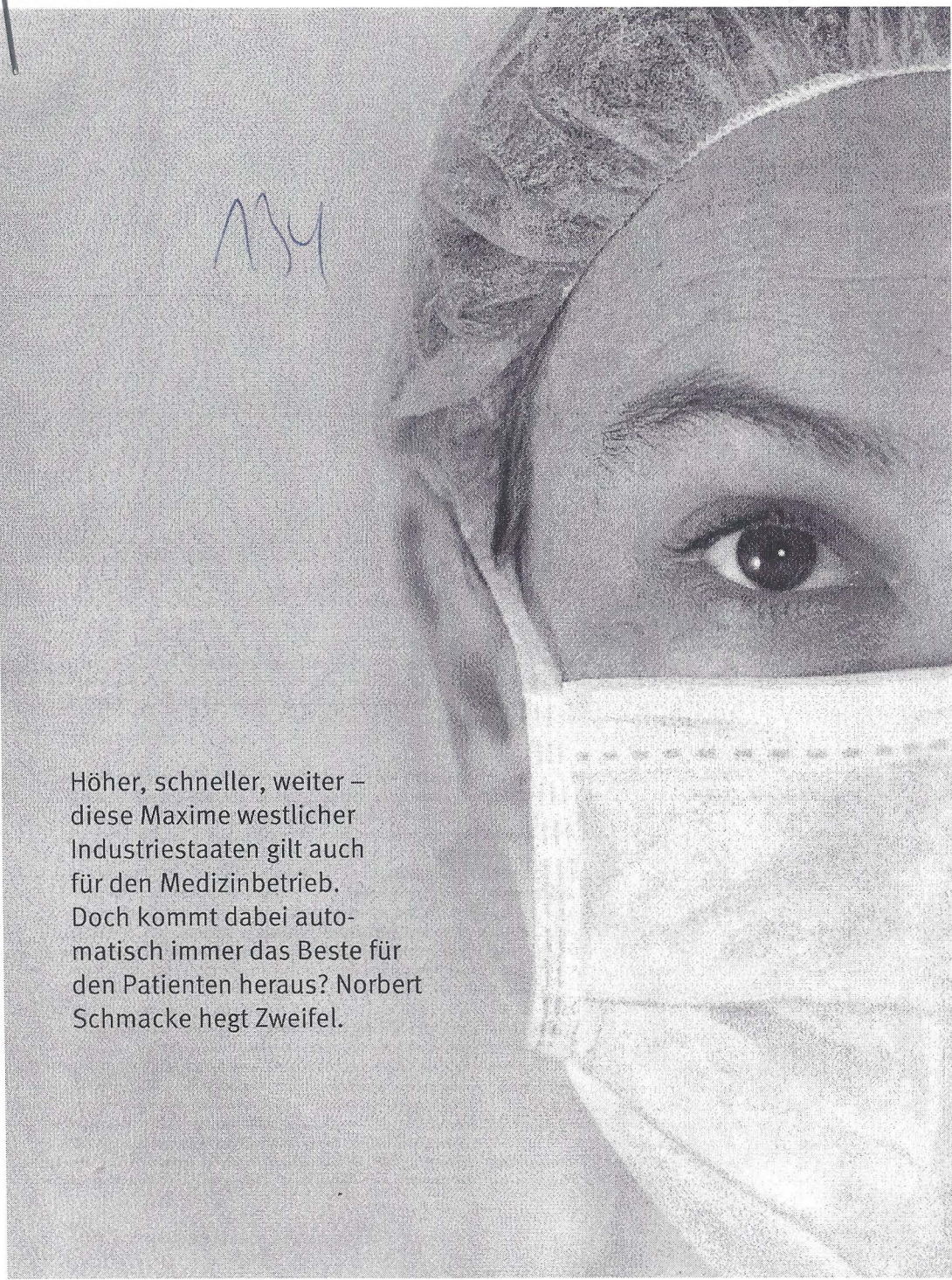




Höher, schneller, weiter – diese Maxime westlicher Industriestaaten gilt auch für den Medizinbetrieb. Doch kommt dabei automatisch immer das Beste für den Patienten heraus? Norbert Schmacke hegt Zweifel.

Der Zeitgeist transportiert in seinem Geleitzug zur Entwicklung des Gesundheitswesens Zauberbegriffe und Patentrezepte. Senkung der Lohnnebenkosten, Berechnung des demographischen Faktors, Nutzen des Wachstumsmarkts Gesundheit, Stärkung der Eigenverantwortung – man könnte geradezu eine Hitliste derartiger Begriffe erstellen, wenn man sich Zeitungs- und Fernsehberichte anschaut. Immer läuft die Berichterstattung über die Zukunft unseres Gesundheitswesens auf eine seltsame Mischung zweier Themen hinaus: Auf der einen Seite wird der finanzielle Untergang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschworen, auf der anderen Seite der Wachstumsmarkt Gesundheitswesen als Lösung für die Struktur-

meint ist. Die Forderung nach Reduzierung der GKV-Leistungen ist offenbar überwiegend negativ belegt, und die Politik bemüht sich tapfer, an diesem Punkt gegenzuhalten: Es klingt für viele Menschen leider dann schon fast wie eine Litanei: „Alle kriegen das, was sie benötigen – Leistungsausgrenzungen darf und wird es nicht geben.“

Es gibt aber auch eine stärker werdende positive Besetzung des Themas: „Endlich wird ein Tabu angepackt, dass es künftig eine eindeutige Zweiklassenmedizin geben wird, so wie Dienstleistungen ja sonst auch vom Geldbeutel abhängen“. Und offen wird dies immer mehr mit der Erwartung verbunden, dass die GKV-Versicherten bei Krankheit künftig mehr aus der eigenen Tasche bezahlen müssen – entweder cash oder über Zusatzversicherungen.

Wie viel Medizin verträgt der Mensch?

schwäche der Wirtschaft angepriesen. Die Parteien überbieten sich in Lösungsvorschlägen, denen allen eines gemein ist: Bürger, Versicherte und Kranke sollen mehr zahlen als bisher in der langsam aber stetig ausgehöhlten solidarisch finanzierten Krankenversicherung.

Nun wäre es unfair zu behaupten, dass nicht auch die Frage nach der Qualität der Medizin und der wirtschaftlichen Erbringung ihrer Leistungen in diesem Zusammenhang immer wieder angesprochen wird. Aber ist noch ausreichend Platz für die Frage, ob eine gute Medizin weiter finanzierbar ist, ohne das System auf den Kopf stellen zu müssen?

Eine Beschwörungsformel lautet: Die GKV wird in absehbarer Zeit unfinanzierbar, wenn nicht grundlegende Änderungen im Finanzierungsmodus und im Leistungskatalog vorgenommen werden. Weitergehend sagen viele: Die Rationalisierungsreserven sind aufgebraucht oder nicht zu realisieren, weil die Interessenverbände das Gelände so festgezurr haben, dass jede Einsparung am nächsten Tag aufgezehrt ist. Rationierung wird kommen, heißt es deshalb, und sie sollte endlich systematisch organisiert werden.

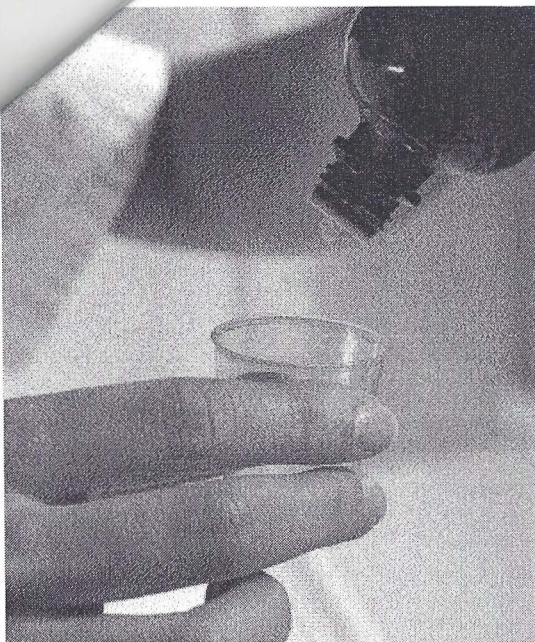
Dem ist entgegen zu halten: Man muss sich erst einmal darauf verständigen, was eigentlich bei diesen Debatten ge-

Frage nach dem Nutzen kaum gestellt. Die eigentlich spannende Frage wird aber gar nicht oder nur schüchtern gestellt: Stehen die erbrachten Mengen und die Qualität in einem nachvollziehbaren Verhältnis zum Nutzen für die Patienten? Und darüber hinaus: Wer interessiert sich eigentlich ernsthaft dafür, welche der Versprechungen in Sachen medizinischer Fortschritt gescheit begründet sind?

Natürlich ist diese kritische Betrachtung nicht wirklich neu. Bibliotheken sind mit Veröffentlichungen zum Kosten-Leistungs-Verhältnis in der medizinischen Versorgung gefüllt worden. Bereits vor einigen Jahren hat der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen diese Literatur unter dem Gesichtspunkt aufbereitet, dass es unweigerlich immer Bereiche von Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt. Die erklärte Absicht war, darauf hinzuwirken, dass nicht immer nur nach mehr Geld gerufen wird, sondern dass teure Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen erkannt und abgebrems werden, um Problembereiche der Versorgung angemessener ausstatten zu können.

Aber es gebietet wohl die Ehrlichkeit, sich einzugestehen, dass der Versuch, die Begriffsfigur „Über-/Unter-/Fehlversorgung“ gesellschaftlich zu einem Top-Thema zu machen, im

Fotos: age fotostock/mauritus



Wachstum, Wachstum über alles – und was ist mit dem Nutzen?

sind für das Marketing der Anbieter ein Begriffspaar, von dem die ja auch schon einfallsreiche Automobilindustrie doch nur träumen könnte.

Insoweit sind die Untertöne dieser Wirtschaftsförderungsdebatte auch im Wesentlichen positiv: Fortschritt und Modernisierung sprechen scheinbar für sich selbst. Nur eine Minderheit versteht, wie leicht sich hinter diesem Schutzwall an Argumenten Riesengeschäfte vereinbaren lassen, ohne dass jemals nach „Value for Money“ gefragt wird. Es ist eines der besonders interessanten Phänomene des Zeitgeistes, dass im Gesundheitswesen nach mehr Markt gerufen wird, aber zugleich allen Ernstes auch von C-4-Ordinarien an Universitäten die Lösung ausgegeben wird, die Qualitätsfrage regle der Markt auch gleich noch nebenbei mit. Offenbar ist bei Politikern, Journalisten und den Versicherten die Fortschritts-Arie so wirksam, dass bei jedem kleinen Hoffnungsschimmer in der medizinischen Forschung reflexartig gedacht wird: Das muss so schnell wie möglich ins System.

Mangelware Nutzenbewertung. Bemerkenswert ist zunächst also, dass die Debatte um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in bemerkenswerter Weise entgegen allen Katastrophenszenarien um das Ende der Sozialversicherung noch immer nicht ausreichend mit der Forderung nach der Nutzenbewertung von Innovationen geführt wird. Man muss an dieser Stelle hervorheben, dass die jetzige Bundesregierung in dieser Hinsicht mehr getan hat als alle Vorgängerregierungen zusammen.

Ganz so irrational ist die Geringschätzung der Nutzenfrage aber wohl nicht. Die damit zusammenhängenden Gedanken lassen sich nämlich wie folgt sortieren:

- Eine harte Zweiklassenmedizin wird als unausweichlich betrachtet („gibt es doch in allen gesellschaftlichen Bereichen, also Schluss mit der Sentimentalität in der Krankenversorgung!“).
- Wachstum ist per se gut („wie sollen denn auch die Kassen der Sozialversicherung sonst gefüllt werden?“).
- Die Globalisierung lässt uns keine andere Wahl.
- Der Weg der evidenzbasierten Medizin ist am Ende doch gefährlich, weil immer alles hinterfragt wird.

Es gibt viele angesehene Experten, die vor allem von der Einschätzung geleitet werden, dass man wegen der Wachstumschancen im Gesundheitsmarkt an den Qualitätsmängeln

und Evidenzlücken bewusst vorbeisehen muss. Der Autor dieses Artikels ist mehrfach Zeitzeuge solcher Ausschlüssen exponierter Sachverständiger gewesen. Man kann das aber in Reinkultur auch nur hören, wenn die Mikrophone abgeschaltet worden sind.

Und dann taucht in der Diskussion als weitere Konstante das Thema „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ auf. Hier gibt es hoch interessante Koalitionen, die sich mit Inbrunst gegen die Übermacht der Ökonomie aussprechen. Da treffen sich Gruppen von Medizinern, die jede Auseinandersetzung mit Kosten für unärztlich halten, mit Oppositionspolitikern, die mit dieser Losung die Regierung angreifen wollen, und Lobbyisten des medizinisch-industriellen Komplexes, die um ihre Absatzmärkte fürchten. Ökonomisierung klingt wie „Vorenthalten notwendiger Leistungen“, wie Rationierung. Einer der einflussreichsten Exponenten dieser Sicht der Dinge ist der Präsident der Bundesärztekammer.

Nun hat noch niemand gefordert, dass die Frage nach der Wirtschaftlichkeit in der Medizin ohne die Frage nach der wünschenswerten und der erzielten Qualität gestellt werden darf. Wenn man aber davon ausgeht, dass die Ärzteschaft im Kampf um die Köpfe und Herzen der Menschen eine besonders wichtige Rolle spielt, dann ist bemerkenswert, wie sich die unterschiedlichsten Interessengruppen im ambulanten und stationären Bereich die Lösung „Humane Versorgung geht in der Ökonomisierung der Medizin unter“ auf ihre Fahnen geschrieben haben. Das Thema Verschwendung wird auf einmal elegant ausgeklammert. Die lange Geschichte des Scheiterns vermeintlicher Innovationen: vergessen.

No way out? Es spricht leider eine Menge dafür, dass die Debatte um die gute Medizin in diesen Gehegen gefangen bleibt. Da nun aber die Antwort auf unabsehbare Zeit nicht mehr sein wird, auf alle vorgebrachten Probleme mit der Forderung nach „mehr Geld“ zu reagieren, bleibt der Gesellschaft nur die Möglichkeit, von Grund auf darüber nachzudenken, welche Anforderungen an Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation zu stellen sind. Es geht mit anderen Worten um die eigentlich wichtige Qualitätsdimension in der Medizin: Stehen die richtigen Themen auf der Tagesordnung der Medizin, und werden diese professionell durchgeführt? Das ist übrigens seit langer Zeit Kernphilosophie der ja oft als Vorbild hingestellten „freien“ Wirtschaft: „Doing the right things – doing them right“.

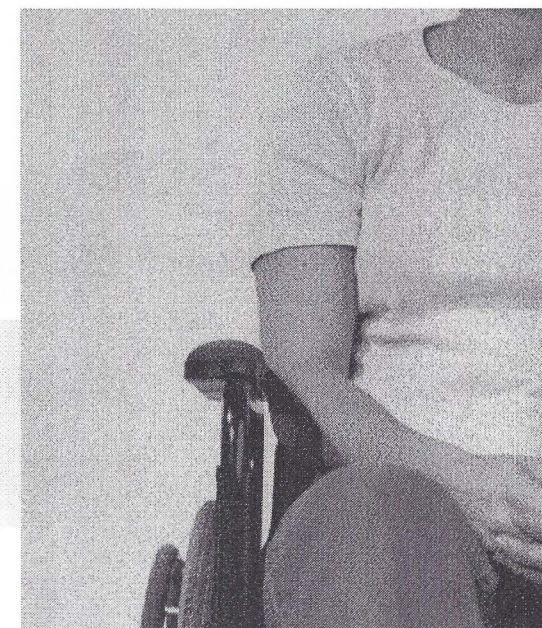
Die Fortschritts-Arie singen alle gern – und das Ende vom Lied?

Qualitätsfrage kommt zu kurz. Die Debatte um den Qualitätskurs im Gesundheitswesen ist bei aller Wertschätzung der Bemühungen der Beteiligten immer zu kurz gekommen. Das Schreckgespenst der Rationierung hat ernstere Anstrengungen bisher im Sande verlaufen lassen. Es lassen sich aber inzwischen geradezu typische Irrwege der modernen Medizin beschreiben, die alle einem Strickmuster folgen: Sie basieren auf mehr oder weniger plausiblen Annahmen, ohne jemals die erforderliche Bilanz zwischen Nutzen und Schaden erbracht zu haben. Die Medizin ist weit über ihre großen Verdienste hinaus grenzenlos geworden. Hierzu einige Beispiele:

- Die Hormon-„ersatz“-therapie für alle Frauen ab der zweiten Lebenshälfte entwickelte sich seit den 80er Jahren gewissermaßen zum Standard. Die Frau in und nach der Menopause wurde von der Medizin zu einem Hormonmangelwesen gemacht, das am besten lebenslang mit Hormonen versorgt werden müsse. Kenner der Szene berichten übereinstimmend, dass Ärzte auf dem Höhepunkt dieser Fehlentwicklung von Juristen öffentlich unter Druck gesetzt wurden. Es sei ein Kunstfehler, wenn sie Frauen in und nach der Menopause nicht mit Hormonen therapieren würden. Der Nutzen einer lang andauernden Gabe von Hormonen zur Vermeidung von Erkrankungen wurde nie belegt.

- Roboter in der Chirurgie wurden unter der Idee eingeführt, ein programmierter Apparat sei perfekter als die menschliche Hand. Die Notwendigkeit sauberer Studien, welche den Nutzen unter Beweis stellen, wurde erst erkannt, als sich Kunstfehlerklagen häuften.

- Eine Mehrheit von Urologen rät allen Männern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zu regelmäßigen PSA-Tests, weil sie vermutlich wirklich davon überzeugt sind, dass ein





Gute Medizin kann so einfach sein – man muss sie nur wollen.

erhöhter Laborwert (das prostata-spezifische Antigen) den Prostatakrebs frühzeitig anzeigt und eine frühe Behandlung einen nachgewiesenen Nutzen für die betroffenen Männer hat. Nur wenige haben die Gelassenheit, die Ergebnisse der laufenden Studien abzuwarten, die diese Frage auf dem erforderlichen Niveau beantworten können.

• Längst werden nicht mehr nur Patienten mit schwerwiegenden Depressionen mit Psychopharmaka behandelt, wofür es gute Gründe gibt, sondern Millionen von Menschen mit allen möglichen emotionalen Befindlichkeitsstörungen. Eine britische Umweltbehörde hat 2004 eine der am meisten verschriebenen Substanzen, Prozac, im Grundwasser nachgewiesen. Man könnte an Recycling denken.

Kompetente Beratung schützt Verbraucher. Diese Beispiele zeigen: Heute stellt sich nicht nur die Frage, wie teuer die Medizin sein darf, sondern auch die Frage, wie viel Medizin der Mensch verträgt. Eine gute Medizin bedeutet die Besinnung der Ärzteschaft auf kompetente Beratung, die sich auf hochwertige wissenschaftliche Untersuchungen stützt. Eine solche Beratung ist zugleich gesundheitlicher Verbraucherschutz. Nur diese Rückbesinnung wird auf Dauer garantieren, dass die Ärzteschaft ihre nach wie vor herausgehobene Stellung als Heilberuf behaupten kann.

Nicht alles, was neu ist, ist besser. Alles was neu ist, muss vielmehr an dem bewährten Standard gemessen werden. Wo es keine guten Standards gibt, sollte Nachdenklichkeit einkehren. Und noch eines: Die Ärzteschaft darf sich getrost von der irrigen Annahme verabschieden, ihre Patienten seien sämtlich stüchtig nach teurer und endloser Behandlung. Dem ist nicht so. Vielmehr wollen sie ernst genommen werden und sicher sein, dass ihnen gute Medizin nicht vorenthalten wird.

High-Tech-Medizin muss nicht immer sein. Das British Medical Journal veröffentlichte in seiner Ausgabe vom 13. November 2004 viele Beiträge zum Thema „Arme Länder sind die besten Lehrer“. Hierbei ging es um einen bedeutenden Perspektivwechsel. Die „Entwicklungsländer sind nicht nur Nehmerländer, die Geld benötigen, sondern auch Geberländer, von denen die reichen Staaten lernen können.“ Als die Wiener Kinderärztin Marina Marcovich in den 80er Jahren darauf aufmerksam machte, dass in Kolumbien offenbar gezeigt worden war, dass Frühgeborene deutlich bessere Überlebenschancen haben, wenn sie nach der „Känguruh-Methode“, also vor allem im engen Körperkontakt mit der Mutter groß gezogen werden, hielten viele westliche Mediziner dies für irrelevant. Als Frau Marcovich dann noch anfangs, diese Methode in ihrer Klinik zu erproben und dabei gute Ergebnisse vorzeigen konnte, sprachen westliche Experten vom Verrat an der Apparatemedizin, obwohl weder die Wiener Ärztin noch die kolumbianischen Pioniere das Känguruh-Prinzip als Ersatz für die moderne Intensivmedizin propagiert hatten. Inzwischen wird diese ursprünglich aus einer Notlage in Kolumbien heraus entwickelte Methode in angepasster Weise auch in den reichen Gesellschaften eingesetzt. Wenn die Berücksichtigung des Verfahrens auch noch kostengünstig ist: Was spricht dagegen?

Auch beschreiben die Herausgeber des genannten Heftes des British Medical Journal mit gutem Grund erneut den nur auf den ersten Blick überraschenden Zusammenhang zwischen den Ausgaben für das Gesundheitswesen und der durchschnittlichen Lebenserwartung für die Bevölkerung: Ab 1.000 US-Dollar Ausgaben pro Kopf steigt die durchschnittliche Lebenserwartung nur noch geringfügig. Vorsichtiger formuliert: Irgendwo ab 2.000 US-Dollar muss man sich spätestens die Frage stellen, wofür die Riesensummen tatsächlich ausgegeben werden.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Das ist kein Plädoyer für Barfußmedizin, sondern weist auf die nach wie vor zu geringe Betrachtung hin, dass viele Gesundheitsleistungen eben nicht automatisch mehr Gesundheit produzieren. ♦

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke leitet die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen. Er ist Autor des Buches „Wie viel Medizin verträgt der Mensch?“, das im März 2005 im KomPart-Verlag erscheint (siehe nebenstehende Anzeige).

Foto: S. Stadel/online by Stock 48