

Norbert Schmacke

Innovationen in der Medizin: das magische Dreieck von Evidenz, Ressourcen und Werten

Innovations in medicine: the magical triangle of evidence, resources and values

Zusammenfassung

Die Frage, wie Innovationen in der Medizin definiert werden und wie sie in das Versorgungssystem hinein gelangen, ist Gegenstand hoch kontroverser Debatten. Innerhalb der Gesundheitswissenschaften ist zunehmend Konsens, dass für die Gestaltung eines modernen Gesundheitswesens die Nutzung der best verfügbaren Evidenz zielführend ist, dass die evidenzbasierte Medizin gleichwohl immer eingebunden ist in parallel laufende Diskurse um ökonomische Ressourcen und gesellschaftliche Wertvorstellungen. Bei der Verbesserung der Evidenzbasis haben randomisierte kontrollierte Studien eine Schlüsselstellung gewonnen. Der Stellenwert qualitativer Forschungsmethoden bei der Optimierung der medizinischen Versorgung wird demgegenüber nicht in vergleichbarer Weise akzeptiert und bleibt einstweilen deutlich unterbewertet. Angesichts der immer größeren Bedeutung chronischer Erkrankungen nimmt der Einfluss ökonomischer und ethischer Überlegungen zu. Neue Handlungsrouninen der Medizin, die geltend gemachte Innovationen auf ihren Nutzen hin überprüft wissen müssen, sollten künftig in einem Verbund von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden entwickelt werden.

Schlagworte: Effektivitäts- und Fehlerkontrolle ärztlicher Arbeit; evidenzbasier-

Abstract

There is a fundamental controversy how to define innovations in medicine and how to disseminate them into the health care system. More and more health sciences rely on looking after the best available evidence and try to integrate this scientific approach into the discourses on resources and values. Randomised controlled trials constitute the gold standard within today's evidence-based medicine. On the other hand qualitative methods are not equally accepted for optimizing strategies in health care and are undervalued. Due to the growing impact of chronic diseases economic and ethical considerations get more and more influence within the health care debate. For the shaping of new routines in medicine which can be sure about the true benefits of innovations a sophisticated combination of qualitative and quantitative research methods will turn out to be crucial.

Keywords: control of medical work regarding mistakes and ineffectiveness; evi-

te Medizin und qualitative Methoden; chronische Krankheiten und die wirtschaftlichen Probleme ihrer Behandlung; chronische Krankheiten und die ethischen Probleme ihrer Behandlung; Eminenz vs. Evidenz

dence-based medicine and qualitative methods; chronic diseases and the economic questions of their treatment; chronic diseases and the ethical questions of their treatment; eminence vs. evidence

1. Einleitung: Systemisches Denken ist gefragt

Forschung in den Handlungsfeldern der Medizin nimmt seit einigen Jahren systematischer als früher auch die Funktion der *Kritik* bezüglich der Fehlerhaftigkeit medizinischer Behandlungsmethoden und Arzneien, des professionellen Handelns der Ärzte und anderer Medizinprofessioneller und/oder auch der Organisation der medizinischen Behandlungssysteme an. Hierbei steht die Frage nach der Evidenzbasierung medizinischer Behandlungsmethoden und ganzer Diagnose- und Behandlungssysteme im Mittelpunkt der Forschungsstrategie. Von den zentralen Akteuren der medizinischen Profession werden diese Forschungen zur evidenzbasierten Medizin immer noch mit viel Skepsis oder gar ganz ablehnend betrachtet. Viele Ärzte verweisen darauf, dass es in den professionellen Berufen – und so auch in der Medizin – ja die geheiligte Tradition der Kollegialkritik gebe und diese für die Sicherstellung der Qualitätsstandards hinreiche. Im Zeitalter der Hochtechnologisierung der Medizin, der Unmengen publizierter Daten und der Explosion der entsprechenden Gesundheitskosten erweisen sich nun aber die Fehler des medizinischen Handelns, wenn sie dann doch immer wieder eintreten, als so gravierend, dass die Verfahren der professionellen Kollegialkritik, sofern sie denn überhaupt jemals zufriedenstellend funktioniert haben sollten, definitiv als unzulänglich betrachtet werden müssen. Dabei ist der paradoxe Umstand zu beachten, dass die Hochtechnologie der medizinischen Profession zwar faszinierende neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet (und dabei in bestimmten Feldern ohne Frage die Sicherheitsstandards gegenüber früher deutlich erhöht), zugleich aber auch die Patienten und Akteure in zunächst unerforschte neue Fehlerrisiken verstrickt, die von der Institution der professionellen Kollegialkritik gerade nicht mehr intern – d.h. *innerhalb* der Sinnwelt und Diskursarenen der medizinischen Profession – erfasst, eingeschätzt und kritisiert werden können, da die neuen Fehlerrisiken den Handlungsfeldern der Medizin durch fremde (ihrer Sinnwelt zunächst äußerliche) Entfaltungsdynamiken der Technologieforschung und -entwicklung zugeführt werden.

Die Institution der Kollegialkritik muss deshalb in der modernen Hochtechnologie-Medizin systematisch durch kritische Forschungen zu den Wirksamkeitschancen und den Fehlerpotentialen einzelner Behandlungsmethoden und -substanzen ergänzt werden. Dem trägt auch das Bundessozialgesetzbuch V, das den Leistungsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung definiert, Rechnung. Neue Therapien, d.h. Behandlungsmethoden, Arzneimittel und technische Instrumente, müssen, bevor sie von den gesetzlichen Krankenkassen in den Anspruchskatalog übernommen werden, in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft worden sein. Bezüglich der Methoden der wissenschaftlichen Überprü-

fung stehen dabei quantitative Verfahren – vor allem der kontrollierte Vergleich von in Rede stehender Innovation gegenüber Placebo oder dem „State of the Art“ in randomisierten, doppelblinden Studien im Vordergrund. Der Einsatz dieser Forschungsstrategie mit ihrem das faktische Eintreten bzw. Nicht-Eintreten von diagnostischem oder therapeutischem Fortschritt überprüfenden Methodenbündel ist aber auf Grund des hohen Aufwandes keineswegs ausreichend präsent, noch ist er immer praktikabel. Zur Einschätzung der sozialen Realisierungsaspekte der Wirksamkeit bestimmter technologisch basierter Therapien wie zur Ermittlung relevanter Forschungshypothesen kommt die quantitativ ausgelegte Forschung ohne qualitative Studien schlechterdings nicht aus. Hier kommen Fragen der Lebensstilistik, der Umsicht des Umgangs mit prekären Problemzonen des Körpers und des intellektuellen Verständnisses von Hochtechnologie bei den betroffenen Patienten zum Zuge, die sehr viel aspektreicher und genauer mit Mitteln der qualitativen Sozialforschung als mit denen der quantitativen Forschung untersucht werden können. Allerdings ist das reichhaltige Repertoire der qualitativen Sozialforschung noch nicht hinreichend systematisch auf solche Überprüfungs- und Evaluationsfragen hin ausgerichtet, in pragmatische Forschungsstrategien überführt und entsprechend routiniert worden, auch wenn erste hoffnungsvolle Ansätze in diese Richtung zu verzeichnen sind.

Der folgende Aufsatz macht sich mithin nicht die übliche, wechselseitig feindliche Frontstellung zwischen Betrachtungsweisen der quantitativen und der qualitativen Sozialforschung zu eigen. Statt dessen wird davon ausgegangen, dass quantitative und qualitative Ansätze der auf medizinische Behandlungsverfahren ausgerichteten Wirksamkeits- und Fehlerforschung in einem Boot sitzen, wenn es um die Überwindung der Seeblockade der mächtigen medizinischen Profession geht, Patrouillenboote der kritischen Kontrolle des medizinischen Handelns nicht durchzulassen. Diese Seeblockade gegen jedwede Form von kritischer Außenkontrolle des innermedizinisch-professionellen Handelns wird insbesondere durch die anerkannten Größen der medizinischen Profession gewährleistet, die unter Absehung von neuartigen technologischen Risikolagen in den medizinischen Behandlungsfeldern sich auf ihre kumulierte Erfahrung und ihren hierbei gewonnenen umfassenden Überblick berufen. Insbesondere in Deutschland ist die Machtstellung der medizinischen Koryphäen und Leitungspersönlichkeiten immer noch so stark, dass im Zweifelsfall Eminenz vor Evidenz geht. Zwar bleibt die Berufung auf klinische Erfahrung auch heute eine honorige und umsichtige Haltung – dies nämlich immer dann, wenn die Komplexität der singulären Fallgestaltung des Krankheitsverlaufs eines konkreten Patienten bedacht werden muss. Aber es ist noch weitaus zwingender, sich zunächst einmal damit zu befassen, was *unabhängige*, gezielte und systematische Evaluationsforschungen über die Wirksamkeit, Anwendungsverträglichkeit und Alltagspraktikabilität der in Frage kommenden Behandlungsmethoden, -substanzen und -instrumente aussagen. Und hierbei wird auf die Dauer eine kluge *Kombination* quantitativer und qualitativer Evaluationsmethoden als besonders wünschenswert angesehen werden.

Möglicherweise wird die *kombinierte* Anwendung von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden bei der Aufgabe der Überprüfung der Wirksamkeit und der Fehlerpotentiale medizinischer Therapien dann nach und nach auch die in den Sozialwissenschaften generell vorherrschende Frontstellung zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden aufweichen. Um z.B. die Wirksamkeit der Insulinpumpe bei Typ-1-Diabetikern einschätzen zu

können, sind zwar quantitative Erhebungen zur differenziellen Wirksamkeit unabdingbar. Was aber die Ursachen dafür sind, dass manche Patienten mit der Insulinpumpe nicht zurechtkommen, das muss der Tendenz nach eher qualitativ untersucht werden. Und die Vorstellungen der Ärzte über solche patienten-seitigen Ursachen sind leider in aller Regel äußerst stereotyp – indem z.B. vereinfachende Typologien wie die Gegenstanordnung vom uneinsichtigen Patienten, der von der Insulinpumpe überfordert sei, und vom intelligenten Patienten, der die Insulinpumpe mit aller Umsicht, Einsicht und Sensibilität anwenden und im Auge behalten könne, herangezogen werden.

Mit der Einführung der Überprüfungsverfahren der *evidence based medicine* – dies auch zunehmend durch zwingende institutionelle Regelungen erheischt – entsteht ein enorm wichtiges Anwendungsfeld der Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Profession und den Sozialwissenschaften, das von höchster gesundheitspolitischer und sozialökonomischer Relevanz ist und den Sozialwissenschaften neue Chancen professionellen Handelns eröffnet. Im Rahmen dieser neuartigen Kooperationserfordernisse zwischen Medizin und Sozialwissenschaften wird es auch zu einer neuartigen Qualität der Kooperation zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung kommen müssen – zu einer Kooperationsqualität, deren kommunikative Grundstruktur die der empirisch fokussierten und umsichtig abschätzenden argumentativen Kritik ist.

2. Innovation und Fortschritt der Medizin: zur Mächtigkeit von Begriffen

Die Frage, wie wissenschaftlich-technische Innovationen in das System der medizinischen Versorgung gelangen, wird zwangsläufig und epochenüberdauernd kontrovers und interessengebunden diskutiert. Dies ist leicht verständlich und per se kein Skandal. Aktuell wird in diesem Zusammenhang besonders intensiv auf die wirtschaftliche Dimension des Themas hingewiesen: erstens erschwere die schwieriger gewordene wirtschaftliche Lage der Sozialversicherungen eine genügend rasche Einführung von Innovationen und zweitens behinderten zu hohe Ansprüche an den Nutznachweis neuer medizinischer Verfahren die weitere Entfaltung eines der wenigen noch expandierenden Wirtschaftssektoren in unserer Gesellschaft. Dabei gerät immer wieder aus dem Blickfeld, dass die Weiterentwicklung moderner Gesundheitssysteme unausweichlich einem Kräftespiel unterliegt, das gekennzeichnet ist durch die Suche nach der best verfügbaren Evidenz¹, durch das Verhandeln des Themas „Ressourcen“² für die medizinische Versorgung“ und schließlich durch den Einfluss vorherrschender Wertvorstellungen³ in der Gesellschaft. Diese Dimensionen bilden ein geradezu magisches Dreieck, das jeder Erörterung bedeutsamer Entwicklungen hinterlegt ist, ob die Akteure sich dessen bewusst sind oder nicht, ob diese Zusammenhänge offen diskutiert werden oder ob sie verdeckt bleiben. Angesichts der Tatsache, dass bei der Erwähnung des Begriffs „Innovation“ im Kontext der Diskurse über medizinische Versorgung nun aber fast schon eine Garantieerklärung für Fortschritt mitschwingt, ist die Erinnerung an dieses Kräftespiel mehr als eine akademische Übung. Eine systemische Betrachtung ist unumgänglich, wenn der

gesellschaftliche Aushandlungsprozess, für den das magische Dreieck steht, so transparent und angemessen wie möglich ablaufen soll.

Dass die rechten Begriffe zur rechten Zeit starken Einfluss auf gesellschaftliche Prozesse nehmen, darf getrost unterstellt werden. In der Diskussion um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ist der Begriff des medizinischen Fortschritts ein solcher Begriff, der Macht über die von ihm ausgelösten Assoziationen ausübt. Wer Fortschritt für sich reklamieren kann, hat die Sehnsüchte nach einem besseren, gesünderen Leben schon auf seiner Seite. Und Innovation (vgl. ausführlicher: Schmacke 2000a) im Gesundheitswesen ist eines der Synonyme für derart verstandenen Fortschritt. Wer umgekehrt „Neuerungen“ der medizinischen Forschung mit Skeptizismus betrachtet (und dies ist die Mission von evidenzbasierter Medizin), der hat schon einmal einen schweren Start, weil er leicht als Bremser der Nutzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse bezeichnet werden kann. Aber nichts anderes als eine skeptische Grundhaltung gegenüber jedem reklamierten Fortschritt kann dazu verhelfen, die Spreu vom Weizen zu trennen und einerseits so frühzeitig wie möglich vermeidbaren Schaden von der Bevölkerung abzuwenden und andererseits jedem bedeutsamen zusätzlichen Nutzen so rasch wie möglich zum breiten Einsatz in der Versorgung zu verhelfen.

Zu Beginn dieser Betrachtung ist es ratsam, zurückzublicken. Die Geschichte der Medizin ist voller Beispiele für die Enttäuschung illusionärer Erwartungen. Es ist beachtlich, wie häufig scheinbar plausible Therapieverfahren entzaubert worden sind: hierfür stehen der Jahrhunderte währende unkritische Einsatz des Aderlasses als Allheilmittel für alle erdenklichen Erkrankungen oder auch die endlosen Abführprozeduren zur vermeintlichen Reinigung von schädigenden Substanzen. Es möge nicht als Denunziation sondern als Appell an die Wachsamkeit verstanden werden: Stets haben die angesehensten Vertreter der medizinischen Fachdisziplinen wissenschaftlich nicht hinterlegte Strömungen mit getragen, und der Weg von der Kritik der Skeptiker zu ihrem Ausschluss aus der Scientific Community war gelegentlich kurz. Noch mehr stehen hierfür ausgesprochen schreckliche Kapitel der Medizin, etwa aus der Hirnchirurgie: Man muss nur an die massenhafte Cingulotomie – die chirurgische Abtrennung des Frontalhirns – zur angeblichen Behandlung der Schizophrenie erinnern⁴.

Umgekehrt ist die Geschichte der Medizin voller Beispiele für die unnötige Verschleppung der Einführung echter Innovationen. Hierfür steht die Beachtung elementarer hygienischer Maßnahmen wie der Asepsis. Der Gynäkologe Semmelweis⁵ wurde zu seinen Lebzeiten von den medizinischen Autoritäten für seine Theorie geächtet, dass fehlende Hygiene von Geburtshelfern für die hohen Sterblichkeitsraten von Frauen im Kindbett verantwortlich seien. Die visionäre Verhaltensempfehlung von Semmelweis ist heute ebenso Kernbotschaft der Hygiene für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsfachberufe wie sie nach wie vor – vor allem von Ärzten – in der Alltagsroutine sträflich vernachlässigt wird (vgl. Handwashing Liaison Group 1999).

Ein aktuelles Beispiel für das Zerplatzen einer Fortschrittsutopie ist die Hormonersatztherapie. Vielen Generationen von Ärztinnen und Ärzten wurde vermittelt (und sie gaben diese Botschaft aus Überzeugung an ihre Patientinnen weiter), dass das physiologische Nachlassen der körpereigenen Östrogenproduktion nach der Menopause Krankheitswert besitze und – ganz ähnlich dem Insulinmangel des jugendlichen Diabetikers – durch die Gabe von Hormonen ersetzt werden müsse. Auf diese Weise sollten vor allem Herzinfarkte vermieden und

die Jugendlichkeit erhalten werden können: bis durch große Studien mit kontrolliertem Vergleich Schritt für Schritt gezeigt werden konnte, dass es sich dabei nicht nur um illusionäre Therapieziele handelte, sondern dass in der Gesamtbilanz Frauen nach mehrjähriger Einnahme weiblicher Hormone vielmehr ihre Gesundheit unnötig aufs Spiel setzten (vgl. Koch 2002; Schmacke 2002b, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Die Gewinnung und die Verwendung der jeweils best verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz erhalten deshalb den Charakter einer notwendigen gesellschaftlichen Regulation zur Verbesserung der Sicherheit für Patientinnen und Patienten.

3. Das Sozialgesetzbuch V hat eine neue Ära eingeleitet

Die Forderung nach einer gemeinsamen Betrachtung von Evidenz, Ressourcen und Werten ist zielführend, auch wenn man – wie der Autor – der Meinung ist, dass im deutschen Gesundheitswesen vor allem die Evidenzbasierung für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren unterentwickelt ist und Deutschland traditionell immer noch sehr stark dem Eminenz- statt dem Evidenzgürtel der medizinischen Welt zuzurechnen ist. Gerade weil der Gesetzgeber die Verwendung der best verfügbaren Evidenz inzwischen zur Voraussetzung der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gemacht hat, erscheint es erforderlich, an die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen der Gewinnung und Bewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse, den ökonomischen Implikationen von Medizin und dem Einfluss von Wertevorstellungen zu erinnern.

Nur die Leichtigkeit, mit der in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität etwa von den 1960er bis weit in die 1980er Jahre hinein für die gesetzliche Krankenversicherung Mittel bereit gestellt wurden, konnte darüber hinwegtäuschen, dass der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an erforderlichen medizinischen Dienstleistungen und den dafür bereit zu stellenden Mitteln überhaupt nicht einfach zu ermitteln ist; die Sehnsucht nach einer „objektiven“ Bedarfsermittlung ist weit verbreitet, aber Wissenschaftler sind sich weitgehend einig, dass es für die medizinische Versorgung nicht möglich sein wird, einen objektiven Bedarf zu definieren. Dass schon lange im Sozialgesetzbuch V der äußerst komplexe Zusammenhang zwischen medizinischem Bedarf und Angebot an Dienstleistungen mit den Begriffen „Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“⁶ abgebildet worden ist, hat bis vor kurzem wenig Einfluss auf die öffentlichen Debatten gehabt und erschien wohl auch vielen Akteuren im Gesundheitswesen tragischerweise eher als schwer verständliches oder gar lästiges Regelwerk staatlicher Bürokratie. Auch das Begriffspaar „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ hat daran bis heute nicht wirklich etwas ändern können. Am ehesten wird die Steigerung der Qualität von den meisten Medizinern als glatter Widerspruch zum Gebot der Wirtschaftlichkeit gesehen, zumal Qualitätssicherung ja – nach weit verbreiteter Auffassung – doch auch wieder mehr Geld kostet. Dass mit den Regelungen des Sozialgesetzbuchs V für die gesetzliche Krankenversicherung – wenn auch begrifflich mit hohem Abstraktionsniveau – Kernelemente für

eine zukunftsbeste Steuerung der Versorgung festgeschrieben worden sind, diese These soll nach der folgenden Darstellung der Eckpunkte des magischen Dreiecks noch einmal aufgegriffen werden.

3.1 Evidenz

Die Beachtung international konsentierter Anforderungsniveaus für wissenschaftliche Studien als der wichtigsten primären Evidenzquelle sollte heutzutage der Beginn der Debatte um das Thema der best verfügbaren Evidenz sein. Wo mit schlechten Studiendesigns geforscht wird, wird im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin auf die Macht von Expertenmeinungen zurückverwiesen. Im Grunde aber stellen heute bereits die Tradition der Eminenzbasierung und das Appellieren an Erfahrung und Plausibilität von Ärzten eine defensive Position dar. Zwar mögen analytische Verfahren zur Beantwortung der einzelnen klinischen Fragestellungen nicht hinreichend sein – notwendig zur Versorgung von Ärzten und Patienten in einem Gesundheitssystem mit verlässlichen Koordinaten sind sie allemal. Im klinischen Alltag haben es dabei sowohl die strengen Studiendesigns kontrollierter Vergleiche als auch Ansätze der qualitativen Sozialforschung einschließlich der objektiven Hermeneutik⁷ schwer. Ersten wird gern vorgehalten, der einzelne Patient mit seinen ganz individuellen Problemen könne ja in randomisierten Studien gar nicht berücksichtigt worden sein; den zweiten wird – soweit diese Methode Medizinern überhaupt bekannt ist – dann erstaunlicherweise das „wissenschaftliche“ Argument entgegengehalten, dass die Interpretation von Transkripten oder Videoaufzeichnungen ja niemals repräsentativ für große Patientenkollektive sein könne. Man muss festhalten, dass Methodenlehre und Methodenkompetenz im Rahmen der Medizinerausbildung bis heute wenig Raum hat. Und so bleiben sowohl Wahrscheinlichkeitstheorie wie qualitative Sozialforschung häufig unverstanden. Die humorvolle englische Formulierung „Good old boys sat around a table“⁸ bringt demgegenüber sehr präzise die veraltete Konsensvorstellung auf den Punkt, mit der sich ein hochkomplexes Gesundheitswesen nun heutzutage schlechterdings nicht mehr steuern lässt – selbst wenn eine benevolente Grundhaltung aller Akteure und nicht ausschließlich monetäre Interessen der Wortführer einmal unterstellt werden.

Zunehmend konsentrierte Standards für die Methodenbewertung von Screening-, Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sind ein guter Beleg dafür, dass es sich bei der evidenzbasierten Medizin nicht um ein modisches Verfahren nach dem Motto „Alter Wein in neuen Schläuchen“ handelt (vgl. Schmacke 2002a), sondern um ein neues Paradigma, dessen breite Akzeptanz vor allem damit zu kämpfen hat, dass es zutiefst respektlos ist, da es keine qua Autoritätsstatus vorgegebene Überlegenheit anerkennt. Wenn man einmal akzeptiert hat, dass es ohne methodisch hochwertige Studien und Bewertungsstandards eine Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung nicht geben sollte, dann bleibt am Ende für die Frage nach der Zukunftsfähigkeit der evidenzbasierten Medizin „nur noch“ das kritische Nachdenken darüber, wie die Bewertung einzelner medizinischer Methoden besser als bisher in die Entwicklung von Versorgungskonzepten eingebunden werden kann – denn natürlich ist Medizin immer mehr als die Summe einzelner Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Vergleichende Methodenbewertung könnte ein Stichwort sein, weiter gedacht

auch die vergleichende Evaluation ganzer Behandlungsstrategien. Für den so gedachten englischen Begriff „Evidence based Health Care“ (Muir Gray 1997) gibt es bislang keine tragfähige deutsche Übersetzung – der Autor des so betitelten und wegweisenden Buches wies auf das in diesem Beitrag thematisierte Dreieck von Werten, Ressourcen und Evidenz hin.

Qualitative Forschungsansätze haben ihren Platz in der evidenzbasierten Medizin in doppelter Weise: Sie generieren Evidenz im Sinne eines besseren Verstehens von Interaktionen und sie können Erkenntnisse darüber gewinnen, welchen Impact die quantitative Forschung in der Praxis hat. So wird beispielsweise innerhalb der Debatte um das Qualitätsmanagement (im Überblick: Lauterbach/Schrapppe 2001) im Krankenhaus heute diskutiert, dass der größte patientenseitige Nutzen vermutlich dadurch erzielt werden kann, dass sich das Krankenhaus als lernendes System begreift und sich den Ansatz der Fehlerfreundlichkeit, der vor allem in der Luftfahrt mit großem Erfolg zur Routine wurde, zu eigen macht. Bei der Implementation dieses Konzeptes ist qualitative Forschung und Begleitevaluation schlechterdings unverzichtbar, ohne dass dadurch die Verständigung über das Festlegen quantitativer Erfolgsparameter an Bedeutung verlöre. Innerhalb der Implementationsforschung gewinnt der Prozess der Verständnissicherung von evidenzbasierten Patienteninformationen an Bedeutung – dieser Prozess kann gemeinsam mit der schrittweisen Weiterentwicklung aussagekräftiger Qualitätsindikatoren nach Einschätzung des Autors der zweite Megatrend in der Qualitätsdebatte innerhalb des Gesundheitssystems werden. Das aktuellste Beispiel hierfür ist die Debatte um die so genannte Hormonersatztherapie, ein Paradigma, das im Lichte hochwertiger kontrollierter Studien in den letzten drei Jahren in sich zusammengebrochen ist⁹. Sämtliche Versprechungen der medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die langfristige Einnahme von weiblichen Hormonen nach Eintritt des Klimakteriums könne durch „Substitution“ der körpereigenen Hormone Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenz vermeiden und generell den Alterungsprozess aufhalten, haben sich als nicht haltbar erwiesen, weil das genaue Gegenteil zutrifft und die Nutzen-Schaden-Bilanz sehr ungünstig ausfällt. Durch derartige Versprechungen wurde nun aber in den letzten drei Jahrzehnten die gesamte Lebensphase nach Beginn der Wechseljahre vollständig pathologisiert. Wenigstens das letzte Lebensdrittel von Frauen wurde Gegenstand fortwährender medizinischer Beratung, Untersuchung und Behandlung unter dem plausiblen wie nicht belegten Postulat des Erfordernisses langfristiger Hormonsubstitution. Das Ende dieses Paradigmas bedeutet mit anderen Worten einen tiefen Einschnitt in langfristig eingeübte Routinen der Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Patientinnen. Es steht somit außer Frage, dass die neue Evidenzlage nicht allein durch Verkünden von Studienergebnissen in die Praxis gelangen wird. Die Hypothese ist vielmehr, dass ein schwieriger Verständigungsprozess über Präventions- und Behandlungsversprechen ansteht, der vitale Fragen der Sicherheit oder Verunsicherung in der therapeutischen Beziehung ebenso beinhaltet wie die Reflexion des gewissermaßen zuvor pharmakologisch gewandelten Bildes von Menopause und Altwerden. Den eingeleiteten Wandel besser zu verstehen und an der Entwicklung tragfähiger Alternativen teilzunehmen ist nun eine klassische Aufgabe qualitativer Forschungsansätze. Die Frage der so genannten Hormonersatztherapie steht stellvertretend für die Wechselbeziehung zwischen Versprechungen der Medizin und Erwartungen der Patientinnen und Patienten.

Angesichts der Mühen, einer in den Daten gegründeten Diskussion um evidenzbasierte Medizin kulturell zu mehr Akzeptanz zu verhelfen, muss erst einmal die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Aufbau einschlägiger Kompetenz (hierzu gehören die medizinische Statistik, klinische Epidemiologie, sicher auch fundierte Kenntnis der empirischen Sozialforschung – und zwar sowohl ihrer quantitativen wie der qualitativen Methoden) und vor allem deren Integration in die Alltagsabläufe von Forschung, Lehre und Versorgung dringend forciert werden muss. Geschieht dies nicht im nächsten Jahrzehnt im Sinne eines breit getragenen Förderschwerpunktes der Forschung, so die These, gerät Deutschland innerhalb des internationalen Diskurses um evidenzbasierte Medizin und Krankenversorgung noch stärker ins Hintertreffen, als dies heute schon der Fall ist. Und dies würde in einem schrittweise globalisierten Gesundheitsmarkt dann zu einem tatsächlich schmerzhaften Standortnachteil für das Gesundheitssystem und die Gesundheitswirtschaft, was von vielen Lobbyisten, die ihre Bilanzen nur bis ins nächste Jahr denken können, völlig verkannt wird. Symptomatisch für diese noch zu verzeichnende Fehlentwicklung ist auch die Zuordnung der Ressourcen für evidenzbasierte Medizin und Health Technology Assessment auf der Ebene der Bundesausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung im Haushalt der gesetzlichen Krankenversicherung zu den „Verwaltungskosten“. Auch die staatlichen Investitionen in wissenschaftlich gestützte Bewertungsstrategien sind einstweilen noch als ausgesprochen verhalten zu bezeichnen.

3.2 Ressourcen

Die These, dass die Weiterentwicklung der Medizin von den vorhandenen wirtschaftlichen Ressourcen abhängt, wird zunächst einmal auf breite Zustimmung stoßen, so trivial wirkt dieser Satz auf den ersten Blick. Wie medizinische Innovationen sich in einer Gesellschaft unter dem Ressourcen-Aspekt entwickeln, ist aber ungleich komplizierter als dies zunächst erscheinen mag. Erst einmal ist sicher unstrittig, dass die Höhe des allgemeinen gesellschaftlichen Reichtums darüber entscheidet, wie viele Mittel eine Gesellschaft überhaupt in den Bereich Gesundheit investieren kann. Hier nimmt Deutschland nach wie vor einen Spitzenplatz im internationalen Vergleich ein. Wer dies nicht sieht, wird bei der Bewertung der Defizite in der medizinischen Versorgung zu voreiligen Schlüssen kommen: im Zweifelsfall wird nur die Forderung nach „mehr Geld ins System“ übrig bleiben, ohne dies an Qualitäts- und Effizienzvoraussetzung zu binden.

Wesentlich schwerer ist die Frage zu beantworten, welchen Stellenwert die Wirtschaftsentwicklung selber, Bildung und soziale Sicherung, generalpräventive Maßnahmen, medizinische Prävention, Kuration und Rehabilitation jeweils für Lebenserwartung und Lebensqualität haben. Krankmachende wie gesundheitsfördernde Funktion kommt nämlich gleichermaßen allen genannten gesundheitsbezogenen Ansätzen zu, nicht zuletzt auch der Medizin selber, die sowohl Leben retten wie durch unerwünschte Wirkungen wie unsachgemäßen Einsatz vermeidbare Erkrankungen und Tod herbeiführen kann (vgl. Schmacke 2002d; Kohn/Corrigan/Donaldson 2000). Deshalb hilft die schlichte Forderung nach Vergrößerung der Budgets für eine differenzierte Betrachtung der Anforderungen an ein modernes Gesundheitssystem nicht weiter, sondern lenkt von den enorm schwierigen Problemen einer nachhaltig angemessenen Ressourcenallokation ab.

Von großer Bedeutung für eine qualitätsgesicherte Versorgung ist unbeschadet derartiger Überlegungen ohne Frage das Ringen um eine verlässliche Finanzierungsbasis für die gesundheitlichen Dienstleistungen im engeren Sinne. Es mag hier der Hinweis genügen, dass all diejenigen, die für einen grundlegenden Wechsel in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten, weil sich Änderungen der Alterspyramide und der Erwerbsgesellschaft bezüglich der Einnahmeseite fortwährend ungünstig auswirken, mit dem Vorbringen von Gegenentwürfen eine enorme Verantwortung übernehmen. Stabile und problemangemessene Alternativmodelle liegen nicht auf Halde und das jetzige Finanzierungssystem sollte nicht leichtfertig als überholt bezeichnet werden. So kann sich vor allem das Setzen auf (notwendigerweise massive) ergänzende Leistungen aus dem Haushalt des Bundes zur Sicherstellung des immer erforderlichen sozialen Ausgleichs als ein höchst problematischer und entsolidarisierender Eingriff in das Gefüge der bis dato ausbalancierten Finanzierungsgrundlagen erweisen.

Es sollte als Realität akzeptiert werden, dass sowohl die generellen Rahmenbedingungen für Gesundheit wie auch spezifisch die sozialen Sicherungssysteme – gleich welcher Finanzierungsstrukturen – eng an die Wirtschaftslage gekoppelt sind. Dieser Zusammenhang ist nicht beliebig außer Kraft zu setzen, aber alles in allem hat die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland die bisherigen Wirtschaftszyklen ausgesprochen stabil überstanden. Dass die Einnahmeseite der Krankenkassen durch die Massenerwerbslosigkeit auf Dauer prekär wird, ist der deutlichste Ausdruck des geschilderten Zusammenhanges; und ein grundsätzlicher „Systemwechsel“ in Richtung vorrangiger Steuerfinanzierung kann diesen natürlich auch nicht außer Kraft setzen, es sei denn, man stellt sich den Steuerzahler als eine endlos belastbare Gelddruckmaschine vor. Die Leistungen des Gesundheitswesens stark von Steuerfinanzierung abhängig zu machen, wäre angesichts der tagespolitischen Anfälligkeit der Verteilung von Steuern ein mindestens so großes Risiko wie die momentan intensiv erlebte Abhängigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von der Konjunkturlage.

Noch grundsätzlicher und für viele Menschen irritierender ist die Einschätzung, dass Gesundheitssysteme immer, so unterschiedlichen Philosophien sie auch gehorchen mögen, mit ausgewiesener oder klandestiner Budgetierung arbeiten (vgl. Schmacke/Lauterbach 2000). Tagespolitische Losungen wie „die Budgets müssen weg“ bedeuten insoweit im günstigsten Fall nichts anderes als ein Wunschdenken bedienendes „den Kopf in den Sand stecken“, da die Adressaten dieser Losung in der Illusion gewiegt werden, es gebe einen unzweideutig definierbaren Bedarf an medizinischen Dienstleistungen, und als sei es kein Problem, die jeweiligen Einkommens- bzw. Gewinnerwartungen der Gesundheitsfachberufe und der Gesundheitsindustrie entlang eines streng an Bedarfen der Patienten orientierten Algorithmus‘ zu bedienen. Bei dem jüngst wieder beschworenen „Bündnis für Gesundheit“ ist unverkennbar, wer den Ton angibt und die Ressourcen beansprucht; es sind sicher nicht die Pflegekräfte oder die Logopäden, die von der Ärzteschaft bei öffentlichen Protestaktionen gern mit aufs Podium genommen werden (vgl. Schmacke 2002c).

Vor illusionären Einschätzungen in der Ressourcenfrage muss auch deshalb gewarnt werden, weil der harte Kampf der gesellschaftlichen wie medizinischen Sektoren um Steuer- und Beitragsmittel niemals „endgültig“ zugunsten rationaler und konsentierter Entscheidungen beizulegen sein wird. Hier muss noch einmal daran erinnert werden, dass der Sektor der kurativen Medizin bis dato

nahezu monopolistische Ansprüche in Sachen Gesundheitssicherung der Bevölkerung stellt, ohne sich mit den Grenzen der eigenen diagnostisch-therapeutischen Bemühungen ernsthaft auseinander zu setzen¹⁰. Und bezogen auf das medizinische Versorgungssystem im engeren Sinne muss festgestellt werden, dass rational wirklich nicht erklärbar ist, warum die wiederholt beschworene und als kontraproduktiv entlarvte Abschottung der Versorgungssektoren immer noch nicht die erforderliche öffentliche Problematisierung erfährt. Beispielsweise arbeiten Krankenhäuser und Vertragsärzte nur im glücklichen Ausnahmefall systematisch zusammen und Rehabilitation ist häufig nicht integraler Bestandteil eines Behandlungskonzeptes, sondern führt ein Eigenleben mit starken akutmedizinischen statt sozial rehabilitativen Komponenten. Das Schnecken-tempo der Reformen ist offenbar eine feste Größe des Systems, die ins Kalkül genommen werden muss, wenn man über Chancen und Grenzen der Innovationsfähigkeit der Medizin ernsthaft nachdenken will. Man muss sich nur einmal vor Augen halten, dass es bis heute nicht wirklich gelingen will, Patienten vor Entlassung aus der stationären Behandlung einen verlässlichen, das heißt zwischen den Versorgungsebenen abgestimmten Betreuungsplan an die Hand zu geben.

Erst wenn es gelänge, die Medikalisierung der Gesundheitsdebatte¹¹, die mangelnde Kultur in Sachen fachlich begründeter Indikationsstellung innerhalb der Medizin¹² und das Festhalten an unangemessenen Barrieren zwischen den Versorgungssektoren (ambulante Versorgung, Krankenhäuser, Rehabilitation) als Thema der ausstehenden Reformen von Aus-, Fort- und Weiterbildung und als Thema verpasster Reformchancen auf Dauer auf einen Spitzenplatz der politischen Tagesordnung zu bringen: erst dann würde der Blick auf Reserven auf der Ausgabenseite der Krankenversicherung deutlich. Und selbst wenn diese provozierende Einschätzung nicht geteilt wird, weil die Bedeutung vorhandener Unterversorgungsfelder (z.B. Defizite im psychosozialen Bereich) hoch veranschlagt wird: Solange behauptet wird, sämtliche Rationalisierungsreserven im Gesundheitsbereich seien bereits ausgeschöpft, solange befindet sich die gesundheitspolitische Debatte in einer Sackgasse. Man müsste denjenigen, die behaupten, das Gesundheitswesen sei heute bereits zu einer „Magerkur“ verurteilt, am Ende aus wissenschaftlicher Sicht noch sagen, dass es leider kaum möglich ist, die These zu verifizieren oder zu falsifizieren, dass alle denkbaren Potenziale zur Optimierung der Versorgung bereits gehoben seien. Tatsache ist, dass es bis heute faktisch kaum möglich ist, den Alltag der Versorgung tatsächlich durch Gewinnung von Primärdaten (dazu würde natürlich auch teilnehmende Beobachtung, vor allem aber die Möglichkeit von Längsschnittstudien von Versorgungsverläufen gehören) zu beforschen. Weder ist es beispielsweise möglich, die Qualität der Versorgung sektorenübergreifend zu ermitteln, noch ist es möglich, die Effizienz der Versorgung im Rahmen von gesundheitsökonomischen Studien ernsthaft zu prüfen, weil die Kosten der ambulanten und der stationären Versorgung hierfür nicht verwertbar zusammengeführt werden können. Man muss von einer schützenden bis gewollten Intransparenz des Leistungsgeschehens sprechen.

Möglichkeiten einer effizienteren Verwendung der eingesetzten Ressourcen gibt es in jedem Gesundheitssystem. Deshalb ist das Heben dieser Reserven aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein ethisches Gebot. So steht ein Einstieg in eine systematische Gegenüberstellung von additiver versus substitutiver Nutzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (vgl. Egger/Hoberg/Schmacke 2001) bis heute aus. Echte Innovationen führen selten zum völligen Ersetzen bisheriger Verfah-

ren, diese werden vielmehr häufig über unnötig lange Wegstrecken weiter gepflegt, was sich im Bereich bildgebender Verfahren ebenso gut zeigen ließe wie bei der Nutzung von Arzneimitteln. Ein weiteres kaum beforschtes Feld stellt die „Ut Aliquid Fiat“ – Medizin¹³ dar, bei der Diagnostik und Therapie rein symbolische Funktion ausüben, weil Wirksamkeitsnachweise weder vorliegen noch zu erwarten sind: So wird die Zeit bis zur anzunehmenden Spontanheilung überbrückt, oder es werden technisch-apparative Verfahren ohne berechnete Erwartung auf Wirksamkeit eingesetzt, anstatt Patienten über einen nicht beeinflussbaren Spontanverlauf aufzuklären oder in schwierigen therapeutischen Situationen über Grenzen der Medizin und den Vorrang verlässlicher Unterstützungskonzepte zu sprechen.

Warum es nicht allgemein akzeptierte Aufgabe gerade der Ärzteschaft ist, die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter dem Aspekt der ressourcenschonenden Indikationsstellung zu betrachten, ist vermutlich nicht allein berufspolitischen oder ökonomischen Partialinteressen geschuldet. Vielmehr ist dies auch ein im Kern ungelöstes Problem der Ausbildung von Medizinern und von traditionellen Handlungsmustern der Arztprofession. Wenn beispielsweise über die Neueinführung der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – ein hoch aufwändiges nuklearmedizinisches bildgebendes Verfahren – in die Routinediagnostik befunden wird, dann ist es eben in der Ärzteschaft bis heute nicht breit akzeptiert, dass (wie es alle internationalen Regelwerke zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren vorsehen) der zusätzliche Nutzen dieses neuen Verfahrens indikationsbezogen gegenüber bisherigen bildgebenden Verfahren zu belegen ist¹⁴. Und man kann unschwer vorher sagen, dass auch im Falle einer streng begrenzten Einführung der PET etwa in Teilbereichen der Onkologie wieder eine schleichende Indikationsausweitung stattfinden wird: sei es wegen tiefen Zweifels an der fachlichen Begründung der Zulassungsbedingungen, sei es einfach wegen der Faszination durch die schönen bunten Bilder, die mit der PET erzeugt werden können. Vor allem aber entspricht ein additiver und damit undisziplinierter Einsatz bildgebender Verfahren einem tiefsitzenden Verhaltensmuster in der Medizin: Erst einmal will man sehen, dann will man weitersehen. Hier gehorcht der Alltag der Medizin eigenen Gesetzen, die einem umsichtigen Umgang mit Ressourcen entgegenwirken.

„Willingness to pay“ ist schließlich eine wichtige Kategorie bei der Frage, wie viele Ressourcen dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Dabei wird „willingness to pay“ ganz überwiegend schlicht als Bereitschaft von Bürgern resp. Patienten gesehen, aus der privaten Tasche Leistungen ganz oder teilweise zu bezahlen. Zweitens wird dies auch thematisiert als Toleranz des einzelnen Versicherten oder Bürgers gegenüber der Höhe von Krankenkassenbeiträgen oder dem Einsatz von Steuermitteln für gesundheitliche Dienstleistungen. Übermächtig ist momentan der Einfluss neoliberaler Strömungen in Politik und Wirtschaft, wonach die Frage der Höhe des Beitragsaufkommens unter dem Topos „Lohnnebenkosten“ diskutiert wird. Die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes lässt sich zwar sehr bezweifeln (vgl. Braun/Kühn/Reiners 1993), da die Lohnstückkosten in Deutschland keineswegs aus dem internationalen Vergleich besorgniserregend herausfallen, aber es gibt einen zunehmenden Konsens in der Politik, dass die Arbeitgeber vor weiteren Leistungen für die Krankenversicherung verschont werden müssen. Dies ist – wohlbemerkt völlig unabhängig von der Frage, ob man die Höhe des Beitragssatzes im Sinne eines Kosten-Nutzen-Verhältnisses für angemessen hält und/oder ob man Kompensationslösungen für

den Beitragssatzausfall durch die Massenerwerbslosigkeit für nötig hält – eine feste Größe in der Diskussion um die Gewinnung von Ressourcen in unserem Gesundheitssystem geworden. Das verweist im Kern darauf, wie sehr die Perspektive des kurativen Gesundheitswesens davon abhängt, welche Mittel die unterschiedlich starken Interessengruppen in einer Gesellschaft bereit sind, zur Verfügung zu stellen. „Willingness to pay“ ist insoweit weiter zu fassen als dies herkömmlich mit Blick auf den Geldbeutel der Versicherten bzw. der Bürger verstanden wird.

Schließlich stellt sich der Zusammenhang zwischen Innovationen und Ressourcen noch unter dem Gesichtspunkt, wie viel eine Gesellschaft in intelligente Steuerungsinstrumente investiert. Die Einschätzung, dass eine gesetzliche Krankenversicherung nicht dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen bleiben kann, wird noch auf fast einhelligen Konsens stoßen. Jenseits einer derartigen wohlfeilen Äußerung aber ist ein langdauernder Streit zu verzeichnen, ob der Staat (unmittelbar oder qua Delegation) über-, unter- oder fehlreguliert. Eine wesentliche Frage hierbei ist, wie groß die Investitionen in die systematische Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sind: neuhochdeutsch in das Health Technology Assessment (HTA). Hier entbrennt eine heftige Auseinandersetzung um die Frage, ob zu viel HTA erwünschte Innovationen unnötig verzögert oder gar den Wirtschaftsstandort gefährden kann, oder ob zu wenig HTA dazu führt, dass es unnötige, zu frühzeitige und wenig kosteneffektive Leistungsausweitungen in der Medizin gibt. Wie auch immer diese Frage aus den unterschiedlichen Interessenpositionen heraus bewertet werden wird: Der Umfang der Investitionen in die Steuerung des Mega-Marktes Gesundheitswesen (qua Unterlassung oder dezidiert Abgabe von Bewertungen) entscheidet ganz wesentlich über Qualität und Tempo der Innovationsprozesse. Man könnte spekulieren, ob die Befürworter der Deregulation in Zeiten wirtschaftlicher Krisen die Oberhand behalten oder ob es auf Dauer doch zu einem einer Zivilgesellschaft zugehörigen Ausgleich der Interessen mit hoher Wertschätzung des Ausbalancierens von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin kommt.

3.3 Werte

Über den Umgang mit tatsächlichen und vermeintlichen Innovationen entscheiden nicht zuletzt historisch gewachsene, traditionelle Muster. Diese entstehen in einem Geflecht unterschiedlicher Erwartungshorizonte und gesellschaftlicher Vereinbarungen. So finden sich über die Gesellschaften und Epochen hinweg unterschiedliche Anforderungen an das individuelle und kollektive Gesundheitsverhalten. Es wird sorgsam austariert, wo die Gesellschaft für die individuelle Gesundheit ihrer Mitglieder Sorge tragen soll. Die Kategorien der Freizügigkeit und der Wahlentscheidung gegenüber den Angeboten spielen eine immer stärkere Rolle, wobei Fairness und Angemessenheit der solidarisch finanzierten Leistungen als Kategorien ihre hohe Bedeutsamkeit behalten. Mit den Verwerfungen der Arbeitsgesellschaft ist dabei die Frage der Finanzierungsquellen der Sozialversicherungen auf völlig neue Weise auf die Tagesordnung gekommen. Die Medizin kann innerhalb dieses Prozesses der Aushandlung stabiler Normen für die medizinische Versorgung für sich in Anspruch nehmen, dass sie

in den letzten zwei, drei Generationen therapeutische Fortschritte erreicht hat, die zuvor undenkbar waren. Dies führt zu einem in dieser Form vielleicht erstmals wirklich begründeten Vertrauensvorschuss, der es insbesondere allen High-Tech-Ansätzen relativ leicht macht, positive Resonanz in den Fachgesellschaften und bei Fachjournalisten zu erreichen. Dass sich gleichzeitig vor allem im deutschen Gesundheitswesen eine hoch problematische Unterschätzung der Rolle von Primary Health Care und Public Health eingestellt hat, ist eine fast schon bitter zu nennende Erkenntnis, auch wenn beispielsweise sowohl innerhalb des Sozialgesetzbuchs V als auch in programmatischen Reden die Rolle des Hausarztes seit einigen Jahren wieder stärker betont wird. Da sich Trendwenden in hochkomplexen Versorgungssystemen immer nur in langen Zeiträumen bewerkstelligen lassen, wirken sich Fehlentwicklungen wie der unkontrollierte Aufbau einer Doppelstruktur von Fachärzten im ambulanten und stationären Bereich seit den sechziger Jahren und das Fehlen von Konzepten einer integrierten Versorgung wesentlich länger ungünstig aus, als dies dem gesicherten Wissen im Bereich der Gesundheitswissenschaften folgend der Fall sein müsste. In die gleiche Richtung wirkt auch der so genannte Zeitgeist: er ist durch Aufklärung schwer bis gar nicht steuerbar und insofern immer erst „zu spät“ zu entlarven. Dies gilt zum Beispiel für das Thema der freien Arztwahl, welche überwiegend losgelöst von empirischen Befunden zur Ergebnisqualität der Versorgung als Wert in sich wahrgenommen und interessengeleitet genutzt wird: Es gibt keine Belege für die immer wieder geäußerte Sorge, dass eine starke Position von Allgemeinmedizinern in der ambulanten Versorgung schlechtere Behandlungsergebnisse produzieren würde als die in Deutschland heute übliche starke Position der Fachärzte, die jederzeit unhinterfragt direkt aufgesucht werden können (vgl. Marzi-/Abholz 1999).

Traditionen können natürlich auch ins Wanken geraten, unabhängig davon, ob dies zum Nutzen oder Schaden für die Stabilität der medizinischen Versorgung ist. So kann man das Prinzip der solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung (Transfers zu Familien, sozial Schwachen und Schwerkranken) als einen lang anhaltenden Generationenvertrag bezeichnen, der erst in jüngster Zeit wieder radikal in Frage gestellt wird, ohne dass es weltweit ein seriös durchgerechnetes und ethisch vergleichbar anspruchsvolles Alternativmodell gibt, das einen radikalen Systemwandel rechtfertigen könnte.

Gründe für einen Umbruch von Wertevorstellungen sind nicht leicht zu ermitteln. Es liegt auf der Hand, hierfür aktuell den sozialen Wandel in der Erwerbsgesellschaft mit Kräfteverschiebungen zwischen organisierter Arbeitnehmerschaft, Arbeitgebern und intermediären Instanzen verantwortlich zu machen. Gesetzliche Krankenversicherung ist für die heutigen Generationen auf der einen Seite eine Selbstverständlichkeit, auf der anderen Seite scheint aber der Prozess des mühsamen Erringens der GKV durch jahrzehntelange Arbeitskämpfe und politische Auseinandersetzungen langsam in Vergessenheit zu geraten. Wenn es gelingt, Systemen das Etikett „veraltet“ anzuheften, ohne dass dies noch mit verlässlichen Gegenentwürfen verbunden sein muss, dann können auch bewährte Systeme ins Wanken geraten: der „Bismarckianismus“ der gesetzlichen Krankenversicherung könnte dieses Schicksal erleiden, wenn sich ganz wie in der Diskussion um den Wohlfahrtsstaat der Eindruck durchsetzt, die Mehrzahl der Bevölkerung benötige eine weitgehend vollständige Absicherung ihrer Krankheitsrisiken gar nicht mehr, sondern könne diese Risikoabschätzung in weiten Bereichen selber vornehmen.

Die Vorstellungen von einem angemessen ausgestatteten und fairen Gesundheitswesen sind vermutlich auch davon abhängig, in welchem Umfang religiöse Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in die Bewertung der Leistungsangebote der medizinischen Versorgung einfließen. Die viel beschworene Säkularisierung der Lebenswelten wird immer wieder mit wachsenden Erwartungen an die Heilfunktion der Medizin in Verbindung gebracht. Plausibel ist die These, dass Wahrnehmung wie Inanspruchnahme der Medizin im Zusammenhang mit der jeweiligen biographischen Konstruktion der Menschen steht und dass davon vor allem abhängt, wie gut Menschen mit den durch Krankheiten verbundenen Ängsten fertig werden. Und in diesem Zusammenhang spricht einiges dafür, dass der Verlust von Religiosität die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gefördert hat. Vielleicht wird über diese Zusammenhänge momentan aber auch mehr spekuliert als durch einschlägige Forschung gesichert worden ist. Wahrscheinlicher ist, dass zahlreiche medizinische Interventionen – sowohl auf der Seite der Ärzteschaft wie ihrer Patientinnen und Patienten – den Charakter von symbolischen Handlungen haben. Es wird etwas getan, um in einer schwierigen Entscheidungssituation überhaupt etwas zu tun. Man empfiehlt z.B. eine medizinische Untersuchung, um die Frage nach der möglichen eigenen Betroffenheit (bekomme ich vielleicht auch Krebs?) praktisch zu bearbeiten, anstatt sich weiter mit Informationen über eine unzureichende oder sperrige Entscheidungsbasis zu begnügen. Dabei spielt es dann im Alltag häufig eine untergeordnete Rolle, ob die Maßnahme nach überwiegender Meinung der Fachwelt nutzenstiftend ist (jüngstes Beispiel: Spiegelung des Dickdarms zur Abnahme des Risikos, an Darmkrebs zu sterben) oder ob sie kontrovers beurteilt wird und nach Durchführung häufig mehr Unklarheit hinterlässt als vorher (hoch kontrovers diskutiertes Beispiel: Screening gesunder Männer auf prostataspezifisches Antigen – PSA).

Generell hat sich der Begriff des „Durchcheckens“ beim Arzt durchgesetzt: man will wissen, ob man „richtig gesund“ ist und erhofft durch das Durchlaufen eines Untersuchungsritus endgültige Antworten – der Arzt wird zum Propheten. Es ist eine besonders diabolische Seite dieser Entwicklung, dass gerade im Bereich der Krebsvorsorge mehr Sicherheit jenseits wissenschaftlich fundierter Aussagen von vielen Ärzten inzwischen über das Angebot privat zu bezahlender IGELE-Leistungen (so genannte individuelle Gesundheitsleistungen) versprochen wird. Hier wird das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung gezielt untergraben¹⁵.

Der Umgang mit medizinischen Dienstleistungen hängt eng damit zusammen, wie ausgeprägt die Möglichkeiten und die Bereitschaft zur Verwendung rationaler Zugänge zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Medizin sind. Hieran bindet sich der gesamte Diskurs um das *Informed Decision Making* und das *Shared Decision Making*¹⁶. Dieser Zusammenhang ist sowohl in Richtung Unter- wie Überversorgung wirksam. Interessant hinsichtlich Über- und Fehlversorgung sind empirische Belege dafür, dass Ärztinnen und Ärzte sich in ihrem eigenen Gesundheitsverhalten gegenüber standardisierten Therapieempfehlungen erheblich anders verhalten als sie dies ihren Patientinnen und Patienten nahe legen (vgl. Schwartz/Dörning/Bitzer/Grobe 1996). Dies deutet darauf hin, dass die Verwendung rationaler Entscheidungsbasen weniger stabil ist, als laienhaft angenommen wird. Lehrbücher und Leitlinien stützen sich keineswegs immer auf die best verfügbare Evidenz, sondern spiegeln Schulmeinungen und Partialinteressen von Fachgesellschaften wider. Das kann teilweise

erklären, warum Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten zwar Lehrbuchwissen weitergeben, ihre latenten Zweifel an diesem Lehrbuchwissen aber erst im Falle eigener Betroffenheit in die Waagschale werfen. Bezüglich rationaler Entscheidungen muss man sicher auch ins Kalkül nehmen, dass an der Ärzteschaft echte Innovationen längere Zeit vorübergehen können und veraltetes Wissen gutgläubig weitergegeben wird. In allen Situationen ist von überragender Bedeutung, wie groß das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten ist und wie ausgeprägt die Vertrauensbildung in der therapeutischen Situation selber ist. Hierdurch entscheidet sich vermutlich sehr stark, in welchem Umfang rationale Auseinandersetzungen bei der Suche nach der für den Einzelfall besten diagnostischen oder therapeutischen Lösung eine Chance erhalten (vgl. Schmacke 2002a). Die Sozialwissenschaftlerinnen Robinson und Thorne haben für eine wünschenswert entwickelte Form der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten den Begriff „Guarded Alliance“ vorgeschlagen (vgl. Thorne/Robinson 1989), was so viel heißt wie „Bündnis mit gebotener Zurückhaltung“ oder „vorsichtiges Arbeitsbündnis“; sie kommen zu dieser vielleicht überraschenden Deutung ihres Forschungsmaterials, weil sie hierin den besten Weg zwischen Vergötterung der Ärzteschaft, problematischer Selbstüberschätzung von Patienten und Resignation vor den zu treffenden Entscheidungen sehen.

Am Ende gibt es einen weiteren bedeutenden Zusammenhang zwischen vorherrschenden Wertevorstellungen und ökonomischen Abwägungsprozessen. Ob überhaupt, und wenn ja, wie souverän in einer Gesellschaft mit der Frage des Grenznutzens der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren umgegangen wird, ist in hohem Maße davon abhängig, ob es breit akzeptierte gesellschaftliche Muster für Nutzenabwägung gibt. Wenn die Grundhaltung dominiert, für Gesundheit dürfe nichts zu teuer sein, und wenn es möglich ist, im Windschatten dieser wohlfeilen Einstellung Diskussionen um eine Umverteilung von Ressourcen durch den Hinweis auf die drohende Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Keim zu ersticken, wird es auch fast unmöglich, nach der Verhältnismäßigkeit des Einsatzes extrem kostenintensiver Verfahren mit kleinem zusätzlichen individuellen Nutzen oder nach der systematischen Substitution von aufwändigen Leistungen in Richtung von Leistungen mit besserer Kosten-Nutzen-Bilanz zu fragen. Hier spielt mit hinein, wie stark der Prozess der Medikalisation und der Pathologisierung der Lebenswelten gediehen ist (vgl. Schmacke 2001), weil davon abhängt, in welchem Maße die Möglichkeiten und Notwendigkeiten nicht-medizinischer Interventionen zur Beeinflussung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung überhaupt wahrgenommen werden. Je mehr die Möglichkeiten der Medizin überschätzt werden, umso schwerer wird es, Verständnis dafür zu gewinnen, dass Grenznutzenüberlegungen nicht nur legitim, sondern versorgungspolitisch und ethisch erforderlich sind. Da es aus Sicht der Volkswirtschaft aber bei kurzfristiger wie kurzfristiger Betrachtung erst einmal völlig unerheblich ist, ob Ressourcen in medizinische Verfahren mit hohem oder mit geringem oder gar fehlendem Nutzen investiert werden, ist neben klaren rechtlichen Regelungen für die Zulassung neuer Verfahren von herausragender Bedeutung, wie ausgeprägt das skeptische Potenzial in einer Bevölkerung gegenüber geltend gemachten Innovationen ist.

Ähnlich wie in der Grenznutzenfrage sieht es bei dem Thema Priorisierung von Gesundheitszielen aus. Solange alle neuen Angebote unkritisch als „modern“ und „innovativ“ aufgefasst werden und je geringer die Grundbereitschaft ausgeprägt ist, einen hohen Sicherheitsstandard für wichtiger zu halten als die

Tagesversprechungen von Forschern und Industrie, umso weniger gelingt es auch, über Prioritäten in der Versorgung bei gleichzeitiger Abwägung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit stabile Vereinbarungen zu treffen.

Der vermutlich problematischste und polarisierendste Begriff in der Gesundheitsdebatte lautet „Rationierung“. Der Begriff ist in den Ländern mit entwickeltem Gesundheitssystem unterschiedlich stark emotional aufgeladen. Während Rationierung – technisch gesprochen – nicht mehr bedeuten müsste als gezielte Mittelzuweisung auf dem Boden epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Studien und nachfolgender politischer Bewertungen, schwingt in Deutschland offenbar sofort die Deutung „Vorenthaltung lebenswichtiger Leistungen“ mit. Manchmal gewinnt man gar den Eindruck, dass durch die Erfahrung der Rationierung von Lebensmittelmarken in Zeiten absoluter Güterverknappung in und nach den Weltkriegen immer noch das Bild der nackten Mängelverwaltung bei der Verwendung des Begriffs Rationierung aufscheint. Selbst abwägende gesundheitswissenschaftliche Positionen sind darum besorgt, den Begriff Rationierung nach Möglichkeit gar nicht zu verwenden und schließen sich deshalb der Forderung „Rationalisierung vor Rationierung“ an, ganz so, als wäre dies eine wirkliche Patentlösung¹⁷. Im Gefolge dieses Lösungsversuches entbrennen dann heftige Debatten, ob die Rationalisierungspotenziale bereits ausgeschöpft seien oder nicht, was sich vermutlich niemals im Konsens feststellen lassen wird. Das eigentliche Problem aber bleibt bei diesen Debatten ausgeklammert: Innerhalb der Organisation gesundheitsrelevanter Leistungen von der Prävention bis zur Rehabilitation sind ausgesprochene und stumme Rationierungen grundsätzlich unvermeidbar, es sei denn, Forschung, Politik und Praxis wären sich übermorgen bei der Frage einig, wie ein für alle denkbaren Bedürfnisse angemessen ausgestattetes Gesundheitssystem auszusehen hat und wie viele Ressourcen dafür bereit stehen sollten.

Je tabuisierter die Rationierungsfrage innerhalb der Steuerungsversuche im Gesundheitswesen aber ist, umso leichter haben es die Akteure des Status Quo mit der Realisierung ihrer schwer anzutastenden Besitzstände. Es steht außer Frage, dass in der Medizin die Verwendung ökonomischer Begriffe sehr leicht in Misskredit zu bringen ist, während nichts einfacher ist, als den ewigen Jungbrunnen und die Beseitigung aller Leiden anzupreisen. Die Rationierungsdebatte wird vor allem dadurch emotional aufgeladen, dass mit Beispielen der absoluten Leistungsverweigerung in Notsituationen Angst geschürt wird. So wird immer wieder wahrheitswidrig behauptet, in England gebe es auch heute noch eine starre Altersgrenze für die Dialysebehandlung. Unaufgeregter könnte die Wertediskussion um das Thema von Alter und angemessener Medizin von dem Konsens her geführt werden, dass eine strikte Altersrationierung medizinischer Leistungen keinesfalls akzeptabel ist und dass es eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein muss, vorhandene altersabhängige Unterschiede in dem Verschreiben und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unter den Aspekten von Angemessenheit und Erwünschtheit zu beforschen.

Und nun ein letzter Aspekt zum Thema Rationierung. Im Blickfeld sind in der Regel ausschließlich die Leistungen der kurativen Medizin; man müsste aber auch einmal fragen, inwieweit präventive oder pflegerische Leistungen de facto rationiert werden, weil der ärztlich-kurative Sektor ungebührlich viele Mittel absorbiert: auch hierbei konvergieren ökonomische und ethische Fragestellungen.

4. Grau, teurer Freund, ist alle Theorie¹⁸

Diesen Satz muss jede Abhandlung, die sich mit der Bedeutung des Begriffs Innovation beschäftigt, im Zweifelsfall gegen sich gelten lassen. Doch grün wäre des Lebens goldner Baum im Falle der medizinischen Versorgung ja nur, wenn es tatsächlich möglich wäre, aus dem Selbstlauf der Forschung und den Erfahrungen der Praxis heraus in einem sich selbstregelnden Suchprozess bestimmen zu können, von welchen Neuerungen der einzelne Kranke und die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit tatsächlich profitieren wird. Hat – anders gefragt – der Versuch einer systemischen Betrachtung von medizinischem Fortschritt praktischen Nutzen? Diese Frage soll abschließend für die drei genannten Eckpunkte des magischen Dreiecks noch einmal im Überblick betrachtet werden:

1. Die Beschäftigung mit der evidenzbasierten Medizin zeigt schlüssig auf, dass vor allem durch Studien mit hohem methodischem Niveau (häufiger als zu meist angenommen sind randomisierte, kontrollierte Studien sinnvoll und möglich) die Frage des Nutzens neuer medizinischer Verfahren gegenüber dem bisherigen Standard gut zu untersuchen ist. Dies gilt keineswegs nur für Fragen der Arzneimittelversorgung oder technischer Innovationen; auch der Stellenwert von psychosozialen Interventionen ist gleichermaßen gut zu ermitteln. Dies ist angesichts der nach wie vor großen und im Kern unbegründeten Skepsis gegenüber der evidenzbasierten Medizin als entscheidender Befund festzuhalten. Wenn auch längst nicht alle relevante Fragestellungen im Blickfeld hochwertiger klinischer und sozialwissenschaftlicher Studien sind, und wenn mit dem Goldstandard der randomisierten, kontrollierten Studien heute tatsächlich oft noch nicht der Versorgungsalltag adäquat abgebildet wird, dann spricht das alles nicht gegen hohe methodische Anforderungen, sondern es spricht für den systematischen Ausbau von Forschungsansätzen mit entsprechendem wissenschaftlichen Niveau. Es steht auch außer Frage, dass der gesamte Schatz an wissenschaftlichen Methoden genutzt werden muss, um relevante Hypothesen zu entwickeln und Qualität in der Versorgung zu sichern, einschließlich kasuistischer Darstellungen und qualitativer Studiendesigns. Qualitative Forschungsansätze dürften vor allem in zwei Sektoren zunehmend an Bedeutung gewinnen: bei der Frage, wie die Evidenz hochwertiger Forschungsergebnisse in neue Alltagsroutinen umgesetzt werden kann und bei der Analyse der Widerstände, welche alle zergliederten großen Versorgungssysteme den Ansätzen einer patientenzentrierten integrierten Versorgung entgegensetzen. Evidenzbasierte Medizin in diesem umfassenderen Verständnis ist kein seelenloser Algorithmus, der mit randomisierten kontrollierten Studien gefüttert wird und „richtige“ Antworten auswirft wie ein Roboter. Man muss aber auch eines sehen: Die Tatsache, dass die traditionelle klinische Forschung in Deutschland in angesehenen internationalen Zeitschriften eine zu vernachlässigende Rolle spielt, resultiert nicht zuletzt aus den kritikwürdigen methodischen Designs vieler Studien. Und es ist überfällig, relevanten Problemfeldern innerhalb der *Versorgungsstrukturen* ebensoviel Aufmerksamkeit zu widmen wie der biomedizinischen Forschung. Dieser Bedarf wird mit dem bis dato offenbar wenig attraktiven und auch noch ausgesprochen unpräzisen Begriff der Versorgungsforschung umschrieben. Kein Gesundheitswesen kann auf Dauer ohne ein professionelles

System der Bewertung medizinischer Leistungen vor der Entscheidung über die Finanzierung neuer Leistungen für die Bevölkerung (unabhängig davon, ob beitrags- oder steuerfinanziert) auskommen. Die Förderung dieses Fundaments evidenzgestützter gesundheitspolitischer Entscheidungen gehört deshalb für die kommenden Jahre auf einen der vorderen Rangplätze des öffentlichen Diskurses und der Politik.

2. Erst allmählich setzt sich in der gesundheitspolitischen Debatte die Erkenntnis durch, dass die Losung „Value for Money“ keineswegs anrühlich ist, dass vielmehr ein Ausklammern der Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation unethisch ist. Vielleicht ist es das ganz große Verdienst der vom Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen propagierten Begriffsfigur „Unter-, Über- und Fehlversorgung“, dass damit ein wesentliches Tabu gebrochen worden ist. Die Überwindung dieses Tabus bedeutet: gelassen ins Blickfeld zu nehmen, dass es erheblicher und systematischer Anstrengungen bedarf, die immer vorhandenen Probleme des Nebeneinanders von angemessener und unzureichender Versorgung im Verbund mit der Frage nach den Schadenspotenzialen durch die Medizin zu analysieren und daraus Konsequenzen für das Um- und Nachsteuern zu ziehen. Solange in den Köpfen demgegenüber oft noch die Vorstellung greift, die Leistungserbringer seien für die Optimierung der Qualität in einem sich selbst regulierenden Kreislauf zuständig und die Kostenträger für die Zur-Verfügung-Stellung von Ressourcen, die ausschließlich nach Auffassung der jeweiligen Fachberufe oder der an der Vermarktung von Medizinprodukten interessierten Industrie als angemessen betrachtet werden sollten, solange bleibt der Kern der Steuerungsproblematik unbearbeitet. Denn so unbestreitbar gute Qualität von der Bereitstellung adäquater Ressourcen abhängig ist, so unbestreitbar ist die Verantwortlichkeit der Gesundheitsberufe, v.a. der Ärzteschaft, für die Streubreite an Qualität innerhalb eines gesetzten ökonomischen Rahmens wie vor allem für das Induzieren von Nachfrage nach den vermeintlich rein sachlich begründeten Leistungen und damit für das Mengenproblem. Und wenn das Thema der Innovationen künftig nicht ganz selbstverständlich und gezielt unter dem Aspekt verhandelt wird, ob es sich oder ob es sich nicht um echte Innovationen handelt, die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit positiv beeinflussen, wird es immer schwerer werden, eine in einem Rechtsstaat zu verantwortende und von der Öffentlichkeit verstandene Ressourcenallokation auf dem wünschenswert transparenten Niveau vorzunehmen.
3. Der extrem bedeutsame Eckpunkt „Werte“ wird möglicherweise im Laufe des kommenden Jahrzehnts in neuer Weise Einfluss auf die Innovationsfrage nehmen: wenn nämlich die Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung aus dem Stadium der rhetorischen Bekundungen in das Stadium der Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit getreten ist. Es spricht viel dafür, dass Kranke wie Patientenvertretungen künftig couragierter danach fragen, wodurch die Leistungen, die ihnen empfohlen werden, fachlich legitimiert sind. Gemeinsam mit der evidenzbasierten Medizin wäre dies die Vollendung einer wirklichen kulturellen Revolution. Dass ein derartiger Wandel insbesondere im Feld der chronischen Erkrankungen angezeigt ist, da es hier häufig um die komplexe Wahl zwischen mehreren, in der Regel unterschiedlich gut begründeten Optionen und nicht um das Akzeptieren von einfachen Wahrheiten geht, liegt auf der Hand. Eine Garantie für die Vergrößerung des Einflusses rationaler Abwägungsprozesse ist dies dabei anderer-

seits nun auch wiederum nicht: vorausgesetzt wird bei dieser Überlegung nämlich sowohl, dass die gesellschaftlichen Regeln zur Gewinnung von Evidenz breit akzeptiert werden und dass das Spiel und das Geschäft mit der Angst an Einfluss verlieren.

Und so lautet am Ende die persönliche Bilanz: Die Suche nach der best verfügbaren Evidenz ist gewiss nicht alles, da Evidenz nur im Kontext mit der Betrachtung von Ressourcen und Werten zum Tragen kommt, aber die Verwissenschaftlichung der Suche nach richtungsweisender Evidenz ist alternativlos und wird auf der Tagesordnung bleiben. Und je gebildeter und selbstbewusster die Bevölkerung wird, umso lauter wird die einfache Frage sich Gehör verschaffen: woher wisst Ihr das? Das Sozialgesetzbuch V hat mit der Forderung nach evidenzbasierten Begründungen für die Einführung von Innovationen in der Sozialversicherung endgültig die Ära GOBSAT (*Good Old Boys Sat Around A Table*) beendet. Dies stellt, anders betrachtet, einen enormen Innovationsschub für die evidenzbasierte Medizin dar. Die Auseinandersetzung um die Einführung von Innovationen in die Regelversorgung geht auf höherem Niveau weiter.

Dabei steht außer Frage, dass der Stellenwert qualitativer Forschungsansätze für die evidenzbasierte Medizin und HTA-Berichte noch erheblich unterschätzt wird¹⁹. Die Bedeutung hermeneutischer Verfahren zum Beispiel zur Generierung von Forschungsfragen oder zur Einschätzung des Impacts wissenschaftlicher Berichte auf Politik und Praxis ist für den Gesundheitsbereich noch keineswegs durchgängig anerkannt. Gerade die seit einigen Jahren lebhaft geführte Debatte um das Ausmaß von Behandlungsfehlern und Beinahefehlern in der Medizin²⁰ legt aber nahe, die Erklärungspotenziale verstehender sozialwissenschaftlicher Verfahren der qualitativen Sozialforschung systematischer als bisher zu nutzen, um die fast schon stereotyp dokumentierten Schwächen in der medizinischen Versorgung auf diejenigen Handlungsmuster hin zu untersuchen, welche es so schwer machen, das Wissen um die Optimierungspotenziale in der Versorgung in neue und breit akzeptierbare Handlungsrountinen umzusetzen. Wie hoch komplexe Systeme in ihrem Mikro- und Makrokosmos funktionieren, und warum offenkundig die hoch entwickelten Gesundheitssysteme weltweit ein so hohes Maß an Intransparenz des Leistungsgeschehens bewahren können, das ruft nach einer systematischen Verbindung qualitativer und quantitativer Forschungsansätze, welche gemeinsam das magische Dreieck von Evidenz, Ressourcen und Werten ins Blickfeld nehmen müssen.

Anmerkungen

- 1 Evidenz meint im Rahmen der Bewertung medizinischer Leistungen die Offenlegung der Begründungsbasis für deren Einsatz in der medizinischen Versorgung. Die formal geringste Evidenz stellt die Expertenmeinung dar, den Status höchster Evidenz erhalten Maßnahmen, deren Wirksamkeit und Nutzen durch mehrere Studien vom Typ Goldstandard nachgewiesen worden ist: durch randomisierte kontrollierte Versuche (Randomized Controlled Trials, RCTs). Es kann als Durchbruch in der wissenschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen betrachtet werden, dass der Wert der RCTs zur Bemessung des medizinischen Fortschritts heute innerhalb der scientific community nicht mehr angezweifelt wird. So ist beispielsweise heute Konsens, dass die Frage des therapeutischen Fortschritts auch bei selten auftretenden Erkrankungen oder für so genannte alternative Behandlungsverfahren wie die Akupunktur nicht

- ohne RCTs geprüft werden sollte. Die systematische Einbindung qualitativer Forschungsansätze in die Innovationsdebatte ist demgegenüber erst in den Anfängen. Eine erste Übersichtsarbeit hierzu haben Catherine Pope und Nicholas Mays (1999) vorgelegt.
- 2 Es ist innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Debatte unstrittig, dass die Thematisierung ökonomischer Ressourcen sowohl generell wegen der Endlichkeit der zur Verfügung stehenden Mittel als auch konkret zur Ermittlung kosteneffizienter Verwendung dieser Mittel Teil von Bewertungsverfahren sein muss und nicht von der medizinisch-wissenschaftlichen Betrachtung der Leistungen abgekoppelt werden kann.
 - 3 Wertvorstellungen spielen spätestens bei der Schlussbetrachtung wissenschaftlicher Bewertungsverfahren eine starke Rolle. So hatte die Vorstellung, man müsse zur Bekämpfung von Krebs alle Möglichkeiten der Vorsorge (screening) ausschöpfen, einen durchschlagenden Effekt auf die flächendeckende Einführung solcher Verfahren, und zwar häufig unter Zurückstellung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Alle reichen Industrienationen haben sich im letzten Jahrzehnt entschieden, das Brustkrebscreening durch flächendeckende Durchführung von Mammographien einzuführen, obwohl die Evidenz bezüglich der Verbesserung der Überlebenschancen von Frauen widersprüchlich ist und die Effekte in aller Regel deutlich überschätzt werden (zur Screeningproblematik im Überblick: Weymayr C./Koch K. (2003).
 - 4 Das in diesem Fall besonders Bemerkenswerte ist, dass der wissenschaftliche Promotor dieses aggressiven Verfahrens, Egas Moniz, mit dem Medizinnobelpreis ausgezeichnet werden konnte. Hierzu s. Sigusch V. (1977) sowie Thierney M. A. (2000).
 - 5 Ignaz Semmelweis (1818-1865) führte Studien zum Kindbettfieber durch, das zu seiner Zeit eine Haupttodesursache für junge Mütter war. Die gängige Lehrmeinung sagte, dass dies auf „Miasmen“, d.h. schlechte Luftqualität, zurückzuführen sei. Semmelweis fand empirisch heraus, dass Mütter, die von Studenten entbunden wurden (die zugleich Autopsien durchführten), eine viel höhere Sterblichkeit aufwiesen als diejenigen, die von Hebammen entbunden wurden. Er schlussfolgerte, dass die wahrscheinlichste Ursache darin zu sehen sei, dass die Hände der Studenten mit Krankheitserregern kontaminiert seien und deshalb ein sorgfältiges Händewaschen und -desinfizieren das Übel abstellen würde. Diese Hypothese erwies sich in einem Praxistest als richtig. Trotz dieses dramatischen Erfolges wurde die Infektionstheorie von Semmelweis noch lange Zeit von den medizinischen Autoritäten angezweifelt und bekämpft.
 - 6 SGB V § 135 (1) lautet auszugsweise: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (...) nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (...) Empfehlungen abgegeben haben über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (...)
 - 7 Zur objektiven Hermeneutik nach Oevermann s. als Internet-Zugang: <http://www.objektivehermeneutik.de/>. (21. Juni 2004). Zu dem umfassenden methodischen Ansatz qualitativer Sozialforschung der Grounded Theory s. in deutsch: Glaser B. G./Strauss A. (1998). Die momentane Debatte um die Nutzung qualitativer Forschungsansätze in Deutschland findet sich im Überblick bei: Schaeffer D./Müller-Mundt G. (2003).
 - 8 Im Jargon der Health-Technology-Spezialisten scherzhaft als GOBSAT abgekürzt.
 - 9 http://www.akdae.de/35/10Hefte/83a_Hormontherapie_2003_1Auflage.K.pdf (7/1/2005) liefert ein Überblicksdokument der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum Forschungsstand der Hormontherapie in den Wechseljahren.
 - 10 Wie immer man zu den Ergebnissen derartiger Studien auch stehen mag: dass die Medizin nur einen begrenzten, wenn auch vermutlich zunehmenden Einfluss auf die Entwicklung von Mortalität und Morbidität der Bevölkerung hat, gehört zum gesicherten Erkenntnisstand der Gesundheitswissenschaften. Siehe im Überblick: McKinlay J. B., McKinlay S. M., Beaglehole R. (1989); Mackenbach J. P. (1996).
 - 11 Vgl. Schmacke N. (2001). Medikalisierung meint im Kern die übergreifende Rolle von Ärzten innerhalb der Biographien von Menschen; dabei spielt eine überragende Rolle, dass häufig das Paradigma der Akutmedizin (Typ: chirurgische Behandlung eines Beinbruchs) auf Konzepte der Behandlung chronisch Kranker übertragen wird und

- dabei am Ende irrealer Versprechungen der Ärzte mit überhöhten Erwartungen von Patienten eine unheilvolle Allianz eingehen.
- 12 Vgl. Schmacke N. (2000b). Während das Thema der schlechten Qualität von Medizin leicht vermittelbar zu sein scheint, führt das Thema der unzureichenden Indizierung – und damit in der Konsequenz fehlerhaft eingesetzter – prinzipiell sinnvoller medizinischer Verfahren ein Schattendasein in der gesundheitspolitischen wie wissenschaftlichen Debatte. Dabei geht es nicht nur darum, dass unbedacht eingesetzte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren unmittelbar unnötig Ressourcen binden. Genau so beachtlich sind oft die Folgewirkungen psychischer, körperlicher und ökonomischer Art, wenn unnötig durchgeführte Verfahren Ängste, körperliche Schäden und weiterführende Untersuchungen und Behandlungen induzieren.
 - 13 Damit irgend etwas geschieht – anders formuliert: damit nicht der Eindruck erweckt wird, Nicht-Handeln sei Ausdruck von Inkompetenz.
 - 14 Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat 2002 zu einigen wichtigen Indikationen einen HTA-Bericht zu dieser Frage vorgelegt, der landläufigen positiven Einschätzungen des Nutzens der PET diametral entgegensteht. <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2002-02-26-BUB-PET.pdf> (7/1/2005)
 - 15 Notabene: die Entscheidungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung haben selbstredend kein Monopol für „richtige“ Entscheidungen in Sachen Screening, Diagnostik oder Therapie gepachtet. Es geht vielmehr um die entschiedene Ablehnung der Nutzung von Ängsten in der Bevölkerung durch Teile der Ärzteschaft, die qua selbsternannter Autorität zu wissen vorgeben, was „Stand der ärztlichen Kunst“ ist.
 - 16 Hinweise zum Zusammenhang zwischen dem Grad der Information und dem Umfang des Leistungsgeschehens finden sich z.B. bei Charles C. A. et al. (2003) und Hibbard J. H. (2003).
 - 17 Vgl. Mielck, A., John, J. (1996). Zu einer systematischen Begründung des Rationierungsansatzes s. u.a. Ubel P. A. (1999).
 - 18 Goethe J W von. Faust 1, 1790
Mephisto: Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen/ Ihr durchstreicht die groß' und kleine Welt, Um es am Ende gehen zu lassen,/ Wie's Gott gefällt.
Schüler: Das sieht schon besser aus! Man sieht doch wo und wie.
Mephisto: Grau, teurer Freund, ist alle Theorie/ Und grün des Lebens goldner Baum.
 - 19 Zu einem Überblick der systematischen Einbindung qualitativer Sozialforschung in HTA-Verfahren s. Murphy E. et al. (1998).
 - 20 Bahnbrechend: Kohn L./Corrigan J. M./Donaldson M. S. (Hrsg.) (2000).

Literatur

- Braun; B./Kühn, H./Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Fischer Verlag, Frankfurt/M. 1993
- Charles, C. A. et al.: Shared Decision Making: what does it mean to physicians? In: J Clin Oncol 21; 2003, S. 932-936
- Egger, B./Hoberg, R./Schmacke, N.: Substitution oder Addition: wie ist die Einführung neuer Leistungen zu steuern? In: MDK-Forum Heft 3-4/ 2001, S. 12-18
- Glaser, B. G./Strauss, A.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern 1998
- Handwashing Liaison Group: Editorial Hand washing. A modest measure – with big effects. In: British Medical Journal 1999; 318, S. 686
- Hibbard, J. H.: Engaging health care consumers to improve the quality of care. In: Med Care 41; 2003, S. 161-170
- Koch K.: Hormonersatztherapie: Das Ende einer Legende. In: Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 30 vom 26.07.2002, A 2014
- Kohn, L./Corrigan, J. M./Donaldson, M. S. (Hrsg.): 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

- Lauterbach, K./Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Schattauer Verlag, Stuttgart 2001
- Mackenbach, J. P.: The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: McKeown Revisited. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 49; 1996, S. 1207-1213
- Marzi, C./Abholz, H. H.: Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 1999; 75, S. 736-743
- 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. In: *International Journal of Health Services* 19; 1989, S. 181-208
- Mielck, A./John, J.: Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung – Was spricht dafür und was dagegen? In: *Das Gesundheitswesen* 58; 1996, S. 1-9
- Muir Gray M. J. A.: Evidence based Health Care. Churchill Livingstone, London 1997
- Murphy, E. et al.: Qualitative Methods in Health Technology Assessment. *Health Technology Assessment* 1998, 2: No 16; <http://www.nchta.org/fullmono/mon216.pdf> (21. Juni 2004)
- Pope, C./Mays, N.: Qualitative Research in Health Care. BMJ-Books, London 1999
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G.: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Huber Verlag, Bern 2003
- Schmacke N.: Innovation – Semantik und soziale Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Trojan, A./Döhner, H. (Hrsg.): *Gesellschaft, Gesundheit und Medizin*. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main, 2000a, S. 48-55
- Schmacke, N.: Stimmen die Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung ? Indizieren und Begrenzen von Leistungen als Qualitätsmerkmal. In: *Arbeit und Sozialpolitik* Heft 5/6 2000b, S. 16-34
- Schmacke, N.: Die Besetzung der Gesundheit durch die Medizin – Über die Pathologisierung von Lebensläufen. In: Koppelin F et al.(Hrsg.). *Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung*. Hans Huber Verlag, Bern Göttingen Toronto Seattle 2001, S. 91-108
- Schmacke, N.: Evidenzbasierte Medizin: Grundlage individueller Therapievereinbarungen. In: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2; Heft 4/2002a, S. 16-25
- Schmacke, N.: Gift im Jungbrunnen? In: *Gesundheit und Gesellschaft* 5; Heft 10/2002b, S. 30-34
- Schmacke, N.: Welche Bündnisse für Gesundheit haben Zukunft? In: Deppe, H.U./Burkhardt, W. (Hrsg.). *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*. VSA-Verlag, Hamburg 2002c, S. 7-82
- Schmacke, N.: Förderung der Gesundheit, Nutzung des medizinischen Fortschritts und Förderung des Wirtschaftswachstums: Quadratur des Kreises? In: *Zukunftsmarkt Gesundheit*. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie am 6.12. 2001 in Berlin. Band 145 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002d, S. 38-46
- Schmacke, N./Lauterbach, K.: Globalbudget: Thema für die Gesundheitsstrukturreform – Thema für Public Health. In: *Das Gesundheitswesen* 62; 2000, S. 409-411
- Schwartz, F. W./Dörning, H./Bitzer, E. M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? In: *Die Krankenversicherung* März 1996, S. 75-83
- Sigusch, V.: Medizinische Experimente am Menschen. Das Beispiel Psychochirurgie. Beilage zum *Argument-Sonderband* 17, 1977, Berlin
- Strauss, A.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern 1998
- Thierney M. A.: Egas Moniz and the origins of psychosurgery: a review commemorating the anniversary of Moniz's Nobel PRIZE. In: *Journal of the History of Neuroscience* 9; 2000, S. 22-36
- Thorne, S. E./Robinson, C. A.: Guarded Alliance. Health Care Relationships in Chronic Illness. In: *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 21; 1989, S. 153-157
- Weymayr, C./Koch, K.: *Mythos Krebsvorsorge. Schaden und Nutzen der Früherkennung*. Eichborn Verlag 2003

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. In: Journal of the American Medical Association 2002; 288, S. 321-333