

# IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



8 / 2007

Fortschritte der Medizin und demographischer Wandel – Plädoyer für einen Perspektivwechsel

von Norbert Schmacke

## **Fortschritte der Medizin und demographischer Wandel – Plädoyer für einen Perspektivwechsel**

von Norbert Schmacke

**Herkömmlich erzeugt die Kombination der Begriffe „Fortschritte der Medizin“ und „demographischer Wandel“ fast reflexartig ein düsteres Szenario für die Finanzierbarkeit der modernen Gesundheitssysteme. In diesem Beitrag soll nicht untersucht werden, wie stichhaltig die zugrunde liegenden ökonomischen Berechnungen sind. Es wird vielmehr dafür plädiert, sich intensiver damit zu beschäftigen, welche Grundannahmen mit dem Begriff des Fortschritts der Medizin verbunden sind, und mit einem entsprechend geschärften Blick sich ebenso intensiv der Frage zu stellen, ob die Ausrichtung der heutigen Versorgung dem demographischen Wandel gerecht wird. Am Beispiel der Palliativmedizin lässt sich die Notwendigkeit eines Umdenkens besonders gut zeigen.**

Die Gesundheitssysteme der Industrienationen befinden sich inmitten eines erst unvollständig verstandenen kulturellen wie ökonomischen Wandels. Mit Blick auf die Medizin muss von einer scheinbaren Paradoxie gesprochen werden: trotz oder gerade wegen der zum Teil grandiosen Entwicklung der Medizin nach dem zweiten Weltkrieg ist es in allen wohlhabenden Gesellschaften seit etwa zwanzig Jahren zu einer vermehrten Kritik am medizinischen Modell von Krankheit und Gesundheit gekommen. Erleben die einen diese Kritik als maßlos und ungerechtfertigt, weisen die anderen darauf hin, dass die sehr stark am Modell der akuten Krankheit orientierte Hochleistungsmedizin zentrale Bereiche der Versorgung vor allem chronisch Kranker sträflich vernachlässigt habe. Vor diesem Hintergrund soll nachgehend beleuchtet werden, dass die klassische Argumentation, der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt führe tendenziell zur Unfinanzierbarkeit des Systems bzw. induziere heute bereits offene Rationierung im Sinne unverhältnismäßiger Eingriffe in die therapeutische Autonomie der Ärzte, zu kurz greift.

### **Focus Arzneimittel**

Am leidenschaftlichsten wird in Sachen Fortschritt der Medizin über Nutzen, Risiken und Kosten von Arzneimitteln diskutiert. Hier soll nicht erneut argumentiert werden, auch wenn der Autor dies vertritt, dass der Zusatznutzen von Innovationen in Arzneimittelmarkt bei der Zulassung selten belegt ist und dass er nach Zulassung systematisch auch nicht belegt werden muss. Die immer hoch gerüsteteren Auseinandersetzungen um den Zusatznutzen von Medikamenten auf häufig unzulänglicher Datenbasis lassen nämlich fast vergessen, dass eine zentrale medizinische, ökonomische und ethische Fragestellung in dem vorgegebenen gesellschaftlichen Verhandlungsrahmen praktisch keinen Platz hat: wann kann man von therapeutischen (oder auch diagnostischen) Durchbrüchen sprechen, weniger dramatisch: von spürbarem klinischen Fortschritt? Und wann

geht es demgegenüber – wenn überhaupt - um inkrementelle Schritte, die das Schicksal von Kranken kaum positiv bewegen können?

Zum ersten konkret: Wie wahrscheinlich ist es, dass ein neues orales Antidiabetikum die Perspektive von Diabetikern gegenüber den „Klassikern“ verbessert? Wieviel können sich Arzt und Patient von dem nächsten Antihypertensivum versprechen, bezogen auf die Problematik der erreichbaren Veränderung des kardiovaskulären Gesamtrisikos? Wie groß ist der Fortschritt in der Behandlung von Patientinnen mit metastasierendem Brustkrebs bezogen auf die Lebenserwartung in den letzten zwanzig Jahren? Diese Fragen sollen nicht in Abrede stellen, dass es in der Medizin auch Schrittinnovationen geben muss, sie soll vielmehr darauf aufmerksam machen, in welchem hohem Maß Schwerpunktsetzungen und Kostensteigerungen in therapeutischen Bereichen induziert werden, in denen es einen Standard gibt, der nach aller klinischen Erfahrung nicht in kurzen Abständen abgelöst werden kann. Selbst wenn eine Krankenversicherung oder ein Staat auf das Füllhorn zurückgreifen könnten, müsste man über diese radikale Frage des Abstandes von Innovationen zum bestehenden Standard grundsätzlicher nachdenken als dies heute üblich ist.

## Focus Prävention

Zum zweiten konkret: Kaum ein Thema kommt so unschuldig daher wie Prävention. Hier soll nicht beleuchtet werden, dass es vermutlich aussichtslos ist, in der öffentlichen Debatte stabil zu verankern, worin der Unterschied zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention besteht, was den Unterschied zwischen Früherkennung und Prävention ausmacht oder was gar der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist. Auch im medizinischen Denkmuster ist allerdings vor allem die Überzeugung verankert: man muss ganz früh möglichst alle Gesunden an Hand von möglichst vielen Risikofaktoren „erfassen“ und langfristig unter Kontrolle halten. Und: frühzeitig Symptome erkennen, könne nicht falsch sein. Dies deckt sich im öffentlichen Bewusstsein mit der Sentenz „Vorbeugen ist besser als Heilen“. Dies hat wie immer auch ökonomische Gründe, weil nur ein nicht ausreichend diagnostizierter Mensch gesund sein kann. Hier soll aber auf ein anderes Problem aufmerksam gemacht werden. Die Pharmakotherapie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten immer weiter zunächst von der Akutmedizin zur Behandlung chronischer Verläufe und dann zunehmend das Augenmerk von der Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung primärer Prävention verlagert. Mit „Richtung“ ist gemeint, dass sich immer trefflich darüber streite lässt, ob überhaupt primäre Prävention durch Arzneimittel jenseits von Impfungen betrieben werden kann. Jedenfalls sind Menschen unter epidemiologisch ermittelten Risiken das Zielobjekt der modernen Pharmakotherapie geworden. Dabei können sich die Entwicklungsabteilungen der Hersteller auf namhafte Kronzeugen wie Nicholas Wald und Malcom Law berufen, die 2003 an Hand vorliegender Studien ausgerechnet hatten, dass sich 80 Prozent aller Herzinfarkt und Schlaganfälle verhindern ließen, wenn alle Menschen über 55 Jahren ohne Voruntersuchungen eine Sechsfachkombination aus Statinen, Blutdrucksenkern, Folsäure und Acetylsalicylsäure einnehmen.

Der Autor dieses Artikels hatte zunächst gedacht, dies sei als Satire gemeint, um auszutesten, wie viele Leserinnen und Leser der hoch angesehenen Zeitschrift (es handelte sich um das BMJ) sich empört melden würden. Es gab natürlich viele Leserbriefe, die danach fragten, ob es künftig so sein solle, dass Menschen ohne Wissen um ihren individuellen Gesundheitsstatus über Jahrzehnte eine derartige „Polypill“ einnehmen sollten. Der Anlauf von Wald und Law ist zwar folgenlos geblieben, vielleicht auch, weil die Komposition dieser Zauberpille lediglich kostengünstige Altpräparate umfasste. Üblich aber ist gleichwohl geworden, dass Ärzte immer früher Medikamente aus präventiver Überzeugung heraus verordnen, selbst unabhängig von der Prüfung, wie es um die konkrete Zulassung jeweils aussieht. Der Handlungsdruck ist gewaltig gesteigert worden. Man könnte dies exemplarisch an der fortwährenden Absenkung der „Grenzwerte“ des Blutdrucks zeigen. Wenn es denn überhaupt einen Zusatznutzen durch diesen Präventionsdruck gibt, dann ist er klein, und die Kosteneffektivität dieser Art von Medizin muss immer wieder mit akrobatischen ökonomischen Modellierungen belegt werden. Dies ist das Kapitel der fragwürdigen bis unsinnigen Indikationsausweitungen für prinzipiell unverzichtbare und angemessen untersuchte Arzneimittel.

Nun wird im Kontext der Prävention gern argumentiert, und dies taten auch Wald und Law, dass ja „leider“ die Beeinflussung der Lebensverhältnisse und Lebensweisen der Menschen so aussichtslos sei – dann sei man mit der Pharmakaprophylaxe doch schon näher am Ziel. Auf den ersten Blick ist dieses Argument nicht schlecht, jedenfalls bezüglich der Einflussnahme auf die Ess-, Rauch- und Bewegungsgewohnheiten der Menschen. Gerade hat das BMJ eine weitere Studie gedruckt, welche zeigt, dass einschlägige Präventionsprogramme in Schulen keinen nachhaltigen Effekt auf die Entwicklung des Körpergewichts von Kindern hatten. In dieser Diskussion muss man wohl unterscheiden zwischen naiven Annahmen der Steuerbarkeit menschlichen Verhaltens und der vollkommen unzureichenden Entwicklung gesellschaftlich getragener Präventionsprogramme. Dabei ist es leider so, dass die missionarischen Präventionsbefürworter, die mit der Gesundheitsdiktatur zumindest im Stillen liebäugeln, den Gedanken von primärer Prävention fortwährend diskreditieren. Auch die Ökonomen, die fortwährend vorrechnen, dass Prävention am Ende Riesensummen einspare, tragen auf Dauer nicht zur Diskussionskultur bei, weil sie immer die Frage aussparen, welche Kosten im Falle erfolgreicher Prävention die Versorgung der dann zunehmenden Zahl nicht präventabler chronischer Erkrankungsfälle verursachen würde.

Auf der anderen Seite sind sehr wohl gesellschaftliche Präventionskampagnen denkbar und bezüglich ihres Nutzens untersuchbar, wenn der Wille bestünde und die Mittel bereitgestellt würden. Hier mag folgender auf den ersten Blick anekdotisch wirkender Ausflug genügen. In einer Besprechung des Buches „Fat Land“ wies Kritchvsky auf folgende Punkte hin. Der Anteil an gesüßten Lebensmitteln ist in den letzten Jahrzehnten drastisch gestiegen, Fructose als Süßstoff nimmt dabei eine erschreckende Spitzenreiterrolle ein. Die Portionen in den Restaurants und Imbissbuden wurden immer größer. „We don't have to eat it all, but we do“, schreibt Kritchevsky, und schließt: „We are getting fatter because we eat more of everything; our schools have poor or nonexistent recreational activities because we refuse to raise the tax dollars necessary to establish

and maintain them; we tolerate commercial intrusions into our school cafeterias for the same reason; and we cannot seem to come up with funds for safe recreational facilities. The problem are all home-grown, but with dedication and resolve they can be fixed. As Walt Kelly´s Pogo said: We have met the enemy and he is us“. Psychologische Forschung hierzu gibt es ohne Ende, zuletzt in dem sehr lesenswerten Buch “Mindless Eating“ von Brian Wansink zusammengefasst.

## Focus invasive Kardiologie

Zum dritten konkret: Wir erleben aktuell eine hart geführte Debatte um den Zusatznutzen beschichteter Stents bei der Behandlung der koronaren Herzkrankheit. Die Diskussion um die Qualität der zugrunde liegenden Studien wie um die nicht vorhandenen Studien ist extrem wichtig. Es wäre allein schon eine Fallstudie wert, mit welchem Nachdruck der Zusatznutzen beschichteter Stents begründet worden ist: in der Schweiz so weit, dass in der medizinischen Community die Verwendung nicht beschichteter Stents als ethisch unzumutbar betrachtet wurde. Hier soll es um die grundsätzlichere Frage gehen, wie es um die Indikationsstellung für Stents generell bestellt ist. Alle hochwertigen Leitlinien weisen darauf hin, dass es im Falle einer stabilen koronaren Herzkrankheit keine Überlegenheit der invasiven Vorgehensweise bezüglich Tod und Herzinfarkt für die Betroffenen gegenüber konservativer Therapie gibt. Jüngst sind Forscher der Frage nachgegangen, warum Kardiologen häufiger als es sinnvoll ist, bei koronarer Herzkrankheit dennoch invasiv vorgehen. Ergebnis: Kardiologen kennen die Studienlage zwar, gehen aber trotzdem davon aus, dass man mit allen Mitteln Verengungen finden muss und dass Verengungen an den Herzkranzgefäßen in jedem Fall beseitigt werden müssen; sie sprechen selber von einem Reflex: wenn sie Stenosen sehen, müssen sie beseitigt werden („oculostenotic reflex“). Und sie kennen zwar die Studiendaten, glauben ihnen aber nur begrenzt. Und sie sagen selber: wer einmal in einem Katheterlabor gelandet ist, wird dort auch behandelt.

Diese Studie zeigt zweierlei: 1. die Bilder von den Herzkranzgefäßen üben eine unglaubliche Faszination aus und hebeln die Daten guter Studien aus, weil sie das Plausibilitätsdenken der Ärzte wie im Gefolge auch der Patienten bedienen 2. Eine bestehende Infrastruktur, hier die Herzkatheterlabore, schafft sich ihre „Kunden“ und führt dazu, gegen alle Evidenz „das ganze Programm“ abzuwickeln. Konsequenz: der Herzkatheter, Dilatation und Stenting bilden eine echte Innovation, die viel zu häufig eingesetzt wird. Erneut ist die Rede von einer fragwürdigen bis unsinnigen Indikationsausweitung eines prinzipiell sinnvollen Therapieverfahrens.

## Focus Palliativmedizin

Perspektivwechsel: Die Forderung nach Ausbau der Palliativmedizin findet zunehmend Gehör. Die neue GKV-Leistung „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ belegt dies aktuell. Hier sollen zwei Aspekte beleuchtet werden. Zunächst: führt Palliativmedizin zu unkalkulierbaren Kostensteigerungen, wie vielfach befürchtet wird? In einer randomisierten, kontrollierten Studie haben Schneiderman u.a. 2003 gezeigt, dass das Angebot einer umfassenden Beratung von Patienten und Angehörigen zur Frage „Intensivmedizin bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen“ nicht nur bei allen Beteiligten positiv aufgenommen wurde und dass die Entscheidung gegen Intensivmedizin bei dieser untersuchten Gruppe Schwerstkranker keine Reduzierung der verbleibenden Lebenszeit mit sich brachte. Dass dieses Vorgehen zusätzlich auch kosteneffektiv war, sei fast beiläufig erwähnt.

Generell ist freilich ein Mangel an guten vergleichenden klinischen und ökonomischen Studien zur Perspektive der Palliativmedizin zu beklagen. Weniger belastbare Vorher-Nachher-Daten aus Spanien lassen zumindest die begründete Hypothese zu, dass mit steigender Inanspruchnahme von Palliativbetten die Gesamtkosten der Versorgung Schwerstkranker nicht steigen müssen. Es ist sehr zu hoffen, dass die weitere Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland besser beforscht werden kann als dies bisher der Fall ist. Zum zweiten: Wer definiert, wie Palliativmedizin und Kuration voneinander unterschieden werden können? Es ist nur auf den ersten Blick einfach, Kuration zu definieren. Es ist aber sehr einfach, im klassischen klinischen Verständnis, stationär wie ambulant, Leistungen auch dann zu verordnen, wenn ein kuratives Ziel außerhalb aller Erfahrungen und aller Evidenz liegt, häufig legitimiert durch die Argumentationsfigur „ut aliquid fiat“ – und auch ohne dass ein wichtiges palliatives Ziel wie Schmerzlinderung oder Beseitigung von Atemnot zur Debatte stünde. Im starken Kontrast hierzu findet sich dann aber immer noch häufig der schreckliche Satz „Wir können nichts mehr für Sie tun“, womit Palliativmedizin dann in der Wahrnehmung der Erkrankten zu einer zweitklassigen Versorgung auf schiefer Ebene gerät. Gibson hat dies wie folgt formuliert: „For wide-spread acceptance of palliative care, the separation from curative treatment must be abandoned....In contrast, if palliative care is initiated only when the decision is made to stop aggressive treatment, it will become associated with the ‚terrible choice‘ and society will gain a very narrow view of the benefit it can render“. Das besorgte Reden von den extremen Folgen des demographischen Wandel würde an Ernsthaftigkeit gewinnen, wenn eine grundlegende Debatte über die Fragen begonnen würde, wie viel nichtige Therapie (besser: nichtiges Handeln) Schwerstkranker unter dem falschen Versprechen von Heilung erfahren und wie viel wichtige Palliation ihnen allen Standards zum trotz vorenthalten wird. Die Lösung kann kaum sein, die Ausweitung palliativer Leistungen wiederum rein additiv zu verstehen. Das setzt aber voraus, über die Ziele medizinisch-pflegerischer-psychosozialer Versorgung noch einmal unvoreingenommen, jenseits bisheriger lieb gewordener Routinen nachzudenken.

Man könnte am Beispiel der sich jetzt neu formierenden spezialisierten ambulanten Palliativteams ausführlicher diskutieren, wie neue Versorgungsstrukturen unter dem

Aspekt des demographischen Wandels aussehen müssten. Das Chronic Care Modell ist ein solcher Versuch, nicht mehr primär diagnoseorientiert und parzelliert in Spezialdisziplinen zu denken sondern die sich häufig wandelnden prioritären Probleme chronisch Kranker zum Ausgangspunkt von Behandlungsplänen zu machen. Dies wirft die Frage von Kooperation und Interdisziplinarität in ungewohnter Weise auf. Noch findet dieses Denken in Deutschland wenig Widerhall, so im Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt, das an einer Adaptation dieses Modells für Deutschland arbeitet.

## Focus Forschungskultur

Der Beitrag der Forschung zu den genannten Problemfeldern wird einerseits chronisch überschätzt, weil die Logiken der Systeme mächtiger sind als noch so umfassende Wissensbestände es je sein könnten. Im Falle des Gesundheitssystems treffen zudem wirtschaftliche Interessen, professionelles Hegemoniestreben und die unerschütterliche Hoffnung auf ein unbeschädigtes Dasein in geradezu fantastischer Weise aufeinander. Andererseits bestehen dramatische Schwachstellen in der Agenda der Gesundheitsforschung, die es im Sinne des „ceterum censeo“ unermüdlich anzusprechen gilt. Da ist zuerst festzuhalten, dass über Steuerfinanzierung erhebliche Mittel in die Grundlagenforschung fließen, und hierbei die Erwartungen der Industrie in erheblichem Umfang berücksichtigt werden. Die Industrie selber fördert Forschung naturgemäß vor allem bis zur Marktzulassung ihrer Produkte. Methodisch hochrangige Forschung im Feld ist demgegenüber hochgradig defizitär und kann auch nicht durch Versorgungsforschungsprojekte des BMBF, der Kassen, der Rehaträger oder der Bundesärztekammer ersetzt werden. Die medizinischen Fakultäten sind an Fragen der Optimierung von Behandlungsverläufen und an Strukturfragen kaum interessiert und halten zudem alle wissenschaftlichen Methoden jenseits der naturwissenschaftlich fundierten Schulmedizin auf Sparflamme. Die öffentliche Rhetorik in Sachen demographischer Wandel und Folgen für das Versorgungssystem findet in der Forschung mithin kein stabiles Gegenüber. Am Ende sind die Versprechungen der modernen Molekularbiologie immer wirksamer als noch so gut begründete gesundheitswissenschaftliche Forschungsstrategien, welche den medizinischen Fortschritt in einer weiter alternden Bevölkerung sichern und in eine ausgewogenere Balance mit der Stärkung der psychosozialen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Altern bringen wollen.

## Fazit

Erst wenn es gelingt, so die These, das Thema „medizinischer Fortschritt“ stärker als bisher mit der Diskussion um prioritäre Versorgungsprobleme zu verbinden, wird deutlich werden, dass medizinische Versorgung auf der einen Seite tatsächlich prinzipiell keine Sättigungsgrenzen kennt, dass aber genau deswegen die heute noch verteufelte Debatte um die Rationierung besonnener geführt werden muss. Eine grundlegende Auseinandersetzung um die Verteilung der grundsätzlich immer knappen Güter im Gesundheitswesen ist in Deutschland noch nicht geführt worden. Der demographische

Wandel erzwingt diese Debatte, nicht etwa um den Leistungskatalog in gefährlicher Form zurechtzustutzen, sondern um eine ehrlichere Auseinandersetzung um Prioritäten und Qualität in der Versorgung zu beginnen.

Wie ist es möglich, dass die Orientierung auf relevante Versorgungsziele in alternden Gesellschaften so schwer fällt? Vielleicht liegt es auch an der Neigung zur Verdrängung einfacher Wahrheiten. Friedrich Hebbel (1813-1863): „Die Menschheit lässt sich keinen Irrtum nehmen, der ihr nützt. Sie würde an Unsterblichkeit glauben, und wenn sie das Gegenteil wüsste“.

---

## Literatur beim Verfasser

Norbert Schmacke, Prof. Dr. med., geb. 1948. Arzt für Innere Medizin, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaftler (Habilitation mit Schwerpunkt Sozialmedizin 1995). Langjährige Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitsdienst (zuletzt Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf 1994-1999) und in der Sozialversicherung (Leitender Mitarbeiter des AOK-Bundesverbandes 1999 bis 2003). Hochschullehrer im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, seit Oktober 2003 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen. Letzte Buchveröffentlichung: Wie viel Medizin verträgt der Mensch? (Kompakt Verlag, Bonn 2005).

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung  
Universität Bremen  
Wilhelm-Herbst-Strasse 7  
28359 Bremen  
fon + 49 (0) 421 218 8131  
fax + 49 (0) 421 218 8135  
schmacke@uni-bremen.de

Bitte besuchen Sie uns auch unter **[www.implicon.de](http://www.implicon.de)**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

<b>Impressum:</b>			
<b>Herausgeber</b>	<b>Redaktion</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Layout</b>
Dr. med. Manfred Albring Tel.: 030/431 02 95	Helmut Laschet (verantwortlich)	Warnauer Pfad 3 13503 Berlin	Roman und Braun GbR <a href="http://www.romanundbraun.de">www.romanundbraun.de</a>