe völlig anderen Prinzipien gehorchen. Das Gefälle in der Wertschätzung zwischen spektakulären Eingriffen in der Chirurgie und dem Betreuen schwerst pflegebedürftiger Menschen trägt in unheilvoller Weise zur Stabilisierung unterschiedlicher Bereiche der Versorgungslandschaft bei, deren Dimensionen sich auf den beiden Polen „Lebensqualität für die betroffenen Kranken und Behinderten“ und „Arbeitsbelastung für die professionellen Helfer“ wiederfinden lassen.

Auch dort, wo im scheinbaren Gegensatz zu dieser These chronische Krankheiten zunehmend große Aufmerksamkeit erfahren, so auf dem Feld der Demenz, richtet sich das Hauptaugenmerk darauf, auch hier ein Allheilmittel zu finden, das wie eine Jungbrunnen-Garantie einsetzbar wäre. Daß in einer Gesellschaft mit einer glücklicherweise hohen und weiter steigenden Lebenserwartungen die Demenz ein fortwährender Begleiter im Alltag der Laien wie der Professionellen sein wird, darf fast nicht gedacht werden. Es ist die alte Geschichte: Leiden und Sterben scheint die moderne Medizin so sehr in ihrem Selbstbewußtsein zu verunsichern, daß sie bislang kaum ihren Frieden mit den eigenen Grenzen finden kann. Ein weiterer Aspekt ist, daß nach wie vor ein gewisser Heroismus dazu gehört, als Ärztin/ Arzt in Versorgungsbereichen geringerer Reputation zu arbeiten; hierzu zählen z.B. die Gerontopsychiatrie und die Pflegestationen. Karriere- und Einkommenserwartungen stehen mit den unterschiedlichen Wertschätzungen in der Versorgung in einem verhängnisvollen Wechselverhältnis. Die Gesellschaft wird sich überlegen müssen, wie sie die Beschäftigung mit bestimmten vernachlässigten bis ausgegrenzten Bereichen fördern und damit bestehende Schief lagen zwischen Über- und Unterversorgung beseitigen will.

3. Wie kann die Macht des Faktischen in der Versorgungslandschaft aller Resignation zum Trotz zur Herausforderung für Grenzüberschreitungen werden?

Spricht man mit langjährigen Kennern der Reformbemühungen um das Gesundheitswesen, so wird man sehr häufig mit einer Art Edelzynismus konfrontiert, der von Resignation kaum unterscheidbar ist. Allein die Zahl der vergeblichen Versuche, die in dieser Form in Deutschland einmaligen Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung endlich ins Wanken zu bringen, ist beachtlich. Es ist tatsächlich mehr als schwierig, zwischen den Akteuren und Interessengruppen einen Dialog zu ermöglichen, in dem nicht von vornherein Lobbyismus und Korporatismus Denkblockaden zementieren. Für viele scheint die Devise zu gelten, wonach es sich in diesem System wohl doch recht angenehm leben läßt; der Leidensdruck ist offenbar nicht so groß, als daß Tabuthemen endlich angepackt werden könnten. Das Aufbrechen der Denk- und Reformblockaden würde etliches voraussetzen. Zwei der härtesten Thesen gegen grundlegende Veränderungen sind:

- Die Gesetze der Ökonomie haben das System im Würgegriff, fachliche Argumente tragen nicht mehr.
- Rationalisierungspotentiale sind bereits ausgeschöpft; weitere Versuche, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu heben, führen zu Arbeitsplatzverlusten und problematischen Qualitätseinbußen.

Dem soll im Sinne eines gemeinsamen Suchens nach Auswegen mit einigen Fragen begegnet werden:

- Glauben wir wirklich an eine „invisible hand“ der Gesundheitsökonomie oder haben wir unsere Autonomie damit nicht kampfflos preisgegeben?
- Auf welchem Forum darf ohne sofortige Zurechnung von Partialinteressen ausgesprochen werden, daß die Strukturen unseres Gesundheitswesens Auslaufmodelle sind, die weder den Professionellen noch den Patienten länger dienen und durch bessere Vernetzung und interdisziplinäre Kooperation abgelöst werden müssen?
- Was fördert die Akzeptanz der Tatsache, daß Ressourcen immer endlich sind und eine nicht gesteuerte Leistungsausweitung immer auf Kosten anderer gesellschaftlicher Bereiche geht?
- Wie kann die Diskussion um Rationierung und Rationalisierung in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet werden, in dem Gesundheit gefördert wie geschädigt wird?

Ohne die Macht der Ökonomie aus dem Auge verlieren zu wollen, die im Gesundheitssystem steckt, und ohne die Dynamik der Prozesse blauäugig zu übersehen, die mit dem Interessenausgleich zwischen Wirtschaft, Sozialversicherung, professionellen Leistungsanbietern, Krankenkassen und Patienten unweigerlich verbunden bleiben, mündet dieser „Kontrazynische“ Versuch in der Frage:

Wie finden wir zu einem verantwortlichen Umgang mit Ressourcen, statt sie zu mißbrauchen?⁴⁸

4. Internationale Trends in entwickelten Gesundheitssystemen

So verschieden die Systeme in den USA, Canada, England, Schweden und Deutschland auch sein mögen: es gibt allgemeine Trends, die wir zur Kenntnis nehmen sollten. Auf Grund der relativ großen Übereinstimmung derartiger Kardinalthemen kann man mit gutem Grund annehmen, daß sie nicht zufällig auf der Tagesordnung stehen. Die Stichworte hierzu lauten:

Definition der Ressourcen

Die Losung, daß uns für Gesundheit nichts zu teuer sein darf, bietet für die Gestaltung und Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen kein Rezept. Ressourcen sind immer begrenzt, das kurative Versorgungssystem kann sich nur zu Lasten anderer, ebenfalls gesundheitsrelevanter Bereiche wie der Prävention, der sozialen Unterstützungssysteme oder der Bildung entfalten – unabhängig von der Frage, ob primär beitrags- oder steuerfinanzierte Lösungen zum Einsatz kommen. Die Ökonomie ist insofern keine systemfremde Größe im Spiel; man

darf allerdings nicht erwarten, daß Ökonomen auf Grund ihrer Methoden die Weichen für eine zukunfts-fähige Versorgung gewissermaßen aus dem Hut zaubern⁴⁹.

Wachsende Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

„Value for money“ klingt nach industrieller Warenproduktion, ist aber für gesundheitliche Dienstleistungen keine schlechte Losung. Aus Qualitätssicherung wird leider leicht Datenhuberei und Zertifizierungsmaschine-rie, weil es allemal einfacher ist, standardisierbare Struktur- wie Prozeßindikatoren und Abläufe festzulegen als sich auf das komplizierte Geschäft der Prozessinnovation und auf relevante Ergebnisindikatoren zu einigen. Man muß auch sehen, daß für weite Bereiche der Versorgung qualitätsgestützte wie alltagstaugliche Leitlinien erst noch zu entwickeln sind. Das ändert aber nichts an der Tatsache, daß die Zeiten vorbei sind, in denen die Ärzteschaft sich allein auf ihr Erfahrungswissen berufen konnte⁵⁰. Von der Diskussion um qualitätsgesicherte Leistungen führt ein direkter Weg zur Debatte um Gesundheitsziele und Priorisierung von Leistungen: je mehr Erfolge erzielt werden, erstens Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit miteinander in Übereinstimmung zu bringen und zweitens Experten- und Laiensicht als gleichberechtigt anzuerkennen, umso eher könnte es gelingen, jenseits schlichter Rationierungsphantasien tatsächlich die Idee vorrangiger Gesundheitsziele in die Systemdebatte einzuspeisen.

Kooperation von Generalisten und Spezialisten

Das Thema Generalist versus Spezialist in der ambulanten Versorgung ist zwar in der Medizin alles andere als neu; jede Generation von Ärzten hat Vertreter für die These gefunden, das Wissen sei definitiv nicht mehr überschaubar, nur weitere Spezialisierung helfe aus dem Dilemma – ebenso wie andere angemahnt haben, die notwendige Zahl an kompetenten Generalisten auszubilden, weil die Patienten sonst im Angebot der Spezialisten untergingen⁵¹. Neu ist aber der möglicherweise durch die Ökonomie geförderte Trend, Aufgabenteilung und Kooperationsformen systematischer als früher zu beleuchten. Leistungsvergleiche zwischen verschiedenen Versorgungstypen werden künftig Aussagen darüber erlauben, wie sich Patienten am besten betreut fühlen und wo die optimale Schnittstelle zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu finden sein wird. Übereinstimmend wird berichtet, daß der Ausbildung von Primärärzten eine in der Regel unterschätzte und besonders anspruchsvolle Aufgabe darstellt, weil Primärärzte nicht Ärzte zweiter Wahl sein dürfen.

Substitution von Dienstleistungen

In allen hochspezialisierten und –differenzierten Gesundheitssystemen wird nach Wegen gesucht, hochspezialisierte und kostenintensive Segmente durch Angebote

ersetzen zu können, die für die Problemlösung gleiche Qualität anbieten können. Am intensivsten wird diese Debatte im Bereich des Abbaus von Krankenhausbetten geführt: wo immer Krankenhausleistungen bei gleicher oder besserer Qualität durch ambulante Dienstleistungen ersetzt werden können, fordern dies heute nicht nur die Kostenträger und Ökonomen sondern auch die Patienten. Das Thema hat aber generelle Bedeutung: die Spezialisierung und Klinikisierung der an das System herangetragenen Probleme führt keineswegs automatisch zu einer besseren Lösung für den einzelnen Patienten. Dieses Grundproblem wird heute vor allem am Beispiel der mehrfachenkranken alten und hochbetagten Menschen diskutiert. Sie profitieren zwar ohne Frage auch von der High-tech-Medizin, ihre Langzeitbetreuung ist aber in der Regel in den Händen von Generalisten besser aufgehoben; dies gilt auch noch einmal gesondert für die neuen Disziplinen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie, die in der Breitenversorgung nur durch einen intelligenten Mix von Spezialistentum und Generalistentum wirksam werden können.

Vermeidung von Risikoverschiebungen

Alle Ansätze einer rationaleren Planung der Ressourcen haben mit dem Problem zu kämpfen, daß Patienten mit besonders hohem Leistungsbedarf vom Regelsystem adäquat versorgt werden. Bei der Festlegung von Budgets muß deshalb immer nach einem empirisch gestützten Verfahren gesucht werden, unterschiedliche ökonomische Belastungen von Systemen (z.B. Krankenkassen) oder einzelner Anbieter (z.B. Arztnetze) auszugleichen. Völlig inakzeptabel sind vor allem ökonomische Anreize, welche direkt die Vermeidung sogenannter schlechter Risiken provozieren, im eindeutigsten Fall die Therapieverweigerung.

Der Patient als Koproductent und Kunde

Je höher der Anteil an chronischen Erkrankungen wird, welche Bewältigungsstrategien der Patienten in besonderem Umfang erforderlich machen, und je mehr das Bildungs- und Demokratiepotezial einer Gesellschaft steigt, umso intensiver kommen die Themen der Koproductentenschaft und der Kundensouveränität auf die Tagesordnung. Daß Laienpotentiale im Vorfeld der Inanspruchnahme professioneller Gesundheitsdienste in hohem Maße wirksam sind, wird inzwischen weithin erkannt. Daß sie aber auch für die Gestaltung von Patientenkarrieren ausschlaggebende Bedeutung haben können und den Umfang der professionellen Interventionen beeinflussen, wird erst langsam Allgemeinut. Dies berührt das Thema der Kundensouveränität ganz unmittelbar; denn so unstrittig auch ist, daß Patienten keine Kunden im klassischen Verständnis der Warenproduktion und -distribution sind, so sehr verdeutlicht der problematische Begriff der Kundensouveränität, daß Patienten weit stärker als früher Mitsprache und Aufklärung geltend machen. Reiser spricht geradezu vom kommenden Jahrhundert des Patienten⁵². Und Schwartz prägte jüngst den

bemerkenswerten Satz: „Der beste Verbündete für eine präferenzgerechte Rationalisierung im Gesundheitswesen sind die informierten Kunden“⁵³. Hierdurch gerät auch das Thema der Patientenverantwortung möglicherweise auf Dauer in ein anderes Licht: es geht dabei nicht um Kostenabwälzung zu Lasten der Kranken sondern um Rückgewinnung eines Stücks Handlungsautonomie gegenüber den Experten. Dieser Ansatz erfordert harte Anstrengungen, da viele Fragen erst in Ansätzen beantwortet werden können: Wie läßt sich Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten nachhaltig beeinflussen? Wie erreichen Kernbotschaften qualitätsgesicherter Medizin die „Kunden“? Wie lassen sich Unterschiede in der Wahrnehmung von Entscheidungsoptionen nach sozialer Schicht, Alter und Geschlecht angehen? Antworten auf diese Fragen sind ebenso wichtig wie die weitere Sensibilisierung der Ärzteschaft für die wichtiger gewordene Rolle der Patienten.

Neueröffnung der Debatte um die Professionen im Gesundheitswesen

Nach wie vor ist die Ärzteschaft in allen entwickelten Gesundheitssystemen die dominierende Profession⁵⁴, auch wenn man in Rechnung stellt, daß in den Systemen, die stark marktwirtschaftlich geprägt sind, der Einfluß der Management-Eliten auf die Ärzteschaft massiv zugenommen hat und das Monopol der Ärzte für die Gestaltung des Gesundheitswesens insoweit gebrochen ist⁵⁵. Die Ärzteschaft muß sich im Rahmen der härteren ökonomischen Herausforderungen aber jenseits dieser Neuentwicklung der Tatsache stellen, daß sie um ihr Gesamtbild als Profession ringen muß: die Zuständigkeit für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit wird ihr nämlich von maßgeblichen gesellschaftlichen Gruppierungen nicht mehr automatisch zugebilligt, und die Ärzteschaft muß sich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, ihr ginge es primär um die Sicherung der eigenen wirtschaftlichen Interessen⁵⁶. Es ist für jede Profession offenbar nicht nur notwendig, daß sie ihre Leistungsfähigkeit glaubhaft unter Beweis stellen muß, sie muß zudem das eigene Berufsbild gegenüber verwandten Berufen überzeugend abgrenzen können. Hier zeigt die Ärzteschaft allortorten nach wie vor Profilierungsschwächen, insbesondere gegenüber den selbstbewußter gewordenen Pflegeberufen, welche ihren Platz im System auch mittels Akademisierung und Verwissenschaftlichung ihrer Handlungsansätze ungleich stärker als bisher behaupten. Die größten Probleme hat die Ärzteschaft offenbar in der Zusammenarbeit mit den psychosozialen Berufen, deren Bedeutung sowohl im Rahmen der Psychotherapie wie der Krankheitsbewältigung wächst.

Verortung der alternativen Medizin

Seit den siebziger Jahren erleben zur etablierten Medizin komplementäre Heilverfahren eine verstärkte Nachfrage⁵⁷. Der Begriff der alternativen Medizin soll dabei unter Beweis stellen, daß der eingefahrenen „Schulmedizin“ Alternativen entgegengesetzt werden müssen, um den

Patientenbedürfnissen gerecht werden zu können. Es sei dahingestellt, ob es sich hierbei wirklich um eine grundlegend neue Entwicklung handelt⁵⁸, unstrittig ist auf alle Fälle, daß unabhängig von der jeweiligen ordnungspolitischen Ausrichtung der Systeme Angebote wie Nachfrage sowohl nach „klassischen“ komplementären Verfahren (Homöopathie, Anthroposophie, sog. Naturheilverfahren wie Kräuter) und „neuerer“ Verfahren (hierzu zählen viele der esoterischen, sich psychotherapeutisch gebenden Angeboten) erheblich zugenommen haben. Unklar ist, in welchem Umfang bestimmte komplementäre Verfahren Kriterien der Qualitätssicherung standhalten werden und inwieweit sie tatsächlich „alternativ“ oder additiv zur sogenannten Schulmedizin zu sehen sind⁵⁹. Die verstärkte Inanspruchnahme alternativer Medizinangebote signalisiert vor allem den Mangel an personaler Zuwendung im traditionellen Medizinsystem. Leider haben die Standesorganisationen und Fachgesellschaften dieses Signal noch nicht genügend vernommen.

Gesundheitswesen als Wachstumssektor

Gegenläufig zur Debatte um Rationierung versus Rationalisierung wird darüber diskutiert, wie die ökonomischen Chancen eines expandierenden Gesundheitsmarktes für die Gesamtgesellschaft (Arbeitsplätze, Steueraufkommen, Innovationspotentiale in Forschung und Entwicklung) genutzt werden können. Natürlich ist nicht absehbar, ob es auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts weiter große Steigerungsraten im weiten Feld des Gesundheitssystems geben wird, wie sie Ende des 20. Jahrhunderts zu verzeichnen waren. Aber auch wenn die entsprechende Prognose zutrifft (6. Kondratieffsche Welle), bleibt die Frage unbeantwortet, wo Grenzen der Belastbarkeit öffentlich finanzierter Gesundheitssysteme gleich welchen Typs zu sehen sind. Hinter dieser Prognosen bleibt die Frage zu sehr im Dunkel, wieviel tatsächlicher Fortschritt individuell wie gesamtgesellschaftlich durch expandierende Gesundheitssysteme – vom klassischen High-tech-Bereich bis zur Wellness-Bewegung – zu verzeichnen ist, und wo nicht nur der Grenznutzen gering, sondern auch die unerwünschten Wirkungen weiterer Medikalisierung zu einem Kalkulationsrisiko geraten. Dies verweist noch einmal auf die Tatsache, daß der Gesundheitsmarkt aus der Perspektive angemessener Versorgung kein gewöhnlicher Markt ist sondern der gesellschaftlichen Steuerung bedarf.

Gesundheit als mehrdimensionale Größe

Der Reflex „Gesundheitspolitik ist gleich Krankenversorgungspolitik“ kennzeichnet alle Gesellschaften, in denen etablierte Versorgungssysteme dazu geführt haben, daß nahezu alle Gesundheitsthemen medikalisiert werden. Durch die Renaissance der Gesundheitswissenschaften in den neunziger Jahren, teils durch alte Erkenntnisse der Sozialmedizin, teils durch neuere Ansätze aus der Gesundheitsförderung wird in Erinnerung gerufen, daß die Voraussetzungen für Gesunderhaltung wie Bewältigung von Krankheiten in erheblichem Um-

fang außerhalb der Reichweite der Medizin liegen. Dies gilt zunächst für die biologische Determinierung und/oder Prägung von Krankheitsschicksalen, auch wenn hier der Eindruck erweckt wird, daß die Genforschung endgültig das biologische Schicksal der Menschen (einschließlich der Alterungsvorgänge) umkehren könnte; es ist fast ein Sakrileg, danach zu fragen, welche Erkrankungen denn im hohen Alter dominieren sollen, wenn das Auftreten von Krebserkrankungen, Herzinfarkten, Schlaganfällen und Demenz als Niederlage der Medizin verstanden wird⁶⁰. Die Gesundheitschancen werden zweitens maßgeblich durch soziale Determinanten bestimmt, angefangen von der Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums über Bildungschancen, Einflüsse der Erziehung bis hin zur Selbstwahrnehmung und zum Umfang sozialer Unterstützungssysteme. Der soziale Gradient von Krankheit ist einerseits ein Begleiter der Menschheitsgeschichte, andererseits aber keine fatalistische Größe, sondern durch die Gesamtheit an politischen und gesellschaftlichen Steuerungsprozessen zum Positiven oder Negativen – sicher auch nur in Grenzen – beeinflussbar. Foren, in denen primärpräventive, sozialkompensatorische und medizinische Maßnahmen einer integrierten Gesundheitspolitik gemeinsam verhandelt werden könnten, werden deshalb allenthalben eingefordert⁶¹. Der in Deutschland häufig verwendete Begriff der Gesundheitskonferenz spiegelt diese Intention wieder. Eine stabile Etablierung derartiger Ansätze, die zudem Professionelle und Laien an einem Tisch versammelt, ist aber offenbar sehr mühsam. Zu verlockend sind die Lösungen, welche die Humanmedizin immer wieder mit ihrem definitiven Heilungsversprechen anpreist.

5. Offenkundige Defizite in der Gestaltung eines modernen Gesundheitswesens

Es gibt jenseits der schwierigen, und sicher auch nicht endenden Debatten um die Ausrichtung des Gesundheitswesens auch das Problem, daß längst erkannte Lösungswege nicht beschritten werden. Die Geschichte der Reformblockaden des Gesundheitswesens ist eine Geschichte der verpaßten Chancen. Dem Edelzynismus muß deshalb immer wieder entgegengehalten werden, welche Ansätze für Reformen sehr wohl realisierbar sind, wenn sich die erforderlichen Koalitionen finden. Mit anderen Worten: Fortschritt muß nicht immer neu erfunden werden.

Vernachlässigung von Gesundheitszielen

Die Entwicklung des kurativen Gesundheitswesens folgte in Deutschland bisher vor allem den nicht hinterfragten Fortschrittsversprechungen der Leistungsanbieter. Zudem konnten sich bis vor kurzem die Institutionen und ihre Professionen im Wettbewerb um Steuern und Beiträge sehr wirkungsvoll durchsetzen. Die Kassenärzte erlebten seit den sechziger Jahren einen Aufschwung ohne Beispiel; Zahl und Leistungstiefe der Krankenhäuser nahmen ebenfalls bis in die achtziger Jahre

hinein ohne ernsthafte Infragestellung der Sinnhaftigkeit der eingesetzten Ressourcen zu. Als von der Weltgesundheitsorganisation begonnen wurde, Ziele für Gesundheit zu definieren und die europäischen Regierungen in die Pflicht genommen wurden, die globalen WHO-Ziele national umzusetzen, war die Reaktion der Ärzteschaft ganz überwiegend Belächeln und Ignorieren. Dies ist inzwischen anders geworden, weil aus den unterschiedlichsten Motiven heraus nicht mehr infrage gestellt wird, daß eine Verständigung über nationale und regionale Gesundheitsziele mittels eines öffentlichen Diskurs über die Gestaltung des Gesundheitswesens und gesundheitsverträglicher Lebensbedingungen eine wichtige Voraussetzung für einen rationaleren Umgang mit den immer begrenzten Ressourcen darstellt. Dennoch ist die Ziele-Debatte in Deutschland – gemessen an der biomedizinischen Forschung und Lobbyarbeit – nach wie vor in den Kinderschuhen⁶²

Vernachlässigung der primären Prävention

Primäre Prävention wird bis heute nicht einmal in den Bereichen konsequent praktiziert, wo sie relativ leicht realisierbar und evaluierbar ist. Hierfür stehen die Bereiche impfpräventable Erkrankungen und Karies. Es käme nur darauf an, die bestehenden Strukturen im Bereich der Kommunen besser aufeinander abzustimmen und entsprechende gesundheitsökonomische Anreize zu setzen. Jenseits von Vollständigkeitsphantasien könnten die Erfolgsraten deutlich gesteigert werden. In einem schwierigen Bereich wie der HIV-Prävention konnten hoch wirksame Ansätze realisiert werden, deren Nachhaltigkeit aber davon abhängt, ob das medizinische System die entscheidende Funktion der Selbsthilfebewegung und der personalintensiven Beratungsansätze toleriert. Schwer gestaltet sich die stabile Entwicklung von Maßnahmen der Primärprävention im Feld der sozialen Interventionen immer. Hierfür ist die betriebliche Gesundheitsförderung das Paradebeispiel⁶³. Es käme insgesamt darauf an, mehr Energie in die Entwicklung sog. gegentendenzieller Prävention zu stecken, damit nicht die ganze Energie in das Retten der Ertrinkenden gesteckt werden muß, um das Bild einer klassischen Public Health Parabel zu bemühen⁶⁴. Kühn und Rosenbrock haben angesichts der Schwierigkeiten, nicht rein medizinisch begründete Präventionsansätze finanziert zu bekommen, den Begriff des Darwinschen Gesetzes der Präventionspolitik gebildet⁶⁵. Hier leisten sich entwickelte Gesundheitssysteme einen bedenklichen Circulus Vitiosus: je weniger primäre Prävention beforscht und praktiziert wird, umso weniger können sich entsprechende Ansätze in der öffentlichen Auseinandersetzung behaupten. Routinen von primärer Prävention scheitern zudem häufig daran, daß Investor und Nutznießer in verschiedenen Institutionen und Finanzierungssystemen verortet sind; gesamtgesellschaftlich sinnvolle Verrechnungen werden damit massiv erschwert.

Vernachlässigung von Primary Health Care und Managed Care

Die geschilderten Defizite in der Allgemeinmedizin in Deutschland stehen beispielhaft dafür, daß es eine Tradition von Primary Health Care hier nicht gibt. Dieser insbesondere von der WHO propagierte Ansatz wurde zu lange mit dem Hinweis abgetan, Primary Health Care sei ausschließlich für Entwicklungsländer ein passables Konzept, für reiche Industrienationen taue derartige „Barfußmedizin“ aber nicht. Inzwischen ist deutlich geworden, daß sowohl die Überversorgung mit Fachärzten wie die auf die Addition von möglichst viel Spezialwissen orientierte Mediziner Ausbildung Ursache wie Folge von gewichtigen Fehlsteuerungen sind und daß die Frage der Basisversorgung gerade in entwickelten Gesundheitssystemen nicht gut gelöst ist. Erst allmählich greifen jetzt wieder Pilotprojekte, welche sich sowohl an einzelnen Indikationen orientieren (v.a. am Beispiel des Diabetes mellitus ein abgestuftes, qualitätsgesichertes Vorgehen organisieren) als auch an Versorgungsabläufen in umgrenzten Regionen (v.a. mit den Arztnetzen, die allmählich auch das Krankenhaus ins Blickfeld nehmen). Daß Versorgung gestaltet werden muß und ein primär anbieterorientierte System nicht nur zu teuer ist, sondern auch unzureichende Qualität produziert, wird seit den 80er Jahren innerhalb der Forschung und der gesetzlichen Krankenversicherung mühsam wieder „neu“ entdeckt. Wenn man sich vor Augen hält, daß es mindestens eine ganze Arztgeneration dauert, bis flächendeckend ein Facharzt für Allgemeinmedizin heutigen Anforderungsniveaus weitergebildet sein wird, dann erkennt man die enormen und unnötigen Zeitverzögerungen, die sich das Gesundheitswesen in Deutschland nach Erstarken des Kassenarztes geleistet hat.

Vernachlässigung der Integrierten Psychosomatik

Wenn sich Patienten und Ärzte bis heute schwer tun, psychotherapeutische und psychosomatische Verfahren gleichberechtigt zu akzeptieren, dann hat dies sicher nicht nur Gründe, die der Ärzteschaft schuldhaft zugerechnet werden können – eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und Krankheit ist fordernd und kann vorübergehend auch irritierend sein, wo einfache Rezepte erwartet werden. Dennoch gilt auch für den Bereich der psychosomatischen, ganzheitlichen Betrachtungsweise: es wurde unnötig Zeit vertan, Basiskenntnisse in Gesprächsführung und Patientenbegleitung wie Gesundheitsberatung so zu vermitteln und in die Leistungskataloge einzustellen, daß sie alltagstauglich ihren Dienst tun können. Schulenstreit innerhalb der Psychosomatischen Medizin und lange Fixierung auf „reine“ psychosomatische Krankheitsbilder haben sicher auch dazu beigetragen, daß die Nutzung psychodynamischer Erkenntnisse für die Versorgung zu kurz kommt.

Hontschik hat am Beispiel der Blinddarmentzündung gezeigt, daß auch in der klassischen Chirurgie deutlicher Gewinn durch die Hereinnahme psychodynamischer

Denkweise erzielt werden kann: so konnte an einem städtischen Krankenhaus durch restriktive Indikationsstellung innerhalb weniger Jahre die Zahl der Appendektomien um knapp 60 % bei Männern und knapp 80 % bei Frauen gesenkt werden, weil die Appendektomie nur noch als echter Notfalleingriff durchgeführt wurde, und nicht mehr, so der Autor, als „mechanische Psychotherapie mit dem Skalpell“ bei unklaren abdominalen Beschwerden⁶⁶. Umso bedeutender ist die Integration der Psychosomatik in die vertragsärztliche Versorgung, da hier entscheidende Weichenstellungen für die Patienten vorgenommen werden: vermutlich liegt hier insofern ein entscheidendes Potenzial für Wirtschaftlichkeitsreserven und Qualitätssteigerung⁶⁷. Für diese – empirisch sicher schwer zu verifizierende – Hypothese spricht die Tatsache, daß bei einem Großteil der Ratsuchenden und Kranken, die erstmals das ambulante System aufsuchen, die Kunst darin besteht, erst einmal zu klären, welches die tatsächlich medizinisch – und dann von welcher Disziplin – zu lösenden Probleme sind, auch weit im Vorfeld von ICD-fähigen Klassifizierungen⁶⁸. Ein vergleichbar großer Klärungsbedarf, bei dem psychosomatische Basiskompetenz unverzichtbar ist, besteht bei der Begleitung chronisch Kranker und ihrer Angehörigen und Freunde. Diese Form von psychosomatischer Grundversorgung ist nicht durch Spezialisierung der Medizin zu lösen.

Fehlende Nutzung der Schwachstellenanalysen

Mit der Verstärkung der ökonomischen Betrachtung des Gesundheitswesens tauchte sofort die Frage auf, ob sich Elemente der Produkt- und Qualitätsbewertung aus der Industrie überhaupt auf den Bereich gesundheitlicher Dienstleistungen übertragen lassen. Die Argumentationslinien verlaufen hier von der totalen Abwehr qualitätssichernder Maßnahmen bis zu euphorischen Zertifizierungskampagnen. Und so unsinnig es ohne Frage ist, etwa die Logik der Automobilindustrie auf ein hochkomplexes und mit starken Emotionen besetztes Feld wie das Gesundheitswesen übertragen zu wollen, so bedeutend ist es, den Ansatz der Fehlerfreundlichkeit für die Optimierung des Gesundheitswesens zu nutzen. Schwachstellenanalysen sind dem System zwar nicht gänzlich unbekannt: jede Oberarztvisite oder Teambesprechung dient im besten Falle diesem Zweck. Von einer akzeptierten Kultur der Fehlersuche und -vermeidung als Kern interner Qualitätssicherung ist das Gesundheitswesen aber sicher nach wie vor weit entfernt: obwohl und weil es um ungleich sensiblere Probleme geht als in der industriellen Warenproduktion. Es wäre leicht möglich, in Bereichen wie Arzneimittelnebenwirkungen und Hospitalinfektionen systematischer vorzugehen. Mängel in Therapiekonzepten könnten klarer analysiert und angegangen werden, ob es sich um die Schmerztherapie oder die Diabetikerversorgung handelt. Und nicht zuletzt könnte die Rolle des Patienten bei Änderung der Grundhaltung bei der Akteure massiv gestärkt werden: Patientenaufklärung, Informed Consent und Einholen von Zweitmeinungen in schwierigen Situationen sind die Stichworte. Das alles ist keine Erfindung der Neuzeit

unter den vielbeschworenen Vorzeichen der Ökonomisierung oder Individualisierung. Der amerikanische Chirurg Codman hatte bereits 1914 ein System der internen Qualitätssicherung in der operativen Medizin vorgeschlagen, welches auf systematischer Fehlersuche und –analyse basiert und das Ziel der Senkung vermeidbarer Fehler ebenso im Blick hatte wie die Initiierung von Forschung in Fehlerfeldern, für die es beim Stand der ärztlichen Kunst bis dato keine Abhilfemaßnahmen gibt⁶⁹. Möglicherweise bietet das gewachsene Selbstbewußtsein der „Kunden“ des Systems heute erstmals die Chance, die Schwachstellenanalyse systematisch einzuführen. Ein weiterer ernster Hinweis auf den Handlungsstau in diesem Bereich könnte sein, daß das Institut für Medizin der amerikanischen Nationalen Akademie der Wissenschaften soeben in einem öffentlichen Bericht angemahnt hat, die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen deutlich zu verbessern. Ein Nationales Zentrum für Patientensicherheit soll danach gegründet werden⁷⁰.

Fehlende Nutzung problemorientierter Krankengeschichten

Aufmerksamkeit für die Schilderungen des Patienten, kompetente körperliche Untersuchung und angemessene Verlaufsdokumentation sind die vermutlich am meisten vernachlässigten Instrumente fundierter Patientenversorgung. Daß es dabei gleichermaßen um die Aufnahme der Laienschilderungen und –deutungen wie die Dokumentation der professionellen Interpretation der Beschwerden gehen muß⁷¹, ist für die neuere Medizingeschichte mit dem Namen Weed⁷² verbunden, der ein vierschrittiges Modell einer problemorientierten Krankengeschichte entwickelt hat, welches vorsieht

1. Die Herausarbeitung von Problemfeldern aus der Patientengeschichte und den Untersuchungsbefunden
2. Die Priorisierung der Probleme einschließlich der psychosozialen Bedürfnisse der Patienten
3. Die interdisziplinäre Diskussion eingebrachter Lösungsvorschläge
4. Die Evaluation bzw. Reflexion der erreichten Behandlungsergebnisse.

Dahinter verbirgt sich ein so schlichtes wie revolutionäres Konzept, das von den Fragen ausgeht „Welche Probleme können ausgehend von den Beschwerden identifiziert und gewichtet werden“ und „Welche konkreten Lösungsansätze können die verschiedenen Fachberufe des Gesundheitswesens anbieten?“ – damit ist man beim Kern einer Medizin, die sich als Handwerk und Kunst gleichermaßen versteht, Kunst eben auch der Begrenzung auf die Mittel, welche eingebettet in die biographische Konstruktion des Patienten erfolgsversprechend sind.

Fehlende Nutzung integrierter Versorgungskonzepte

Auch wenn man bescheidenenerweise unterstellt, daß es ein ideales Versorgungssystem nicht gibt und nie geben wird, so wird doch zu Recht in Deutschland seit Jahrzehnten auf die unnötigen Bruchstellen in der Versor-

gung hingewiesen. Diese seien nachfolgend stichwortartig und ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet und mit den bewährten Alternativen konfrontiert:

- Fehlende Koordination von ambulanter und stationärer Versorgung: Einweisungs- und Entlassungsmanagement/ dreistufige Versorgungsmodelle (Gatekeeper/ Schwerpunktpraxen/ Krankenhäuser)
- Doppeluntersuchungen: Qualitätsstandards für Diagnostik und Verbesserung der Dokumentationspflicht und -weitergabe
- Polypragmasie und unabgestimmte Therapieansätze: (Am Beispiel der Multimorbidität alter Menschen) Nutzen von geriatrischem Assessment und Casemanagement (Hausarzt/ Fachschwester für Geriatrie/ Gatekeeping)
- Bruchstellen zwischen Medizin und Pflege: Interdisziplinäre Teams in Arztnetzen, Casemanagement (Hausarzt/ leitende Pflegekraft)
- Fehlende Abstimmung von sozialer und medizinischer Versorgung: Casemanagement in kompetenter Regie (z.B. Krankenhaussozialdienst, z.B. Sozialstation)
- Unzureichende Abstimmung zwischen Kuration und Rehabilitation (frühzeitige Rehaplanung, Ausbau der wohnortnahen Reha, Verstärkung der Qualitätssicherung der Reha)

Es wird nicht verkannt, daß es einzelne vorbildliche Ansätze verstreut über das Land gibt, es wird auch nicht verkannt, daß eine gewisse Vielfalt belebend ist. Es muß aber beklagt werden, daß es eine systematische und durch Verträge geregelte Kultur der Integration sowohl der verschiedenen medizinischen Bereiche als auch der Bereiche Medizin, Pflege und Soziales in Deutschland nicht gibt.

Patientenorientierung im Entwicklungsstadium

Die Umsetzung der genannten Koproduzenten-Theorie in die Praxis hat zwar begonnen, könnte aber bei entsprechendem politischen Willen und Bündelung der vorhandenen Kreativitätspotentiale deutlich beschleunigt werden. Auch hierfür sollen Stichworte genügen:

- Die Entwicklung eines stabilen Systems der Selbsthilfeförderung⁷³
- Die Weiterentwicklung von Ansätzen der Gesundheitsförderung im SGB V⁷⁴
- Die Entwicklung salutogenetischer Konzepte in der Krankenversorgung⁷⁵
- Die Nutzung der Patientenerfahrungen für die Qualitätssicherung⁷⁶
- Die Verabschiedung einer Patientenschutzgesetzgebung⁷⁷

- Die Verstärkung von Versorgungsforschung, die Patientenkarrieren besser verständlich macht und zur Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte beiträgt

Dieser letzte Punkt verweist auf eine Titanenaufgabe aller professionellen Systeme: Experten lernen nur mühsam, daß die Gegenüberstellung von Experten und Laien eine zwar gut begründete und erforderliche Rollendefinition darstellt, daß Laienwissen aber zur Gestaltung aller vitaler Lebensbereiche unverzichtbar ist. Eine Ära der Expertengläubigkeit kann derartige Binsenweisheiten offenbar kaum aushalten. Ärzte, die zu wahren Wunderheilern geworden sind, tun sich mit dieser Reflexion ihres eigenen Rollenverständnisses besonders schwer, zumal ihnen die Laien die eigene Dominanz scheinbar immer wieder andienen⁷⁸.

6. Utopien und Notwendigkeiten

Alle grundlegenden Reformversuche kämpfen mit dem Vorwurf, das Unmögliche zu wollen. Veränderungen sind bislang vor allem an den Partialinteressen der Leistungsanbieter gescheitert, gegen deren geschlossenen Widerstand auch künftig durchgreifende Veränderungen kaum durchsetzbar sein werden. Die Frage ist also, ob „Win-Win-Situationen“ vorstellbar sind, welche die enorme Leistungsfähigkeit der Medizin wertschätzen, die Grenzen eines eindimensionalen Gesundheitsbegriffs überwinden, die ökonomischen und humanitären Folgeschäden einer überdimensionierten Medizin ins Kalkül nehmen, den Wirtschaftlichkeitsdruck aushalten und den Patienten – endlich – als Partner begreifen, gerade weil er sonst in Fragen von Gesundheit und Krankheit nicht nur tendenziell, sondern fundamental unterlegen ist. Orientierungspunkte für derartige Felder gemeinsamer Interessen der großen Gruppen des Gesundheitswesens könnten sein:

Die Tragfähigkeit des Bismarckschen Modells der Sozialversicherung

Die Grundprinzipien unserer gesetzlichen Krankenversicherung sind im internationalen Vergleich alles andere als unmodern: auch in Kenntnis des Grundsatzes „no best system“ beneiden uns viele Länder um dieses Modell, in dem der Interessenkonflikt zwischen Kapital und Arbeit kultiviert ausgetragen wird, der Selbstverwaltung Vorrang vor rein staatlichen Lösungen gegeben und mit dem über die reale Leistungsfähigkeit des professionellen Systems hinaus ein essentieller Beitrag zum sozialen Frieden in der Gesellschaft geleistet wird. Wenn man dieser Einschätzung zustimmt, erscheinen die Tageskonflikte, die überwiegend Verteilungskonflikte sind, in einem anderen Licht. Es verbietet sich dann nämlich, an den Grundfesten der gesetzlichen Krankenversicherung zu rütteln und zum Beispiel die sinnhafte Nutzung von Marktprinzipien mit der Einführung eines marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens zu verwechseln⁷⁹. Auch die großen Pharmafirmen und Geräteherstel-

ler werden in einem gesteuerten Markt wie der deutschen GKV im internationalen Vergleich keine wirklichen Probleme feststellen können.

Das Gesundheitswesen als Beschäftigungssektor

Es wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Strukturreformdebatte im Jahre 1999 immer wieder behauptet, daß ein Globalbudget und Änderungen in der Krankenhauspolitik zu dramatischen Arbeitsplatzverlusten führen würde. Unabhängig von der Frage, ob das Gesundheitswesen der geeignete Ort ist, die Arbeitsplatzsorgen einer Gesellschaft lösen zu können, kann darauf hingewiesen werden, daß die Festlegung von Budgets im geplanten Rahmen und die erwünschte Substitution von stationären Leistungen keineswegs automatisch zu Arbeitsplatzverlusten führen muß. Hier stellt sich eher die Frage, wie sehr die Konfliktlinien zwischen den Leistungsanbietern sowohl im Bereich stationäre versus ambulante Medizin als auch im Wettstreit der Fachberufe (v.a. Ärzte versus Pflegekräfte) schon ernsthaft auf der Tagesordnung der Gesundheitspolitik verhandelt werden. Denkt man von Patientenkarrerien her, so erscheint ein Bestandschutz für sämtliche bestehenden Professionen und Einrichtungen völlig inakzeptabel. Der große Bereich der Psychiatrie hat – bei allem Steckenbleiben der Reformen – ja gezeigt, wie Umorientierungen von der stationären zur ambulanten Versorgung möglich sind, und daß dabei völlig neue Berufsfelder entstehen können. Es ist auch sehr die Frage, ob nicht Arbeitsplätze mit höherer Berufszufriedenheit geschaffen werden müssen und können. Es ist die Frage, wo wirksame Prävention ermöglicht, die Kuration zurückzufahren: warum sollte das zum Beispiel im Bereich der Zahnheilkunde nicht möglich sein? Es stellt sich über allem die Frage, wie das Profil der Gesundheitsfachberufe von morgen und übermorgen aussehen wird: eine Fortschreibung der heutigen Situation sollte es nicht geben, und ob die Sorge vor der Vernichtung von Arbeitsplätzen dann in der langen Sicht wirklich begründet ist, mag sehr in Zweifel gezogen werden.

Professionelle Identitäten

Professionen können sich nur behaupten, wenn ihr Profil klar ist und es eine gesellschaftlich akzeptierte Aufgabenzuweisung gibt. Nur so läßt sich dauerhaft auch berufliche Zufriedenheit herstellen. Es käme also darauf an, das gehäufte Klagen vieler Beschäftigter im Gesundheitswesen einmal nicht ausschließlich unter dem Topos von zeitlicher Überlastung und zu geringer Entlohnung zu betrachten⁸⁰, sondern auch von der Frage her, inwieweit die geäußerten Leistungsprofile, das transportierte Selbstverständnis, die Leistungserbringung und die Wahrnehmung der Rolle in einem gesunden Verhältnis zueinander stehen. Es könnte sich dabei ergeben, daß eine deutlich größere Arbeitszufriedenheit bei großen Gruppen der Ärzte eintritt, wenn an die Stelle von überholten, völlig überhöhter Einkommenserwartungen, härtester Rivalität und mit der beruflichen Identität kaum vereinbaren Leistungsausweitung ein neues Verhältnis

von gesichertem Einkommen, hohem Maß an Autonomie und Reduktion von Arbeitsspitzen tritt. Win-Win-Situationen können gefunden werden in der Begrenzung auf das medizinisch Notwendige, in der Abflachung von Hierarchien, im Abbau von unsinnigen Alibi- und Absicherungsbürokratien, z.B. dem Verzicht auf die Füllung bestimmter Datenfriedhöfen ohne Auswirkungen auf Wirtschaftlichkeit und Qualität. Ein entspannteres Zusammenarbeiten der verschiedenen Berufe des Gesundheitswesens bei Zulassen größerer Autonomie für die sogenannten nicht-ärztlichen Berufe (früher notabene Hilfsberufe genannt!) kann durch das Verteilen der professionellen Last auf mehr Schultern auch der Ärzteschaft nur gut tun. Die Nutzung moderner Technologien kann das Fortbildungsproblem massiv entschärfen. Eine für Patienten wie Ärzte und andere Berufe akzeptable Regelung von Schadens- und Kunstfehlerfällen kann viel zum Abbau defensiver Medizin beitragen. Die Entwicklung neuer partnerschaftlicher Modelle zwischen Patienten und Gesundheitsberufen wird, so die Abschlußthese in diesem Kontext, das Vertrauensverhältnis nicht untergraben sondern stärken. Das setzt auch voraus, daß die Erfahrungen mit der stärkeren Patientenorientierung ausgewertet werden: hier mag der Hinweis auf die heftige Kontroverse um den Konsumerismus⁸¹ genügen – Patentrezepte für eine nicht-paternalistische Medizin gibt es natürlich genauso wenig wie für alle anderen Kernfragen der Medizin.

Förderliche Vergütungssysteme

Daß das Einzelleistungshonorierungssystem und de-facto kostendeckende Tagessätze in Krankenhäusern Auslaufmodelle waren bzw. sind, wird kaum mehr bestritten. Unstrittig ist weltweit, daß, um den englischen Begriff zu benutzen, „perverse incentives“ eliminiert werden müssen, wenn man ein leistungsfähiges und wirtschaftlich akzeptables Versorgungssystem entwickeln will. Zwang zur Pseudo-Klassifizierung, Zwang zum Erfinden von Indikationen und Mengenausweitungen sind mit professionellem Handeln nicht vereinbar. Die Suche nach neuen Entlohnungs- und Vergütungssystemen wird die internationalen Erfahrungen nutzen müssen. Unter- wie Überversorgungseffekte müssen dabei so gut es geht vermieden werden. Das Ansehen der Ärzte wird jedenfalls deutlich wachsen, wenn sie das Image loswerden, in die eigene Tasche wirtschaften zu wollen; Krankenhäuser werden an Profil gewinnen, wenn sie nicht im Verdacht stehen, Patienten unnötig lange zu behandeln oder unsinnige (Doppel-)Leistungen zu erbringen. Insofern sind selbst in den harten ökonomischen Fragen Win-Win-Situationen denkbar, wenn man das Gesundheitswesen nicht mit einem Kaufmannsladen oder einer Warenhauskette verwechselt.

Indizierte Medizin

Ideologische Gräben in der wissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin könnten überwunden werden, wenn die Erkenntnis Platz greifen würde, daß die Begriffe

„Schulmedizin“, „Apparatemedizin“, „Alternative Medizin“, „ganzheitliche Medizin“ oder „Komplementärmedizin“ nur Schubladendenken bedienen, das den Patienten wenig hilft⁸². Eine nicht verengte Diskussion um evidenzbasierte Medizin kann helfen, als Schlüsselbegriff die „indizierte Medizin“ ins Gespräch zu bringen. Indiziert ist das, wofür es innerhalb der professionellen Systeme ausreichende Evidenz gibt; indiziert ist die Leistung, die sich auf dem Boden wissenschaftlicher Begründungen der Evaluation stellt; indiziert ist die Medizin, welche Lebenserwartung verlängert und gesundheitsbezogene Lebensqualität nachweislich positiv beeinflusst. Daß es für die Operationalisierung des Ziels „Lebensqualität“ noch keine allgemein gültigen Regeln gibt, kann nur irritieren, wenn man ausblendet, daß die kulturell akzeptierte Medizin weithin auch (noch) nicht evidenzbasiert ist. Nachdem namhafte Vertreter der sogenannten komplementären Medizin die Notwendigkeit des Nutznachweises bejahen, sind innerhalb der seriösen Diskussion die früheren Barrieren zur Entwicklung eines einheitlichen Diagnose- und Behandlungskonzeptes eigentlich beseitigt. Daß innerhalb eines solidarisch finanzierten Systems derartige Spielregeln einzuhalten sind, und daß wohl auch die privaten Krankenkassen möglicherweise mit bestimmten Ausnahmen im Prinzip diesen Weg mitgehen werden (auch wenn es die Aura des Besonderen etwas gefährdet), ist eigentlich eine gute Voraussetzung dafür, das Vertrauen der Bevölkerung in ein ausreichend dimensioniertes Gesundheitswesen ohne soziale Diskriminierung auch in den nächsten Generationen zu erhalten. Und wenn es gelingt, die High-tech-Medizin stärker als in der Vergangenheit EBM-gestützt zum Einsatz zu bringen, werden auch die teils sehr nachvollziehbaren, teils irrationalen Anti-Apparatemedizin-Strömungen abnehmen. Es gibt auch keinen wirklich ernsthaften Anhalt für die Vermutung, nennenswerte Teile der Bevölkerung wollten im Ernst(fall) auf die High-tech-Medizin verzichten.

7. Blick zur Ausgangsfrage: stimmen die Schwerpunkte?

Das Anliegen des Beitrags war nicht, erneut in aller Breite darzulegen, daß die Schwerpunkte in unserem Gesundheitswesen nicht stimmen. Wenn man die Kritik an den Schieflagen nicht in eine pauschale Schelte der erreichten Leistungen ummünzt – und dafür ist überhaupt keine Veranlassung bei Blick in vergleichbare Länder –, dann kann man die Frage eigentlich entspannt beantworten: Alle Insider wissen, daß bestimmte Schwerpunkte anders gesetzt werden müssen, daß es ein nicht zukunftsfähiges Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung gibt und daß Lösungen, welche die jetzigen Verhältnisse transzendieren sollen, bei allen Interessengegensätzen immer auch von der Suche nach Konsensen leben. Veränderungen bringen immer Gewinner und Verlierer hervor, das ist unvermeidlich; solche brutalen Wahrheiten wurden den Beschäftigten des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR von einem Tag auf den anderen zugemutet, ohne daß ausreichend Zeit gegeben

wurde, evidenzbasierte Lösungen zu erarbeiten. Auch die Umsetzung einer integrierten Versorgung im geschilderten Sinne wird Verlierer produzieren. Wenn es aber gelingt, die Schnittstellen von Wirtschaftlichkeit und Qualität möglichst gut zu ermitteln, eine neue Kultur des Festlegens und Verteilens von Budgets zu etablieren und wenn ein neues, nicht-paternalistisches Verhältnis zwischen Heilberufen und Patienten Teil des Leitbildes moderner Gesundheitssysteme wird, dann spricht viel dafür, daß die düsteren Prophezeiungen von der Unbezahlbarkeit des Gesundheitssystems nicht eintreffen⁸³. Das Gesundheitswesen in Deutschland wird eine wichtige Säule der gesellschaftlichen Sicherungssysteme und ein interessantes und von den Patienten wertgeschätztes Arbeitsfeld für die Gesundheitsberufe bleiben. Die Begrenzung von Leistungen auf das indizierte Maß könnte angesichts boomender Entwicklungen auf der Anbieterseite zu einem wichtigen, wenn nicht dem wichtigsten Markenzeichen einer modernen Medizin werden.

Fußnoten

- 1 Der Text basiert auf einem Beitrag zur Innovationswerkstatt „Unser Gesundheitswesen wird ver-rückt“ der Evangelischen Akademie Arnoldshain am 1. – 2. 10.1999. Der in Entstehung begriffene Tagungsband wird eine ausführlichere Fassung dieses Textes enthalten.
- 2 Hjort P. F. Prevention: the wish of everybody, the priority of nobody? European Public Health Association, Annual Meeting, Copenhagen 17.12.1994.
- 3 Hier mag der Hinweis auf zwei exzellente deutsche Sammelpublikationen genügen: König R. u. Tönnemann M. (Hg.): Probleme der Medizinsoziologie, Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen 1965; Mitscherlich A., Brocher T., von Mering O., Horn K. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenheuer und Witsch, Köln Berlin 1967.
- 4 Für die Diskrepanz zwischen genereller Wertschätzung der psychosomatischen Medizin und der Alltagsrealität stehen die in hoher Auflagenzahl gedruckten Arbeiten von Alexander Mitscherlich, die in der Mediziner- und ärztlichen Weiterbildung nur marginal Anklang gefunden haben; Mitscherlich A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 1 und 2, edition suhrkamp, Frankfurt 1964 und 1967.
- 5 Jordan J.: Psychosomatik: Leitdisziplin einer emanzipatorischen Medizin? In: Schmacke N.: Demokratie und Gesundheit, Von der Utopie der sozialen Medizin, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt 1999, 193-211.
- 6 Uexküll Th. von, Adler R., Bertram W.: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Schattauer Verlag, Stuttgart 1993.
- 7 Es geht nicht um einen schematischen Gegensatz zwischen Akutmedizin und Versorgung chronisch Kranker. Man darf natürlich diese Relativierung der Medizin auch nicht verwechseln mit untauglichen Versuchen, akutmedizinische Maßnahmen altersabhängig zu definieren.
- 8 Schwartz F. W., Kickbusch I., Wismar M.: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Das Public Health Buch, München, Urban & Schwarzenberg. 1998; 172-188.
- 9 Reiser J.: The Era of the Patient, Journal of the American Medical Association 1993, 269: 1012-1017.
- 10 Schmacke N.: Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens, Westdeutscher Verlag, Opladen 1997.
- 11 Am Beispiel des Gebärmutterhalskrebs hat Louise Russel dargestellt, daß bei einem unstrittig sinnvollen Screeningverfahren der bewährte Abstand der Untersuchungen keineswegs so klar ist wie in der Versorgungsrealität generell unterstellt wird, daß demgegenüber aber wenig Anstrengungen unternommen werden, den relativ hohen Anteil von Frauen zu diesem Screening zu motivieren, die nicht alle drei Jahre (dies erscheint Russel im Rahmen ihrer Kosten-Nutzen-Analyse als sinnvolles Intervall) zur Untersuchung kommen. Russel L. B. Educated Guesses. Making Policy about Medical Screening Tests. University of California Press, London 1994, 6-24.
- 12 Field M. J., Lohr K. N. (Hg.), Institute of Medicine: Guidelines for clinical practice: from development to use, National Academy Press, Washington DC, 34.

- 13 Gerlach F. M.: Was ist medizinisch notwendig?. In: Was ist medizinisch notwendig? Workshop des AOK-Bundesverbandes, Königswinter 24. Juni 1997, Eigendruck 1998, 23-33 (hier S. 26).
- 14 Gawlik C. S. u.a.: Beurteilung klinischer Therapiestudien, Mindeststandards für den Arbeitsalltag, Deutsches Ärzteblatt 1998, 95: A-1155-1160 (Heft 19).
- 15 Über Internetzugang erschließt sich ein Überblicksaufsatz von Raspe H. und Stange E. F.: Evidence Based Medicine: Kontext und Relevanz „Evidenz-gestützter Medizin“, <http://www.ebm-netzwerk.de/ziele/presse/html>.
- 16 Zur Gesamtproblematik der Gesundheitssystemforschung s. Schwartz F. W. und Busse R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, In: Schwartz F. W. u.a.: Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore 1998, 385-411.
- 17 Greenhalgh T., Hurwitz B.: Narrative Based Medicine, Dialogue and discourse in clinical practice, BMJ Books, London 1998.
- 18 Einer der längsten Verfechter der problemorientierten Krankengeschichte ist Weed, der immer wieder Vorschläge erarbeitet hat, wie dieser Ansatz in das Medizinstudium und die ärztliche Weiterbildung eingebunden werden kann. Weed L. L.: New Connections between medical knowledge and patient care, British Medical Journal 1997; 315: 231-235.
- 19 Auch wenn die eingesetzten Volumina einstweilen recht bescheiden sind, lässt die 1999 abgeschlossene Vereinbarung zwischen dem Bundesforschungs- wie Bundesgesundheitsministerium und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung über die Stärkung der Versorgungsforschung des deutschen Gesundheitswesens hoffen, dass letztlich auch Druck auf die Universitäten ausgeübt werden kann, im Rahmen ihrer genuine Zuständigkeit den Horizont über die Klinik hinweg stärker auf die gesamte Versorgungslandschaft zu richten.
- 20 Das Problem findet sich auch in der Leitliniendebatte wieder: alle Fachgesellschaften verfolgen das Ziel, Maximalforderungen ihrer Disziplin leitliniengestützt durchzusetzen, ohne – aus versorgungspolitischer Perspektive – verpflichtet zu sein, ein alltagstaugliches Konzept von medizinischer Gesamtversorgung vorlegen zu müssen.
- 21 Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den Perspektiven des Fachs Allgemeinmedizin an den Hochschulen, Drs. 3848/98, Berlin, 22. Januar 1999.
- 22 Hoppe J. D.: Zur Entstehung von Überkapazitäten im stationären Bereich, In: Arnold M., Paffrath D. (Hg.): Krankenhausreport 98, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena Lübeck Ulm 1998, 13-17, hier 16f.
- 23 Marzi C., Abholz H. H.: Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1999; 75: 736-743, hier S. 736.
- 24 Zur verschlungenen, wenngleich eher in Unterstützung der Allgemeinmedizin mündenden Entwicklung in der DDR s. Schagen U. Ende und Wiederauferstehung des Hausarztes in der DDR. Zentralstaatliche Vorgaben und ihre Rücknahme. In: Schmacke N., Demokratie und Gesundheit. Von der Utopie der sozialen Medizin. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt 1999, 269-284.
- 25 So begrüßenswert die beiden genannten Förderprojekte von Krankenversicherung und Forschungsministerium inhaltlich auch sind: hier werden ureigene Aufgaben der Hochschulen und ärztlichen Selbstverwaltung subsidiär oder kompensatorisch wahrgenommen.
- 26 McKinlay J. B., McKinlay S. M.: Beaglehole R. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, International Journal of Health Services 1989; 19: 181-208; siehe auch Mackenbach J. P.: The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: McKeown Revisited, Journal of Clinical Epidemiology 49; 1996, 1207-1213.
- 27 Bunker J. P., Frazier H. S., Mosteller F.: The Role of Medical Care in Determining Health: Creating an Inventory of Benefits, In: Amick III B. J., Levine S., Tarlow A. R., Walsh D. C. (Hg): Society and Health. Oxford University Press, New York Oxford 1995, 305-341.
- 28 So z. B. Kjellstrand C. M., Kovinthaavongs C., Szabo E.: On the success, cost and efficiency of modern medicine: an international comparison, Journal of Internal Medicine 1998; 243: 3-14.
- 29 Derartige Bewertungen für diagnostische wie therapeutische Verfahren im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung obliegen nach dem Sozialgesetzbuch V dem Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen; mit der Novellierung des SGB V Ende 1999 wird dieser Auftrag über den Rahmen der vertragsärztlichen Praxis hinaus auch auf das Krankenhaus erweitert. Zur Arbeit des Bundesausschusses s. Jung K. et al.: Ansprüche der Versicherten präzisieren, Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Deutsches Ärzteblatt 97; 200: 365-370.
- 30 Ganze Generationen von Medizinstudenten sind schon tendenziell daran gescheitert, das Problem der Sensitivität und Spezifität von Diagnoseverfahren zu verstehen – umso notwendiger sind Qualitätsnormen für die Einführung neuer Verfahren, die ja niemals – wie von Laien zunächst angenommen – vermeiden können, dass falsch positive wie falsch negative Ergebnisse miterzeugt werden.
- 31 Kirsch W., Schaff C.: Misdiagnosis at a University Hospital in 4 Medical Eras, Medicine 1996; 75: 29-40; siehe jüngst auch Tsujimura T., Yamada Y., Kub M., Fushimi H., Kameyama M.: Why couldn't an accurate diagnosis be made? An analysis of 1044 consecutive autopsy cases, Pathol Int 1999; 49: 408-410.
- 32 Überfällig ist in Deutschland die Entwicklung einer breiten Debatte um den medizinisch und ethisch verantwortlichen Einsatz von Screening-Maßnahmen, eine Diskussion, die bisher nur in Insiderkreisen ernsthaft geführt wird. Hierzu s. u.a. Russel L. B.: Educated Guesses, Making Policy about Medical Screening Tests, University of California Press, Berkeley Los Angeles London 1994.
- 33 George N.: Therapeutic dilemmas in prostate cancer: justification for watchful waiting. Eur Urol 1998; 34 Suppl 3:33-36; Naithoh J., Zeiner R. L., Dekernion J. B.: Diagnosis and treatment of prostate cancer. Am Fam. Physician 1998, 57: 1531-9, 1541-2, 1545-7; Steinberg G. D., Bales G. T., Brendler C. B.: An analysis of watchful waiting for clinically localized prostate cancer, J. Urol 1998; 159: 1431-36; Johansson J. E., Holmberg L., Johansson S., Bergstrom R., Adami H. O.: Fifteen-year survival in prostate cancer, A prospective, population-based study in Sweden, JAMA 1997; 277: 467-71.
- 34 Brett T. D.: Patient's attitudes to prostate cancer, Aust Fam Physician 1998; 27 Suppl 2: S 84-88.
- 35 So das Plädoyer von Klemperer D.: Neue medizinische Kultur. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff. Mabuse 1996; 99: 22-27.
- 36 Wenn immer eingewendet wird, bestimmte Patienten wollten ausdrücklich ihrem Arzt alle Entscheidungen überlassen, auch über Nebenwirkungen nicht aufgeklärt werden, so mag dies vielleicht ein gesondertes und ernst zu nehmendes Problem sein – ebenso wie der Hinweis, dass vollständige Aufklärung unnötig verängstigen könnte. Das Grundproblem wird hiervon aber nicht tangiert, dass Patienten als mündige Bürger ein Recht auf Aufklärung haben.
- 37 Schönhöfer P. S.: Klinik-basierte Erfassung arzneimittelbedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System (ZKH Bremen), Arzneimitteltherapie 1999; 17, 1-4.
- 38 Himmel W.: Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice; Scand. J. Prim Health Care 1997, 15: 118-122. Diese empirische Untersuchung umfasste 185 Patienten aus 10 Allgemeinärztlpraxen in Göttingen.
- 39 Brucks U., Salisch E., Wahl W. B.: Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde, Ebv Rissen, Hamburg 1987.
- 40 Nichts anderes beinhaltet das Prinzip von „Informed Consent“, ein ethisches wie juristisches Desiderat, das im Prinzip sicher von niemandem in Frage gestellt, im Alltag aber offenbar nur schrittweise realisiert wird.
- 41 Ein Klassiker der EBM-Literatur liegt nun auch in deutscher Übersetzung vor. Sackett DL, Richardson W. S., Rosenberg W., Haynes R. B.: Evidenz-basierte Medizin, W. Zuckschwerdt Verlag München 1999.
- 42 Wie so oft ist auch dieses englische Wort „Evidence“ kaum übersetzbar, eine wirklich entsprechendes deutsches Wort steht wohl nicht zur Verfügung (Beweis, Anhaltspunkt, Aussage träfen es allesamt nicht). Auch die Duden-Erklärung „Unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit, Deutlichkeit, Gewissheit“ ist für diesen Zusammenhang unbefriedigend. EBM heißt letztlich nichts anderes als: Wie können medizinische Handlungen durch wissenschaftliche Studien und professionelle Erfahrung begründet, d.h. auch gegenüber kritischen Fragen verteidigt werden.
- 43 Manhard R.: Das Kreuz mit den Leitlinien, Münchener Medizinische Wochenschrift 1998, Heft 31/32: 16-20; Heger S.: Zur Psychosomatik des Failed-back-Syndroms: warum Rückenschmerzen chronifizieren, Nervenarzt 1999; 70: 225-232; Thomas, E.: Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study, BMJ 1999, 318: 1662-1667; Moffett, J. K. et al.: Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences, BMJ 1999, 319: 279-283.
- 44 Harrington A. (ed.): The Placebo Effect. Harvard University Press, Cambridge und London 1997.
- 45 In diesem Sinne formuliert das Strukturreformgesetz sein ehrgeiziges Ziel (§ 137 e SGB V), wonach auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten im Jahr beschlossen werden sollen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann.
- 46 Wright J. D.: Outcome research: what to measure, World Journal of Surgery, 1999; 12, 1224-1226; Rizzo J. D., Powe N. R.: Methodological hurdles in conducting pharmacoeconomic analysis, Pharmacoeconomics 1999; 15: 339-355.
- 47 Stewart M. A.: Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review, Can Med Assoc J 1995; 152: 1423-1433.
- 48 Diese Formulierung verdanke ich Karl-Martin Schönhals, der die eingangs genannte Innovationswerkstatt entwickelt hat.
- 49 Eine prägnante Darstellung der Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsökonomischer Überlegungen findet sich bei Arnold M.: Zur Ethik der Ökonomie – und warum auch die Medizin sie braucht. Ärzte Zeitung 18; 22.12.1999, 44-48.

- 50 Im Überblick Rienhoff O.: Qualitätsmanagement, In: Schwartz F. W. u.a. (Hg.): Das Public Health Buch, München, Urban und Schwarzenberg 1998; 585-599.
- 51 Dieses offenbar zeitlose Szenario beschreibt aktuell ein Editorial des New England Journal of Medicine, welches auf die überproportionale Wachstumsraten an Fachärzten in den USA ebenso hinweist wie auf die grenzwertige Belastung von Primärärzten, welche sich in ihrer Gatekeepingfunktion gelegentlich überfordert fühlen. Grumbach K.: Primary Care in the United States – The Best of Times, the Worst of Times, New England Journal of Medicine 341; 1999, 2008.
- 52 Reiser S. J.: The Era of the Patient, Using the Experiences of Illness in Shaping the Missions of Health Care, JAMA 1993; 269, 1012-1017.
- 53 Schwartz F. W.: Anhörung zur Gesundheitsreform 2000 im Ausschuss für Gesundheit, 9. September 1999.
- 54 Die Theorie der professionellen Dominanz der Ärzteschaft wurde von Eliot Freidson umfassend begründet, s. den Nachdruck Freidson E.: Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge, University of Chicago Press 1998; Eine Neubilanzierung des Ansatzes lieferte Freidson 1994 in Freidson E.: Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy, University of Chicago Press 1994.
- 55 Widerspruch erntete Freidson z.B. von McKinlay J. B.: The business of good doctoring or doctoring or good business: reflections on Freidson's view of the medical game. International Journal of Health Services 7; 1977; 459-488.
- 56 Dass es sich nicht um ein deutsches Spezialthema handelt, sondern in allen entwickelten Gesundheitsthema auftaucht, zeigt exemplarisch die Arbeit aus der McGill University Faculty of Medicine in Montreal: Cruess R. L., Cruess S. R.: Teaching medicine as a profession in the service of healing, Academic Medicine 72; 1997: 941-952.
- 57 Eine erste umfassende Darstellung aus den USA hierzu stammte von Einsenber D. M. et al.: Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use, New England Journal of Medicine 328; 1993: 246-252.
- 58 Folgt man der Analyse von Jütte, so kann man die Debatte um die Alternativmedizin mindestens bis in das 17. Jahrhundert zurück verfolgen. Dabei ist interessant, dass die Ärzteschaft immer bemüht war, zunächst abgelehnte Verfahren zu integrieren, wenn das Patienteninteresse an entsprechenden Verfahren besonders ausgeprägt war. Jütte R.: Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapie von heute, Verlag C H Beck, München 1996.
- 59 Es spricht momentan mehr dafür, dass die Angebote der Alternativmedizin zusätzlich zur „Schulmedizin“ in Anspruch genommen werden. In der Schweiz wurde ein Feldversuch zum Einsatz alternativer Verfahren im Rahmen einer Krankenversicherung durchgeführt, dessen Ergebnisse die These unterstützen, dass die Inanspruchnahme von alternativen Heilverfahren zusätzlich zur „gewohnten“ Medizin erfolgt, und dass die gelegentlich geäußerten Erwartungen, Alternativmedizin sei kostengünstiger als Schulmedizin, nicht belegt worden sind. Zudem ist das Schweizer Experiment auch insofern bedeutsam, dass sich einstweilen in der Gruppe der Versicherten, die alternative Verfahren in Anspruch genommen haben, keine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber der übrigen Versichertenpopulation nachweisen lässt. Siehe Sommer J. H., Bürgi M., Theiss R.: Komplementärmedizin in der Krankenversicherung, Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen des Einbezuges komplementärmedizinischer Leistungen in die Krankenversicherung; Projekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 34, Komplementärmedizin, Schweizer Medizinische Wochenschrift 1998; 128 (S 102).
- 60 Dieser Gedanke richtet sich selbstverständlich nicht gegen die zu erhoffenden Fortschritte bei der Behandlung dieser oft dramatisch verlaufenden Erkrankungen, sondern erinnert schlicht an die biologische Gebundenheit menschlicher Existenz.
- 61 Zur jüngeren Debatte um die sozialen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit wird verwiesen auf zwei Veröffentlichungen aus den USA und Canada: 1. Daedalus Fall 1994, Health and Wealth. Vol 123, No. 4 (Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences). 2. Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R.: Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, De Gruyter, Berlin New York 1994.
- 62 Schwartz F. W., Kickbusch I., Wismar M.: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz F. W. u.a.: Das Public Health Buch, München, Urban & Schwarzenberg 1998; 172-188; Schwartz F. W., Busse R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, In: Schwartz F. W. u.a., Das Public Health Buch, München, Urban & Schwarzenberg 1998, 385-411.
- 63 Aus der Fülle der Literatur sei hingewiesen auf die umfängliche Überlicksarbeit von Priester K., Betriebliche Gesundheitsförderung, Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1997 (3. Aufl.).
- 64 Es geht um das Bild, dass der Arzt, der am Flussufer Ertrinkende rettet, und dabei derart beschäftigt ist, dass er nicht bemerkt, wer am Fluss „stromaufwärts“ die Menschen in den Fluss hineinstößt.
- 65 Kühn H., Rosenbrock R.: Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R., Kühn H., Köhler B. M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Edition sigma, Berlin 1994, 29-53; sie schreiben: „Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren“ (S. 41).
- 66 Hontschik B.: Lebenskrise und chirurgischer Eingriff. Die Bedeutung innerfamiliärer Krisen für die Indikation der Appendektomie, In: Uexküll T. von (Hg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Schattauer Verlag, Stuttgart New York, 1994: 53-62.
- 67 Zur Veranschaulichung: Helmich P. Ambulante Versorgung. Der Hausarzt als Psychosomatiker. In: Uexküll T. von (Hg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Schattauer Verlag, Stuttgart New York, 1994: 83-92.
- 68 Es ist sicher trivial, aber wichtig, immer wieder daran zu erinnern, dass medizinische Diagnostik immer eine Reduktion von Komplexitäten darstellt, auch unabhängig von der Frage, wie sehr ein jeweils verwendetes Vergütungssystem die Ärzteschaft dazu verleitet, rasch mit der Vergabe von Diagnosen bei der Hand zu sein.
- 69 Codman E. A.: A Study in Hospital Efficiency as represented by Product, Transactions of the American Gynecological Society 1914; 39: 60-100.
- 70 Der komplette Text ist einzusehen unter <http://books.nap.edu>. (Kohn L., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (Hg.): To Err is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington 2000). Dies ist nebenbei bemerkt ein Beispiel dafür, dass das Internet die Chancen des frühzeitigen Zugangs zu kritischen Quellen der Öffentlichkeit massiv erleichtern kann – ebenso wie das Internet gleichzeitig von unseriösen Publikationen mit reinem Werbecharakter überschwemmt wird, auch unter der irreführenden Rubrik Patienteninformation.
- 71 Wohl bemerkt: die Geschichte der Patienten ist nicht dasselbe wie die verkürzte ärztliche Anamnese, wie sie sich in den meisten Arztberichten wieder findet, häufig arrondiert durch eine fünfzeilige Sozialanamnese!
- 72 Weed L. L.: Quality Control and the Medical Record, Archives of Internal Medicine 1971, 127, 101-105.
- 73 Ein erster und nach wie vor interessanter Vorschlag stammte von Braun J., Kasemann E., Kettler U., Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer Verlag, 1994.
- 74 Zur ersten Phase s. Kirschner W., Radoschewski M., Kirscher R.: § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1995; Gesundheitsförderung ist – wohl bemerkt – natürlich nicht allein.
- 75 Dass dies kein Widerspruch in sich selbst oder Wolkenschieberei ist, zeigen Erfahrungsberichte, welche das Ausschöpfen bzw. Ansprechen der gesunden Potenziale von Patienten thematisieren. Zum momentanen Stand dieser Diskussion in Deutschland s. Schüffel W. u.a., Handbuch der Salutogenese, Konzept und Praxis, Ullstein Medical, Wiesbaden 1998.
- 76 Ein entsprechender, empirisch gestützter Ansatz wird breit vorgestellt in Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T. L.: Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1993.
- 77 Dies ist Teil des Regierungsprogramms der Bonner Koalition und Beschlusslage der Gesundheitsministerkonferenz. Zu Einbindung in den Diskurs um Bürgerorientierung s. Badura B., Hart D., Schell-schmidt H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999; zur juristischen Frage der Patientenrechte s. z. B. Francke R., Hart D.: Charta der Patientenrechte, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden 1999.
- 78 Schmacke N.: Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens, Westdeutscher Verlag, Opladen 1997.
- 79 Zu einer gesundheitsökonomischen Unterfütterung dieser These s. Rice T.: The Economics of Health Reconsidered, Health Administration Press 1998, eine deutsche Übersetzung (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf) ist in Vorbereitung.
- 80 Dies will nicht sagen, dass die nach wie vor extremen Einkommensunterschiede zwischen den Gesundheitsberufen kein Thema sind!
- 81 Eine kritische Position zum Consumerism im angloamerikanischen Kontext bezieht Kliffe S.: The Retreat vom Equity, Consumerism, Evidence and the Shift towards a Primary Care in Britain's National Health Service, In: Schmacke N. (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt 1999: 310-324h.
- 82 Diese Position ist ohne Frage ein Stück weit voluntaristisch, weil das Bedürfnis nach Auswegen, nach „alternativen“ Wegen auch dem Wunsch des Kranken entspringt, es müsse doch auf alle Fälle eine Lösung für verbleibende Probleme geben, selbst wenn er davon überzeugt ist, nach den Regeln der Kunst behandelt worden zu sein. Zudem mag es auch so etwas wie Faszination an magischen Behandlungsverfahren geben.
- 83 Zur Thematik der angeblich nicht einzufangenden Kostenexplosion finden sich in kompakter Form die notwendigen Informationen in Braun B., Kühn H., Reiners H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Fischer Verlag, Frankfurt 1999.