

Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

**Ergebnisse des Workshops zu
Forschungsbedarf im Bereich
Medizin und Gesundheit**

Manfred Rohr, Diethard Schade

Nr. 176 / September 2000

Arbeitsbericht

ISBN 3-934629-22-9

ISSN 0945-9553

***Akademie für Technikfolgenabschätzung
in Baden-Württemberg***

Industriestr. 5, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711 • 9063-0, Fax: 0711 • 9063-299
E-Mail: info@ta-akademie.de
<http://www.ta-akademie.de>

Ansprechpartner: Dr. Manfred Rohr
Tel.: 0711/9063-103
E-Mail: manfred.rohr@ta-akademie.de

Die *Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg* gibt in loser Folge Aufsätze und Vorträge von Mitarbeitern sowie ausgewählte Zwischen- und Abschlussberichte von durchgeführten Forschungsprojekten als *Arbeitsberichte der Akademie* heraus. Diese Reihe hat das Ziel, der jeweils interessierten Fachöffentlichkeit und dem breiten Publikum Gelegenheit zu kritischer Würdigung und Begleitung der Arbeit der Akademie zu geben. Anregungen und Kommentare zu den publizierten Arbeiten sind deshalb jederzeit willkommen.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort

1. Einleitung	3
2. Prof. Dr. F.-W. Kolkmann Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und offene Fragen	8
Diskussion	16
3. Dr. päd. U. Stößel Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen – Forschungsfragen aus Sicht von Public Health	21
Diskussion	36
4. Prof. Dr. med. habil. M. Kentner Prävention in der modernen Industriegesellschaft	41
Diskussion	53
5. Dr. biol. hum. Dipl.-Päd. E. Toepler Psychosoziale Gesundheit in der Informationsgesellschaft – Perspektiven für Baden-Württemberg?	56
Diskussion	68
6. Schlussdiskussion	70
6.1 Gesellschaftlicher Diskurs über die Ziele und zukünftigen Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems	70
6.2 Kollektive Absicherung individueller Ansprüche	71
6.3 Marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitswesens und ethische Implikationen	72
7. Schlussfolgerungen und Zusammenfassung	74

Vorwort

Unser Gesundheits- und Sozialsystem befindet sich in einer Umbruchphase und steht vor neuartigen Herausforderungen und Problemen, die aus grundlegenden gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen resultieren. Die Probleme im Gesundheitswesen werden gegenwärtig vor allem unter ökonomischen Gesichtspunkten thematisiert. Die finanziellen Leistungen der Solidargemeinschaft für das Gesundheitswesen haben eine Größe erreicht, die vielfältiges politisches Handeln ausgelöst hat, um die Kosten im Gesundheitssystem zu begrenzen. Das Gesundheitswesen steht vor dem Hintergrund der allgemeinen Finanzierungskrise des Sozialstaates unter immensem Druck, und für alle Akteure stellt sich gegenwärtig unausweichlich die Frage, ob die in der Vergangenheit gewachsenen Ansprüche der Bürger an die medizinische Versorgung aufrecht erhalten werden können, oder ob der anhaltende Sparzwang zu Leistungsbegrenzungen und in der Folge möglicherweise auch zur Rationierung, also zur bewussten Vorenthaltung medizinisch effektiver und im Einzelfall auch medizinisch notwendiger Leistungen führt. Dabei hat der einzelne Patient bislang nur geringe Möglichkeiten, seine Präferenzen zu artikulieren oder eigenverantwortlich zu handeln.

Über die richtigen Schritte zur Verringerung und Begrenzung der Kosten bei angemessener Berücksichtigung der Interessen der Patienten gehen die Auffassungen auseinander. Die einen plädieren für mehr Freiheit, Markt und Wettbewerb. Die anderen beharren auf der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bürger durch die Solidargemeinschaft und der Bewahrung der bestehenden Strukturen.

Vor diesem Hintergrund standen Konzepte, die einerseits die Kosten im Gesundheitssystem dämpfen und andererseits die Eigenverantwortung des Patienten stärken können, im Mittelpunkt der Diskussionen des Workshops in der TA-Akademie am 20. November 1998. Darüber hinaus wurden von den Teilnehmern Anregungen für Forschungsarbeiten gegeben, die über die bereits laufenden Arbeiten hinaus durchgeführt werden sollten und Beiträge zur Lösung bestehender Probleme liefern könnten.

M. Rohr

D. Schade

1. Einleitung

Die Akademie für Technikfolgenabschätzung führt seit ihrem Bestehen im Zwei-Jahres-Rhythmus eine Umfrage zur Technikfolgenforschung in Baden-Württemberg durch und vermittelt mit der gleichnamigen Dokumentation¹ einen Überblick über die vielfältigen Forschungsaktivitäten in Baden-Württemberg, die für Technikfolgenabschätzungen (TA) von Bedeutung sein können. Beginnend mit der Umfrage 1997 wurde zusätzlich zur Erhebung von Forschungsinstitutionen und Forschungsprojekten auch nach dem Forschungsbedarf aus der Sicht der jeweiligen Institutionen gefragt, um darauf aufbauend die Kommunikation zwischen den Forschungseinrichtungen entsprechend dem Auftrag der TA-Akademie unterstützen zu können.

Im Ergebnis hat die Umfrage 1997 zahlreiche interessante Hinweise, Anregungen und Vorschläge zu möglichem Forschungsbedarf erbracht (Abb. 1). Insgesamt gingen 115 Vorschläge von 60 Institutionen und Einrichtungen ein, die sich auf das gesamte Themenfeldspektrum der Dokumentation verteilen.

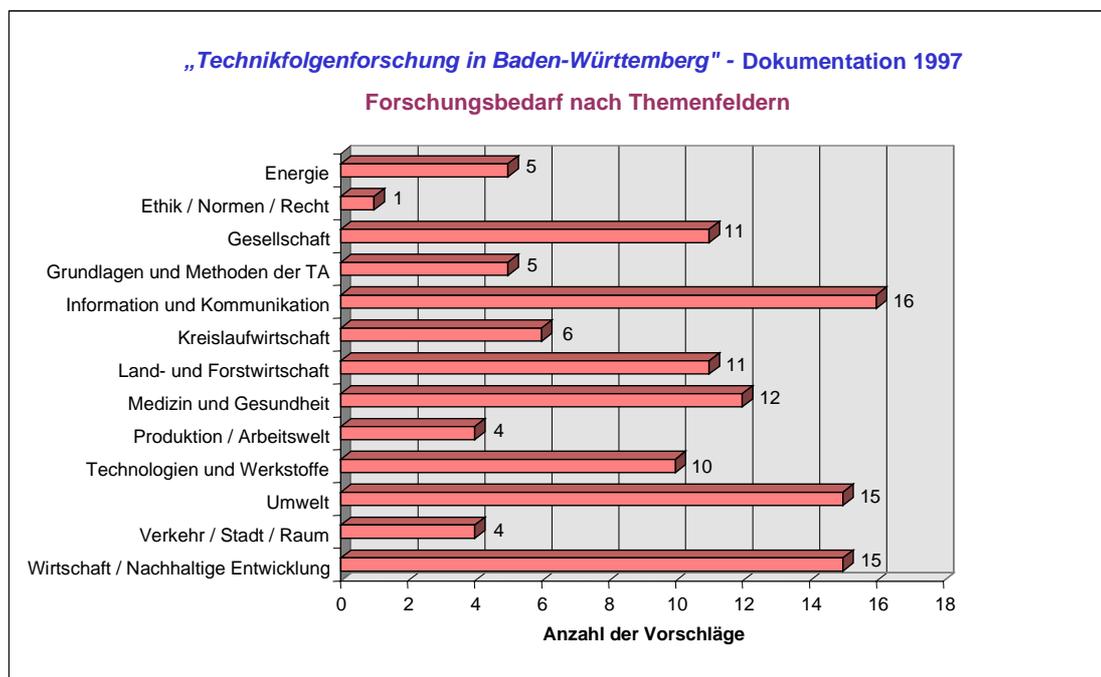


Abb. 1: Forschungsbedarf nach Themenfeldern

¹ M. Rohr, M. Kaimer: Technikfolgenforschung in Baden-Württemberg. Dokumentation 1997 (mit CD-ROM). Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart, 1998 (ISBN 3-932013-28-X)

Genaueren Aufschluss über den als vordringlich erachteten Forschungsbedarf erhält man aus der Abb. 2. Dieser konzentriert sich in dem hervorgehobenen Bereich insbesondere auf diejenigen Themenfelder, in denen vergleichsweise wenige Projekte durchgeführt werden, demgegenüber aber größere Forschungsdefizite identifiziert und entsprechende Vorschläge unterbreitet wurden.

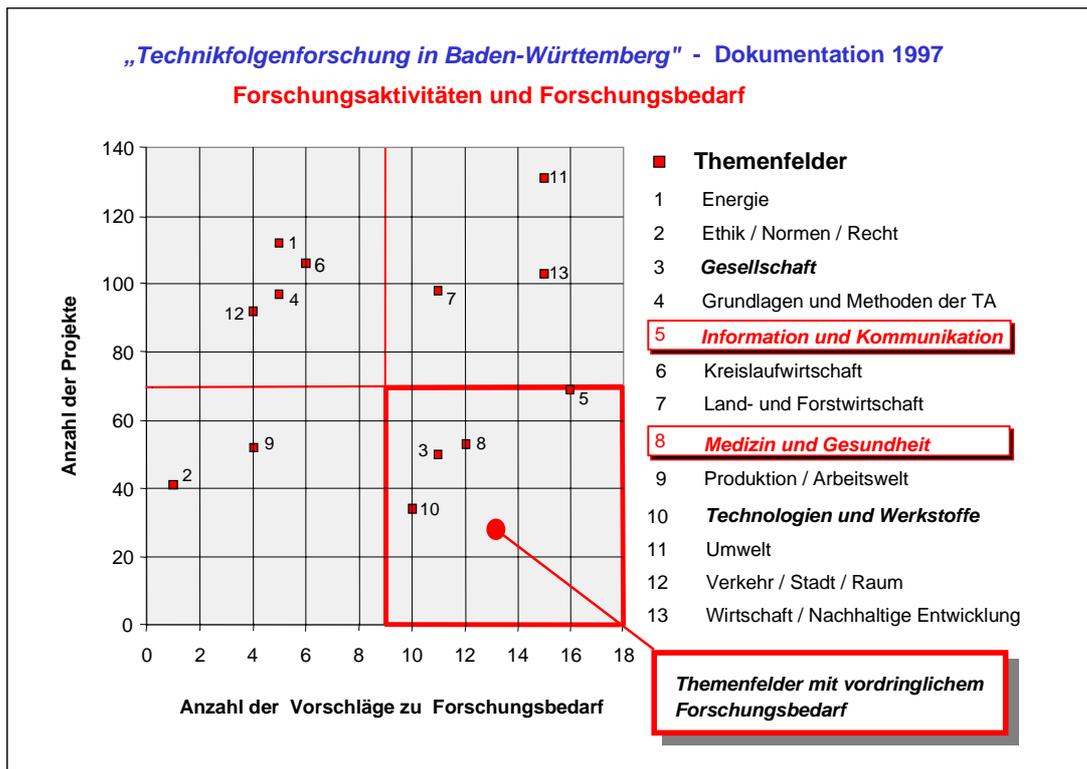


Abb. 2: Forschungsaktivitäten und Forschungsbedarf

Die Themenfelder *Medizin und Gesundheit* sowie *Information und Kommunikation* wurden daraufhin von der TA-Akademie ausgewählt, um themenorientierte Workshops zu Entwicklungstendenzen und Forschungsbedarf durchzuführen (vgl. hierzu auch ²). Ziel war es dabei jeweils, im Kreise von Experten, Sachverständigen und interessierten gesellschaftlichen Akteuren zu klären, ob und zu welchen Themen zusätzliche Forschungen in diesen Bereichen durchgeführt werden sollten und welcher mögliche Beitrag dabei durch die TA-Akademie geleistet werden könnte. Der vorliegende Arbeitsbericht dokumentiert die Beiträge und Diskussionen des Workshops zu

² Rohr, M.: Akademie diskutiert mit Experten Entwicklungstendenzen und Forschungsbedarf in ausgewählten Schwerpunktrichtungen. In: TA-Informationen, 2/99, S. 18-20, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart, 1999

Medizin und Gesundheit; die inhaltlichen Schwerpunkte und Ergebnisse des Workshops zum Forschungsbedarf im Bereich *Information und Kommunikation* sind in einem gesonderten Arbeitsbericht³ dokumentiert.

Der Workshop zum Forschungsbedarf im Bereich *Medizin und Gesundheit* fand am 20. November 1998 in der TA-Akademie statt und führte 21 Experten (Tab. 1) aus der Wissenschaft, der Verwaltung und der Praxis unter dem Leitthema „Forschungsbedarf im Bereich Medizin und Gesundheit – *Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen?*“ zusammen.

Zur Strukturierung der Diskussion im Workshop waren die folgenden Leitfragen vorgegeben:

- Was ist Gesundheit? Welche Leistungen soll das Gesundheitssystem in Abgrenzung zu anderen gesellschaftlichen Systemen der Daseinsvorsorge bieten?
- Welche Rolle können Eigenverantwortung und Selbstbestimmung von Leistungsempfängern vor dem Hintergrund gesamtgesellschaftlicher Ziele wie Prävention, Verteilungsgerechtigkeit, Qualitätssicherung, effizienter Mitteleinsatz, etc. spielen?
- Welche Rolle können Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis spielen und welche Verantwortung muss der Arzt übernehmen?
- Welche Instrumente können dazu dienen, die Eigenverantwortung von Leistungsnachfragern im Gesundheitssystem zu stärken? Ist die marktwirtschaftliche Orientierung der einzige Weg?
- Welchen Bedingungen müsste ein „Gesundheitsmarkt“ genügen, um einerseits individuelle Selbstbestimmung zu befördern und andererseits übergeordnete soziale Aspekte wie Solidarität und gesellschaftliche Akzeptanz nicht in den Hintergrund zu drängen?
- Lassen sich erfolgversprechende Wege erkennen, auf denen die Probleme des Gesundheitssystems durch mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung

³ Barthel, J.; Fuchs, G.; Wolf, H.-G. (Hrsg.): Technikfolgenabschätzung zur Informations- und Kommunikationstechnik. Workshopdokumentation. Stuttgart, 1999 (Arbeitsbericht Nr. 131 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg) ISBN 3-932013-60-3

verringert werden können und welche konkreten Schritte wären dazu einzuleiten?

Name	Institution	Ort
Bort, MedD Dr. G.	Sozialministerium Baden-Württemberg	Stuttgart
Braun, Dr. D.	Universität Tübingen Institut für Arbeits- und Sozialmedizin	Tübingen
Daub, Prof. Dr. D.	Städtisches Klinikum Karlsruhe	Karlsruhe
Haux, Prof. Dr. R.	Universität Heidelberg Institut für Medizinische Biometrie und Informatik	Heidelberg
Hübner, Dr. I.	Diakonisches Werk der EKD Dienststelle Berlin	Berlin
Kentner, Prof. Dr. M.	Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung	Karlsruhe
Kolkmann, Prof. Dr. F.	Landesärztekammer Baden-Württemberg	Stuttgart
Leidl, Prof. Dr. R.	Universität Ulm, Fakultät für Mathematik und Wirtschaftswissenschaften, Abteilung Gesundheitsökonomie	Ulm
Marckmann, Dr. G.	Universität Tübingen, Medizinische Fakultät Lehrstuhl für Ethik in der Medizin	Tübingen
Meisner, C., M. A.	Universität Tübingen Institut für Medizinische Informationsverarbeitung	Tübingen
Porzsolt, Prof. Dr. F.	Universität Ulm, Medizinische Fakultät Arbeitsgruppe Klinische Ökonomik	Ulm
Pfister, Dr. G.	TA-Akademie	Stuttgart
Reinhard, Assessor F.	Universität Mannheim Institut für Versicherungswissenschaft	Mannheim
Reiter-Theil, Dr. S.	Universität Freiburg Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin	Freiburg
Rohr, Dr.-Ing. M.	TA-Akademie	Stuttgart
Schade, Dr.-Ing. D.	TA-Akademie	Stuttgart
Steiner, Prof. Dr. R.	Institut für Lasertechnologien in der Medizin und Meßtechnik an der Universität Ulm	Ulm
Toepler, Dr. E.	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.	Stuttgart
Wachlin, K. D.	TA-Akademie	Stuttgart
Warmbrunn, MedD Dr. J.	Sozialministerium Baden-Württemberg	Stuttgart

Tabelle 1: Teilnehmer des Workshops am 20.11.1998

Der vorliegende Arbeitsbericht gibt die vier Impulsreferate und eine ergebnisorientierte Zusammenfassung der Diskussionen wieder. Die Mitschnitte der Vorträge wur-

den zum Zweck der besseren Lesbarkeit in Abstimmung mit den Autoren mehr oder weniger intensiv bearbeitet und in angenäherte Schriftsprache übersetzt. Zwischenrufe, Übergänge, Wortmeldungen, Aufrufe usw. wurden – soweit nicht zum Verständnis hilfreich – weggelassen.

2. Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und offene Fragen

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann

Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Seit ich mein medizinisches Staatsexamen abgelegt habe, praktisch während meiner gesamten bisherigen beruflichen Laufbahn als Arzt, befindet sich die Medizin in einer Krise, einer also jahrzehntelangen Dauerkrise auf die anscheinend keine Lysis, keine Erholung, keine Wende zum Besseren oder zum Absterben, zum Tode erfolgt ist.

Was ich meine ist die Tatsache, dass permanent seit Jahrzehnten von allen möglichen gesundheitspolitischen, gesundheitsökonomischen, soziologischen, philosophischen, sozioökonomischen usw. Experten diese Krise in der Medizin heraufbeschworen, zitiert und diagnostiziert worden ist, natürlich mit den zugehörigen Lösungs- und Therapieanschlüssen. Die Frage nach dem Spannungsfeld zwischen Medizin und Gesellschaft, zwischen Angeboten des Gesundheitssystems und Erwartungen der Individuen an das System, ist also keineswegs neu, sondern uralt, im Grunde begleitet sie auch die naturwissenschaftliche Medizin von deren Beginn an. Sie lässt sich unter anderen Vorzeichen schon in den Gegensätzen der Medizinschulen von Kos und Knidos der griechischen Antike erkennen.

In der Neuzeit handelt es sich zunächst im Wesentlichen um einen Paradigmenstreit zwischen naturwissenschaftlich orientierter Medizin und Volksmedizin, also Naturheilkunde, Homöopathie, sogenannten alternativen oder komplementären Heilmethoden usw. und der sogenannten Schulmedizin (Hahnemann), die sich auf naturwissenschaftliche Methoden beruft. Der vermeintlichen Kälte, dem angeblich entindividualisierenden Reduktionismus der naturwissenschaftlichen Medizin mit den Methoden der kühl analysierenden, distanzierenden objektiven Fallanalyse, mit Chemie, Strahl und Stahl als Therapie, wurde und wird die Wärme der sogenannten natürlichen Heilmethoden, der Erfahrungsmedizin usw., der sanften Medizin, der Ganzheitsmedizin entgegengesetzt.

Nebenbei, Karl Jaspers hat in einem Essay über den "Arzt im technischen Zeitalter" schon 1958 darauf hingewiesen, dass es eine Ganzheitsmedizin nicht geben kann, weil das Ganze kein Gegenstand, sondern eine Idee sei.

Im Jahre 1974 kam dann, ausgerechnet von dem CDU-Politiker Heiner Geißler, die Warnung vor der Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Ein ideologisches Schlagwort, das seither die Gesundheitspolitik gleich welcher politischen Farbe bestimmt und der "Krise" in der Medizin eine weitere, dominierende Facette hinzufügt. Gesundheitspolitik ist seither im wesentlichen Kostendämpfungspolitik.

Die Ärzteschaft hat die Kostenexplosion stets bestritten. Wie ich vor einigen Tagen der Ärztezeitung entnommen habe, hat sich ein Autorenteam aus dem Wissenschaftszentrum Berlin und der Grundsatzabteilung des Gesundheitsministeriums Brandenburg in einem aktuellen Buch mit "populären Irrtümern zur Gesundheitspolitik" beschäftigt. Die These von der Kostenexplosion wird dort als ein nicht ausrottbarer Irrtum, die Geißler'sche Rechnung als Milchmädchenrechnung charakterisiert.

Ich möchte das jetzt nicht weiter vertiefen. Es ist in der Tat aber so, dass in den alten Bundesländern seit mehr als zehn Jahren der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zwischen acht und neun Prozent liegt und dass der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am BIP zwischen 1980 und 1995 um gerade einmal 0,8 Prozent gestiegen ist. Der Beitragssatz zur GKV ist in den letzten 17 Jahren in den alten Bundesländern um ca. zwei Prozent, in den neuen Bundesländern zwischen 1991 und 1997 um etwas mehr als ein Prozent gestiegen. Das alles kann man sicher nicht als Kostenexplosion bezeichnen. Diese vergleichsweise geringen Steigerungen von Ausgaben und Beiträgen sind aber wohl in erster Linie Folge einer konsequenten Politik der Beitragssatzstabilität und Ressourcenverknappung, in der sich die Gesundheitspolitik der letzten zwei Jahrzehnte erschöpft hat. Es stellt sich deshalb sehr die Frage, ob diese Politik auch den Anforderungen an eine moderne, sachgemäße medizinische Versorgung gerecht wird.

Gesundheitspolitiker aller Parteien, Kassenvertreter, auch Vertreter der Ärzteschaft wurden und werden nicht müde, unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem als eines der weltbesten und dazu noch relativ kostengünstigen Systeme zu preisen. Andererseits gibt es über 50 Gesetze und Verordnungen, mit denen die Politik in den letzten Jahrzehnten eben in dieses System eingegriffen und Veränderungen herbeigeführt hat. Ganz so gut kann das Gesundheitssystem dann aber wohl nicht sein. Der Trend der letzten Jahre geht auch dahin, dieses System radikal umzukrempeln, entgegen Aussagen politischer Sonntagsreden. Die Zauberworte lauten "Wettbewerb

unter Leistungserbringern und Krankenversicherungen” und “Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement”. Die Rezepte hierfür werden zum Teil aus den USA importiert. Es handelt sich um Einkaufsmodelle nach den Vorbildern der sogenannten HMO’s (Health-Maintenance-Organisations), MCO’s (Managed-Care-Organisations), Disease Management, Case Management, Primärarztmodelle usw.. Zum Teil sicher auch als Antwort auf die oben erwähnten Tendenzen gedacht, werden von Ärzten bzw. Krankenversicherungen teilweise unter Mithilfe von Kassen der GKV sogenannte Netzwerke gegründet – zunächst vor allem im Bereich der ambulanten Medizin – nicht selten mit dem erklärten Ziel, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Es zeichnen sich aber auch Verbünde zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ab. Es geht um eine bessere Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. Dem soll auch ein Konsenspapier zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung dienen. Darin geht es im wesentlichen um die gemeinsame Nutzung von Großgeräten und um Möglichkeiten, sogenannte hochspezialisierte diagnostische und/oder therapeutische Leistungen auch ambulant von Krankenhausspezialisten erbringen zu lassen.

Die Trennung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche wird als Schwäche des Systems, eine Art kostenträchtige Sollbruchstelle und Ursache vermeidbarer Qualitätsdefizite angesehen. Von einer Verschmelzung oder wenigstens besseren Integration beider Versorgungsbereiche erhofft man sich also Kosten- und Qualitätsvorteile. Aus der Sicht der Ärzteschaft ist eine Verschmelzung von ambulantem und stationärem Versorgungssektor wünschenswert, aber nur dann, wenn diese Verschmelzung auf der persönlichen Ebene, in der Person der Ärztin oder des Arztes erfolgt. Sie muss zudem mit einer Reform der hierarchischen Strukturen im Krankenhaus gekoppelt werden. Krankenhausärzte müssen in die Lage versetzt werden, auf eigenes Risiko hin ambulant zu behandeln, niedergelassene Ärzte sollten ihre Patienten auch stationär versorgen können. Der derzeitige Trend geht eher dahin, Krankenhäusern als sogenannten Gesundheitszentren Zugang zur ambulanten Versorgung zu verschaffen und den ambulanten Bereich durch die Einführung eines Primärarztsystems neu zu ordnen. Dieses würde bis zu einem gewissen Grad eine Anpassung an andere europäische Versorgungssysteme bedeuten. Andererseits würde der bei uns gut etablierten, ambulanten fachärztlichen Versorgung die Grundlage entzogen werden und wesentliche Patientenrechte, nämlich das der freien Arztwahl, gefährdet in Gefahr.

Eine zunehmend wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem spielt das Thema Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement. Man hat gelegentlich den Eindruck, als werde Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als Königsweg zur Behebung der wirtschaftlichen Schwierigkeiten unseres Gesundheitswesens angesehen. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement haben im Gesundheitswesen allerdings nicht primär ökonomische Funktionen, sondern sollen, so jedenfalls die Überzeugung der Ärzteschaft, in erster Linie der Erhaltung und – falls nötig – der Sicherung und Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung dienen. Auf keinen Fall kann man jedoch mit Hilfe der Qualitätssicherung Qualitätsdefizite und Rationierungseffekte vermeiden, die durch Mittelverknappung bzw. Ressourcenmangel bedingt sind.

Mir ist übrigens keine einzige Untersuchung bekannt, die schlüssig belegen kann, dass Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu einer allgemein spürbaren und langfristigen Ausgabensenkung im Gesundheitswesen führen. Im Gegenteil, aus den USA wissen wir, dass das dort übliche Qualitätsmanagement zu einer Erhöhung des Verwaltungskostenanteils auf nahezu 20 Prozent der Gesamtkosten geführt hat.

Qualität ist meines Erachtens auch als Wettbewerbsparameter ungeeignet, weil – jedenfalls in unserem System – jede Patientin und jeder Patient Anspruch auf eine gleichmäßig gute Versorgungsqualität hat, unabhängig davon, wo sie versichert sind oder von welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus sie behandelt werden. Jede andere Lösung würde ethische Probleme aufwerfen und würde weder von der Ärzteschaft noch vom Pflegepersonal und sicher auch nicht von den Patienten akzeptiert werden.

Möglicherweise könnten Einkaufsmodelle, Primärarztssysteme, MCO's oder ähnliches die Finanzierungsprobleme unseres Gesundheitssystems lösen helfen. Dieses würde aber nicht nur, wie schon erwähnt, Patientenrechte beeinträchtigen, sondern auch die ärztliche Therapiefreiheit erheblich einschränken, weil derartige Konzepte natürlich nur ihren Zweck erfüllen können, wenn man das medizinisch Notwendige, also den Leistungskatalog normativ definiert, was dann einer offenen Rationierung gleichkäme. Die Übertragung der Managed-Care-Konzepte der USA auf unser Gesundheitssystem würde meines Erachtens ein völlig anderes System bedeuten. Die Erfahrungen aus den USA mit Managed-Care-Organisationen sind übrigens häufig schlecht und stoßen auf beträchtliche Widerstände nicht nur in der Ärzteschaft, sondern vor allem auch in der Bevölkerung.

Die Alternative Wettbewerb bzw. die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente wäre mit dem Solidaritätsgedanken nicht vereinbar. Der von Verbänden der GKV

geprägte Begriff des “solidarischen Wettbewerbs” ist unsinnig. Wettbewerb zielt immer auf Sicherung der eigenen Marktposition und Verdrängung der Konkurrenz. Auch ist das Gesundheitswesen kein Markt im üblichen Sinne, allenfalls ein Pseudomarkt. Patienten sind keine wirklichen Kunden. Ihre Wahlfreiheit ist in der Regel krankheitsbedingt eingeschränkt. Auch haben sie nur im Ausnahmefall Medizin studiert, so dass ihr Informationsstand bei aller Förderung von “Informed-Consens” – auch so ein verbaler Weichspüler – meist nicht ausreicht, wirklich unabhängige Entscheidungen zu treffen. Angebot und Nachfrage regeln sich im Gesundheitswesen nicht gegenseitig, sondern regulieren sich auf ein immer höheres Niveau hinauf. Das Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes Gebilde. Es folgt offenbar eigenen Gesetzen und Regeln, die wir schon deshalb nicht oder nur unzureichend beherrschen können, weil wir sie nur unzureichend kennen. Dies ist kein Wunder, da es in Deutschland weder eine Gesundheitsberichterstattung noch eine flächendeckend angelegte Versorgungsforschung gibt, die diesen Namen verdienen. Dabei stellt sich die Frage, ob wir, d.h. die Krankenkassen und die Ärzteschaft, und die Gesundheitspolitik das überhaupt wollen.

Das Gesundheitswesen hat eine soziale und humanitäre Funktion. Diese Aufgabe ist unter dem ständigen Kosten- und Finanzierungsdruck, dem nicht nur Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch Versicherte wie Patientinnen und Patienten seit Jahren ausgesetzt sind, mehr und mehr in Vergessenheit geraten. Es werden ständig die Ausgaben diskutiert und kaum jemand fragt danach, in welchem Umfang der soziale und humanitäre Auftrag des Gesundheitswesens überhaupt noch realisiert werden kann.

Tatsächlich hat unser Gesundheitssystem in der Vergangenheit auch beträchtliche Erfolge erzielt. Diese Erfolge beruhen sicherlich ganz wesentlich auf dem Solidaritätsprinzip, der solidarischen Finanzierung. Dieses System ist aber offensichtlich an den Grenzen seiner Finanzierbarkeit angelangt. Die politischen Prioritäten sind anders gesetzt. Die Senkung der Arbeitslosigkeit und der Lohnnebenkosten sowie die Sicherung des Standorts Deutschland haben einen höheren Stellenwert. Sicher spielen die mit sinkenden Beiträgen verbundene rückläufige Lohnquote und die hohe Arbeitslosigkeit eine wichtige Rolle.

Unser Gesundheitswesen hat kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem. Ich glaube allerdings nicht, dass zusätzliche finanzielle Ressourcen allein das Problem werden lösen können. Sehr viel schwerwiegender ist die bekannte demographische Entwicklung, die Zunahme Betagter und Hochbetagter, die Zunahme der Rentner und

die rückläufige Geburtenrate, also fehlender Nachwuchs, deren Folgen für die Finanzierung unserer sozialen Sicherungssysteme fatal sind. Ein weiteres Problem ist die Dynamik der medizinischen Wissenschaft selbst, der medizinische Fortschritt, der wesentlich zur Verknappung der Ressourcen beiträgt. Statistisch gesehen bewirkt dieser Fortschritt nicht etwa eine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Weil die Medizin inzwischen so viel Leben erhält oder verlängert, sinkt die durchschnittliche Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger.

Wir haben es nicht nur bei älteren Menschen, sondern auch schon bei Ungeborenen, Säuglingen und Kindern mit einer Explosion des medizinisch Machbaren zu tun. Man muss nicht erst die Potenzpille Viagra bemühen, um die Situation zu erläutern. Es wird am Herzen von Föten im Mutterleib operiert, man entwickelt Medikamente gegen die Alzheimersche Krankheit, zur Verbesserung der Gedächtnisleistung und gegen die HIV-Infektion. Hüftgelenkersatz wird mittels Computersimulation optimiert und man setzt Babys, aber auch über 100jährigen Menschen Herzschrittmacher ein. Man transplantiert erfolgreich Leberteilstücke, arbeitet an einer Leberersatztherapie, implantiert künstliche Hörschnecken, arbeitet an der Entwicklung eines Retinaersatzes, entwickelt künstliche Herzen und vieles mehr.

Zwangsläufig muss das alles zu begründeten und begründbaren Mengen- und Leistungsausweitungen führen und damit zu erhöhtem Verbrauch von Ressourcen. Wenn man dann noch die Folgen unseres sehr weit gefassten Gesundheitsbegriffs hinzurechnet und den Umstand berücksichtigt, dass Medizin vielen Menschen als Religionsersatz dient, dann wird klar, dass unser Gesundheitssystem, so wie es sich derzeit darstellt, im Prinzip unersättlich ist.

Die Politik hat sich mit Budgetierungen beholfen. Das bedeutet, dass Ressourcen nicht mehr nach Bedarf verteilt, sondern zugeteilt werden müssen. Das wirft Fragen nach der Verteilungsgerechtigkeit, d.h. ethische Fragen auf. Ärztinnen und Ärzte wie Krankenhäuser müssen zunächst prüfen, welche Mittel zur Verfügung stehen und dann Therapieziele definieren. Das kann durchaus bedeuten, dass das Therapieziel Gesundheit nicht mehr angestrebt wird, weil das zu teuer ist. Ich behaupte, dass wir uns selbst etwas vormachen, dass vor allem aber die Politik und auch die Krankenkassen und andere sich und der Bevölkerung etwas vormachen, wenn immer wieder behauptet wird, dass unser System immer noch jedem nach Bedarf jederzeit jede Leistung zur Verfügung stellen kann. Wir stehen vielmehr bereits vor der Situation, dass allgemein anerkannte Versorgungsstandards nicht mehr überall stringent eingehalten

werden können. Es gibt bereits jetzt in Teilbereichen des medizinischen Alltags eine Rationierung, auch wenn man das nicht wahrhaben will und diese Tatsache verdrängt. Ärztinnen und Ärzte geraten in ein Dilemma, einen unauflösbaren Konflikt zwischen Patienteninteressen und Ressourcenknappheit, der nicht nur zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht, sondern auch zu Lasten der Ärzteschaft.

Nach dem verbindlichen ärztlichen Berufsrecht müssen Ärztinnen und Ärzte medizinische Sorgfaltsstandards beachten. Nach dem Sozialrecht sind sie auf die Einhaltung der vorgegebenen finanziellen Rahmenbedingungen angewiesen. Das bedeutet, dass die Sorgfaltsstandards des Zivilrechts im Widerspruch mit den Möglichkeiten des Sozialrechts stehen, was zeigt, dass in unserem Gesundheitswesen die Einheit der Rechtsordnung gefährdet ist.

Da wir den medizinischen Fortschritt nicht verbieten oder abschaffen können und natürlich auch nicht abschaffen wollen, muss damit gerechnet werden, dass die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem und – weil nicht finanzierbar – nicht Machbarem sich vertiefen und verbreitern wird. Der auch ethische Konflikt zwischen Patienteninteressen und sozialrechtlichen Vorgaben, zwischen Haftungsrecht und Sozialrecht, zwischen einer Gesellschaft, die an niedrigen Beiträgen interessiert ist und den Kranken, wird sich noch verschärfen, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.

Wir müssen deshalb weg von einer rein fiskalisch ausgerichteten Gesundheitspolitik, hin zu einem Gesundheitswesen, das sich an medizinischen Vorgaben orientiert. Wir brauchen eine angemessene, bedarfsorientierte Versorgung, die auch für sinnvollen medizinischen Fortschritt offen ist und den Bedürftigen zugute kommt. Das erfordert sicherlich ein Überdenken, eine Neubewertung ethischer Normen.

Darf und muss alles, was medizinisch machbar ist, auch in jedem Fall gemacht werden? Wo ist die Grenze zwischen Notwendigem und Zweckmäßigem und konsumptiver Bedürfnisbefriedigung bzw. Luxusversorgung? Wer ist bedürftig und wer nicht?

Auch der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung muss durchforstet werden. Enthält er wirklich nur notwendige, ausreichende und zweckmäßige Leistungen? Dieses gilt in verstärktem Maße auch für den Arzneimittelmarkt.

Wir benötigen so etwas wie eine Fortschrittsfolgenabschätzung in der Medizin. Verdient wirklich alles, was uns in technisch-apparativer Hinsicht oder an Arzneimittelwirkstoffen als Fortschritt angepriesen wird, dieses Etikett? Dient es tatsächlich einer besseren Patientenversorgung oder verbessert es lediglich die Aktienkurse von Firmen? Die Ergebnisse des medizinischen Fortschritts müssen ja nicht zwangsläufig

und in jedem Fall in den Leistungskatalog der GKV übernommen werden. Zumal dann nicht, wenn mit traditionellen Methoden vergleichbare Ergebnisse kostengünstiger erzielt werden.

Wenn es denn zutrifft, dass z.B. die PTCA (Percutane Transluminale Coronarangiographie) keine Verbesserung der Lebenserwartung mit sich bringt und wenn es zutrifft, dass die kontinuierliche, intravenöse PTT-gesteuerte Heparinbehandlung bei Schlaganfallpatienten eine Komplikationsrate aufweist, die die ohnehin nur geringfügige Reduktion von Rezidiv-Insulten übertrifft, dann stellt sich doch die Frage, warum diese Methoden nach wie vor angewendet werden. Wenn es stimmt, dass die derzeit übliche Osteodensitometrie keine validen diagnostischen Daten liefert und wenn es stimmt, dass die Magnet-Resonanz-Tomographie der Gelenke – die entsprechenden Geräte werden von der Industrie derzeit massiv auf den Markt gebracht – qualitativ unzureichende Bildresultate liefert, dann stellt sich doch die Frage, ob man nicht auf diese Methoden verzichten kann.

Vor kurzem fand ich in der Zeitschrift "Stern" einen Jubelartikel über die Biotechnologie, "Organspender aus dem Labor", der die Züchtung menschlicher Organe aus embryonischen Zellen behandelt. Wirklichkeit ist, dass es derzeit noch keine voll funktionstüchtigen Bioreaktoren gibt und dass diese Technologie, wenn sie denn jemals wirklich zum Erfolg führt, mit enormen Kosten verbunden sein wird. Ist es da nicht vernünftiger, Forschungsschwerpunkte auf andere Methoden, z.B. die "Xeno-Transplantation" zu legen?

Wir gehen – etwas grob verallgemeinernd – davon aus, dass es in der Medizin allgemeingültige Regeln gibt, die beweisbare Deutungen und exakte Voraussagen erlauben, die Voraussetzungen für die Wissenschaftlichkeit der Medizin im Ganzen also gegeben sind. Das ist das Selbstverständnis insbesondere der Medizinischen Fakultäten, aber sicher auch des Großteils der Standesorganisationen.

Andererseits ist aber unbestritten, dass die Komplexität des Menschen, die Komplexität der jeweiligen Erkrankung, ihre somatischen, psychischen und sozialen Komponenten es sehr schwer machen, unter Studienbedingungen, also künstlichen Bedingungen, für Gruppen von Patienten gewonnenes Wissen auf den einzelnen Patienten anzuwenden. Für etwa 75 Prozent der Patienten ist die "Erfahrung", die "Intuition", aber auch so etwas wie Empathie des Arztes von entscheidender Bedeutung, vom Stellenwert des Placebo ganz zu schweigen. Aufgrund dieser Tatsache ist es, bezogen auf den Einzelfall, für den individuellen Patienten sehr schwierig, zu definieren, wel-

che Behandlung zweckmäßig, ausreichend und das Notwendige nicht überschreitend ist.

Welchen Stellenwert haben in einer rationalen Medizin evidencebasierter Herkunft die schon eingangs erwähnten natürlichen Verfahren, die Homöopathie, die alternative Medizin, oder gar die chinesische, tibetanische, indische Medizin, die sich ja einer zunehmend größeren Anhängerschaft in Deutschland erfreuen? Im Zusammenhang damit möchte ich auf die Telemedizin hinweisen, worauf ich aus Zeitgründen nicht näher eingehen kann.

Persönlich meine ich, dass unser auf dem Solidaritätsgedanken basierendes Gesundheitssystem tatsächlich erhalten bleiben sollte und dass wir alles daran setzen müssen, Rationalisierungsreserven zu mobilisieren. Es scheint auch lohnenswert, die Frage zu untersuchen, wieweit sich chronische Krankheiten durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden lassen. Ich denke dabei weniger an die Primärprävention, deren Bedeutung meines Erachtens stark unterschätzt wird. Es stellt sich aber die Frage, wie weit man – bei günstiger Kosten-/Nutzenrelation – bestimmten Risikogruppen in der Bevölkerung eine medikamentöse Prophylaxe angedeihen lassen könnte.

Sollte es aber bei anhaltender Ressourcenknappheit – trotz aller Rationalisierungsbemühungen – dennoch nicht gelingen, die notwendigen Versorgungsstandards einzuhalten, wird man von einer heute noch mehr oder minder verdeckten zu einer offenen Rationierung übergehen müssen. Unser aller Aufgabe wird es dann sein, für eine möglichst gerechte Verteilung limitierter Gesundheitsgüter zu sorgen.

Ich habe meinen Auftrag so verstanden, dass ich hier als eine Art Stichwortgeber auftreten soll. Über viele der angesprochenen Fragen ließen sich sicherlich mehrstündige Vorlesungen halten. Ich bitte deshalb um Nachsicht, dass meine Ausführungen notgedrungen die anstehenden Fragen nur andeuten konnten und sicher auch nur an der Oberfläche geblieben sind.

2.1 Diskussion

Der Ausgangspunkt der Diskussion des Beitrages von Herrn Prof. Kolkmann bildete zunächst die zentrale Fragestellung, wie bzw. mittels welcher Mechanismen und Lösungen der originäre Anspruch unseres Gesundheitssystems – die Erfüllung des hu-

manitären und sozialen Auftrages der Gesundheitsversorgung des Individuums – denn in Einklang zu bringen wäre mit einer notwendigen Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen, sowohl im Sinne der Belastungen der Individuen als auch der Wirtschaft. Eng damit verbunden waren einerseits Fragen nach dem tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung, nach individuellen Patientenbedürfnissen, -wünschen und -erwartungen sowie andererseits nach dem Vermögen bzw. den Grenzen der modernen Medizin angesichts begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten.

Im Zusammenhang damit wurde festgestellt, dass wir eigentlich gar nicht so genau Bescheid wüssten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. über den Krankheitszustand und dass hierzu ein dringlicher Forschungsbedarf bestehe. Als verantwortlich dafür wurde die mangelnde Gesundheitsberichterstattung angesehen, die man aber nach Meinung der Experten auch in Baden-Württemberg mit vergleichsweise geringen Kosten effizienter gestalten könnte. Die Defizite auf diesem Gebiet haben u.a. auch teilweise zu einer übertriebenen Erwartungshaltung der Bevölkerung im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der Ärzteschaft bzw. allgemein der Medizin geführt, wonach diese mit einem immensen Aufwand an Technik nahezu alles leisten könne und das Beste und Teuerste für die Patienten gerade gut genug sei. Als mitverantwortlich für diese Situation wird der Umstand angesehen, dass die Bevölkerung gewissermaßen sowohl von der Politik als auch von den Krankenkassen und auch von der Ärzteschaft gecoacht und dadurch in ihrer Erwartungshaltung gestärkt wird. Dazu haben auch Erfolgsmeldungen der Mediziner selbst beigetragen, wenngleich auch die Ärzteschaft sowie die Kassen in Anbetracht knapper werdender Ressourcen immer nachdrücklicher darauf verweisen, nicht mehr alles tun bzw. bezahlen zu können, was technisch möglich und im Einzelfall auch medizinisch notwendig wäre. Wichtig ist in diesem Zusammenhang zunächst Klarheit in der Frage, was die Medizin konkret für den Patienten leisten könne und ob der normale Arzt im Einzelfall wirklich wisse, welche der etablierten Behandlungsmethoden optimal wäre hinsichtlich der Erwartungen der Patienten. Da hierzu keine ausreichende Diskussion und Folgenforschung erfolgt, ist eine Diskussion von Folgen des medizinischen Eingriffs erforderlich, die es dem Patienten ermöglicht, selber besser darüber zu befinden, was eigentlich für ihn selbst sinnvoll und erstrebenswert ist und was ihm z.B. eine mögliche Lebensverlängerung an Lebensqualität bringt.

Übereinstimmend wurde festgestellt, dass eine wesentliche Voraussetzung für eine effizientere und bessere Gesundheitsberichterstattung eine moderne Informationsverarbeitung sei, deren Potenzial und technischer Fortschritt für diese Zwecke besser

genutzt werden müsse. Bei allem Bestreben der medizinischen Versorgungseinrichtungen nach Optimierung und Rationalisierung von Arbeitsabläufen unter Einhaltung des Budgets wird insbesondere bei der Informationsverarbeitung noch zu sehr einrichtungszentriert und zu wenig patientenorientiert gedacht. Hierzu gibt es erheblichen Forschungsbedarf und eine Reihe offener Fragen, wie z.B.:

- Wie kann eine patientenzentrierte Informationsverarbeitung (Vernetzung der Region, medizinische Telematik, elektronische Akte, Chipkarte u.a.) besser und kostengünstiger gestaltet werden und damit zu einer effizienteren und besseren Gesundheitsberichterstattung beitragen, und welchen Beitrag kann dabei der technische Fortschritt der Informationsverarbeitung/-technologie leisten?
- Welche Diskussionen und Konsequenzen ergeben sich aus den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung für die Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg und wieso gibt es hierüber keinen Dialog mit der Ärzteschaft?
- Was ist im Sinne von Qualität und Kosten eine angemessene therapeutische bzw. diagnostische Maßnahme und wo müssen die Ressourcen hingelenkt werden?
- Wie können bei der Behandlung eines Patienten zum einen die Informationsbedürfnisse der Behandelnden und zum anderen das Informationsbedürfnis des Patienten selbst – sowohl zu seinen Erkrankungen als auch zu damit verbundenen notwendigen Entscheidungen – besser als bisher befriedigt und damit die Position der Betroffenen/Patienten insgesamt aufgewertet werden?

Die Frage nach einer notwendigen Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen steht auch in engem Zusammenhang mit Fragen der Rationalisierung und der Rationierung von Versorgungsleistungen, woraus ethische Fragestellungen und Konflikte für die Beteiligten und Betroffenen resultieren. Wie Umfragen unter niedergelassenen und Krankenhausärzten belegen, beklagen die Ärzte ihre Situation, mit knappen Budgets eine in manchen Fällen nicht optimale Patientenversorgung durchführen zu müssen und sehen diesen Umstand sowohl als Zumutung für die Patienten als auch als Zumutung für sich selbst und für ihr Ethos an. Teilweise entsteht der Eindruck, dass in den vornehmlich gesundheitsökonomischen Diskussionen die ethische Widmung der Medizin und der Patientenversorgung – der humanitäre Auftrag – wegdiskutiert werde, so als gäbe es nur ökonomische Probleme. Hierüber gibt es sowohl im Experten-

kreis als auch in der Öffentlichkeit unter Laien Diskussionen und offene Fragen und es fehlt an entsprechender Vermittlung. Viele Ärzte äußern sich teilweise sehr differenziert über diese Fragen, dennoch herrscht bei den Ärzten eine sehr große Unklarheit darüber, wie die Verständigung über das Umgehen mit Knappheit zwischen Arzt und Patient tatsächlich erfolgt. Wir wissen sehr wenig darüber, ob und wie Ärzte konkret Patienten gegenüber auf diese Grenzen zu sprechen kommen. Manche tun es anscheinend überhaupt nicht, andere werden es sicher tun. In jedem Fall scheint es so zu sein, dass sich Ärzte darauf weitgehend nicht vorbereitet fühlen.

Ein wesentlicher Aspekt in der Diskussion betraf die Frage, ob bzw. in welchem Maße marktwirtschaftliche Elemente als Steuerungsmechanismen geeignet wären, um durch mehr Freiheit, Individualität und weniger staatliche Regulierung die Präferenzen der Patienten stärker in das Gesundheitssystem einzubringen, oder ob aus ethischen Gründen am Solidarprinzip und damit an den bestehenden Verteilungsstrukturen im Gesundheitswesen festgehalten werden sollte. Diese generelle Fragestellung nach den Perspektiven unseres Gesundheitssystem, die im übertragenen Sinne auch mit dem viel zitierten „Spagat zwischen Ethik und Monetik“ umschrieben werden kann, wurde ebenso kontrovers diskutiert. Die grundlegende Schwierigkeit liegt offenbar darin, dass die Einführung marktwirtschaftliche Elemente in das Gesundheitssystem nicht ohne weiteres möglich ist, da das System bislang nicht marktwirtschaftlich konstruiert ist und es den Kunden im Gesundheitswesen an sich nicht gibt. Stattdessen gibt es aber in der Wahrnehmung wie auch im Anspruchsdenken der Bevölkerung eine Reihe von Glaubenssätzen, wie z.B., dass es die soziale Gerechtigkeit aus ethischen Gründen erfordere, dass alle Menschen Anspruch auf gleiche Leistungen haben. Ein derartiger Anspruch, der in anderen Lebensbereichen nicht gilt und in keinem anderen Lebensbereich in dieser Form umgesetzt wird, lässt sich mit marktwirtschaftlichen Konzepten nicht erfüllen. Es bleibt damit die Frage, wie mit subjektiven Bedürfnissen der Betroffenen in einem System umgegangen werden soll, dessen Finanzierbarkeit begrenzt ist.

Ein weiterer Aspekt in der Diskussion war die Frage nach der Effektivität und Wirksamkeit medizinischer Versorgungsleistungen und der mangelnden Evaluation von Gesundheitstechnologien allgemein. Ähnliches gelte auch für den Bereich der medizinischen Forschung an fragwürdigen Problem-/Fragestellungen (Implantierbarkeit künstlicher Herzen, Bioreaktoren), die geringe oder keine Realisierungschance hätten. Dabei war die Meinung vorherrschend, dass viele Technologien, medizinische Entwicklungen sowie diagnostische und therapeutische Methoden in die Versorgung

eingeführt und am Patienten angewendet würden, deren Nutzen für die Betroffenen überhaupt noch nicht überprüft worden sei und für die es auch keine Kosten-Nutzen-Abschätzungen gäbe. Der Druck hierfür käme oftmals aus der Industrie, die an der Entwicklung beteiligt sei und wesentlich kürzere Innovationszyklen habe.

Während im internationalen Maßstab eine Fülle von Informationen zum Aspekt der ökonomischen Evaluation von Technikfolgen vorliegt, gibt es in Deutschland auf dem Gebiet der Evaluation sowohl bei der medizinischen Effektivität als auch bei der Wirtschaftlichkeit einen gewissen Nachholbedarf. So zeigen sich z.B. bei der Förderung von FuE-Projekten der Medizintechnik durch das BMBF große Strukturschwächen bzw. Koordinierungsprobleme zwischen den für Medizin bzw. für Technologie zuständigen Referaten. Dadurch fehle es der Förderung der klinisch-epidemiologischen Forschung bzw. der Wirksamkeitsforschung bis hin zur ersten Evaluierung der medizinischen Effektivität im Praxiseinsatz an Kontinuität, was durch Koordinationszentren für klinische Studien verbessert werden sollte. Im Bereich der ökonomischen Evaluation gibt es sehr wenige Einrichtungen in Deutschland, die sich professionell und systematisch damit beschäftigen, und es gibt schon gar kein öffentliches Förderprogramm, wie z.B. in den Niederlanden bereits seit zehn Jahren.

3. Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen – Forschungsfragen aus Sicht von Public Health

Dr. päd. U. Stöbel

*Universität Freiburg, Abteilung für Medizinische Soziologie
Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften*

Ich darf zunächst einige Sätze zu meiner Person sagen, damit Sie mich ein wenig besser einordnen können. Und ich möchte auch einige Worte der Beklemmung gleich vorwegschicken, dass ich mir dieses Thema zugemutet habe, alldieweil in Deutschland – was Health Technology Assessment (HTA) angeht – sicherlich berufenere Fachleute am Werke sind, die man hätte einladen können. Ich werde auf diese Experten in einem Teil meiner Ausführungen eingehen, weil sie mittlerweile Programme erarbeitet haben, die diskussionswürdig sind und unsere heutige Diskussion auch an manchen Punkten vertiefen helfen.

Ich arbeite seit 20 Jahren in der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Freiburg in der medizinischen Fakultät und bin in der Lehre für Medizinstudenten im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt tätig. Seit dieser Zeit forsche ich auch an verschiedenen Fragestellungen überwiegend mit empirischen Verfahren, die wir aus den Sozialwissenschaften kennen, etwa in Patientenuntersuchungen oder Ärzteuntersuchungen sowie in Evaluationsuntersuchungen. Mit Fragen der Qualität und des Qualitätsmanagements beschäftige ich mich gerade im Rahmen eines Abschlussberichtes für das Landesministerium zur Qualität der Lehre in der Medizin an unseren Universitäten und arbeite hierzu Empfehlungen aus, wie das Medizinstudium zukünftig möglicherweise anders und hoffentlich auch in Teilbereichen besser gestaltet werden kann. Dies würde unmittelbar auch die Anknüpfung zu unserem Thema hier erlauben und damit die Frage aufgreifen, wodurch eigentlich der angehende Mediziner lernt, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen, die im bestehenden Curriculum eher nicht enthalten sind. Er müsste sich dafür von sich aus interessieren und entsprechende Veranstaltungen aufsuchen, die ihm allerdings kaum im Sinne einer Anrechenbarkeit für die Zulassung zur Prüfung zertifiziert werden. Dementsprechend studieren unsere Medizinstudenten noch nach anderen Vorgaben, als wir sie uns vielleicht bezüglich dieser und anderer Themen wünschen würden.

Unsere Einrichtung in Freiburg beherbergt auch die Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, deren Auftrag es ist, den Informationsaustausch zwischen den deutschen Studiengängen für Public Health und den gleichnamigen Forschungsverbänden zu fördern sowie deren Aktivitäten zusammenzuführen und zu vernetzen.

Unser heutiges Thema wird uns auch im nächsten Jahr im Rahmen einer großen Tagung in Freiburg beschäftigen, auf der eine Bilanz der bisherigen Public-Health-Forschung in Deutschland gezogen werden soll, um daraus Schlussfolgerungen zu den künftigen Entwicklungsperspektiven ableiten zu können. In diesem Sinne möchte ich schon heute den Kreis der hier anwesenden Teilnehmer ansprechen und auf diese Veranstaltung hinweisen in der Hoffnung, damit Ihr Interesse zu wecken.

Bei meiner Vorbereitung auf das heutige Thema habe ich mir zunächst die folgende Frage gestellt: Hilft uns denn das, was uns in dem englischen Begriff *Health Technology Assessment* begegnet, bestimmte Probleme (z.B. die Verbesserung von Gesundheit, die wirkungsvollere Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die Verbesserung der informationellen Grundlagen für eigenverantwortliches Entscheiden) einer Lösung näher zu bringen? Bereits im Vortrag von Herrn Prof. Kolkmann und der anschließenden Diskussion haben wir gehört, dass es einerseits nicht einfach ist, mit den uns zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen wie auch nicht-wissenschaftlichen Beobachtungsverfahren die Frage zu beantworten, ob sich die Gesundheit tatsächlich verbessert hat, ob sie maximiert worden ist bzw. was denn Gesundheit überhaupt ist? Zum anderen bewegt sich Health Technology Assessment aber auch sehr stark im Spannungsverhältnis weiterer Fragen: Welche Kompromisse müssen wir schließen zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität? Ist alles zu tun, was machbar ist, oder müssen wir bedarfsorientiert verteilen? Und was heißt dann bedarfsorientiert?

Die Politik verlangt Antworten von uns und möchte wissen, ob die für die Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenversicherung vorgeschlagenen medizinischen Leistungen tatsächlich auch berechtigt sind, ob sie nachgewiesene Wirkungen haben und bezahlbar sind und ob darauf basierend Entscheidungen getroffen werden können.

Ich werde auch auf die Frage eingehen, welche Auswirkungen möglicherweise im Hinblick auf die Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu untersuchen sind, weil dies meines Erachtens eine wichtige Ebene ist, die in der Diskussion über Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen zur Sprache kommen muss. Und wenn

wir von Verstärkung der Eigenverantwortung reden, was heißt denn das eigentlich konkret in bezug auf die Patienten und ihren Informationsbedarf? Verfügen sie tatsächlich über ausreichende informationelle Grundlagen, um zu dieser Eigenverantwortung fähig zu sein und sachgerechte Entscheidungen treffen zu können, oder wird den Patienten möglicherweise nur etwas zugemutet, was diesen Begriff trägt, inhaltlich aber nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann?

Die Untersuchung der Beziehungen innerhalb dieses Systems ist nicht ganz neu, wenngleich wir nicht sagen können, dass sich Public-Health-Forschung in Deutschland schon immer mit diesem Thema beschäftigt hätte. Als ich mich vor zehn Jahren einmal mit diesem Thema beschäftigt hatte, fand ich seinerzeit schon eine recht ansehnliche Literatur zu diesen Themen vor, die versucht hat, Wirkungszusammenhänge, Entscheidungslinien und Einflussgrößen auf die Entwicklung von Technologien im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Inputs für Innovationen und neue Technologien können aus unterschiedlicher Richtung kommen. Zum einen gibt es Inputs aus dem politischen Bereich, z.B. im Rahmen von Förderprogrammen verschiedener Ministerien, der Bildungs-, Forschungs- und Technologiepolitik. Zum anderen resultieren Inputs auch aus dem Erfindungs- und Patentwesen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die Frage der Entwicklungskosten und der erzielbaren Preise, also die Kosten-Nutzen-Relation von Innovationen sowie deren Diffusionsmöglichkeiten. Alle diese Aspekte wurden eigentlich schon damals recht vernünftig gesehen. Was fehlte, war eigentlich ein Setting von wissenschaftlichen Herangehensweisen, um die Einflussgrößen näher zu bestimmen.

Diese Zielstellung wird im Wesentlichen durch die Public-Health-Forschung verfolgt, und insbesondere die Ergebnisse eines Projektes der Hannoveraner Arbeitsgruppe um Prof. Schwartz¹ geben näheren Aufschluss über die HTA-Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet in Deutschland. Dieses Forschungsprojekt ist auch im Internet abrufbar (www.dimdi.de/germ/evalua/fr-evalua.htm) und hatte u.a. die Aufgabe, eine Bestandsaufnahme von Einrichtungen in Deutschland durchzuführen, die sich derzeit im weitesten Sinne mit HTA beschäftigen, sowie eine Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien vorzunehmen. Möglicherweise wurden auch Sie in die Untersuchungen dieser Forschungsgruppe einbezogen, die einen breiten Adressatenkreis von über 1000 Einrichtungen in Deutschland (Ärzte-

¹ Schwartz, F. W.; Köbberling, J.; Raspe, H. H.; v. d. Schulenburg, J.-M. (Hrsg.): Bestandsaufnahme „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien – Health Technology Assessment (HTA)“ Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998

kammern, Ärzteverbände, Krankenkassen, andere Dienstleister, Forschungsinstitute an Universitäten sowie private Forschungsinstitute) angeschrieben hatte. Daraus resultierte ein Rücklauf von etwa 200 Antworten, die den Stand der Arbeiten dokumentieren.

Wie aus der folgenden Aufstellung (Tab. 1) hervorgeht, wird seitens der klinischen Institute dem Bereich der Wirksamkeit von Maßnahmen eine hohe Bedeutung und Priorität zugewiesen, während ökonomische Aspekte, Fragen der ökonomischen Evaluation bestimmter Neuerungen für sie eher eine relativ geringe Rolle in ihrer praktischen Arbeit zu haben scheinen.

Themenbereiche	Theoretische Institute (n=48)	Klinische Institute (n=16)	Kostenträger (n=12)	Sonstige (n=20)
Wirksamkeit von Maßnahmen (z.B. Programme, Therapien)	81,3 %	88,5 %	83,3 %	55,0 %
Bewertung diagnostischer Verfahren	47,9 %	59,0 %	16,7 %	20,0 %
Ökonomische Analysen	45,8 %	18,0 %	58,3 %	35,0 %
Qualitätsmanagement (Ergebnismanagement)	58,3 %	45,9 %	91,7 %	60,0 %
Methodologie der Ergebnismessung	45,8 %	16,4 %	0,0 %	25,0 %

Tabelle 1: Anteil an Institutionen, die zu einem Themenbereich arbeiten¹

Die Kostenträger sind in dieser Befragung andererseits zu über 90 % an Qualitätsmanagement und an Ergebnisqualität interessiert und fragen letztlich nach dem Ergebnis bzw. nach den Kosten bestimmter Leistungen, die sie ihren Versicherten anbieten. In diesem Zusammenhang müsste man die Kostenträger anmahnen und hinterfragen, warum sie sich überhaupt nicht dafür interessieren, wie die Ergebnisse zustande gekommen sind und ob es sich um wissenschaftsbasierte Methoden handelt bzw. ob in den Instituten auch methodologische Aspekte der Outcome-Forschung berücksichtigt werden. In der Tat wäre hier ein Diskursproblem auszumachen und zu fragen, wie man Kostenträgern vermittelt, dass sie sich mehr für die Methodologie zu interessieren haben, um ihre Entscheidungen auch mit einer gewissen Informiertheit treffen zu können.

Die Förderinitiative Bioethik der DFG² (Fördervolumen: 3,1 Mio. DM) umfasst ein breit gefächertes Feld, in dem es u.a. darum geht, von welchem Gesundheitsbegriff wir uns in unserer Forschung eigentlich leiten lassen. Fragen nach dem Selbstverständnis der Bioethik, nach Rationierung von Gesundheitsleistungen, Rahmenbedingungen der passiven Sterbehilfe oder Klonierung beim Menschen betreffen allesamt Themen, die uns heute eigentlich tagtäglich beschäftigen. Ich habe keinen näheren Einblick, in welchem Umfang und mit welchen Methoden diese Fragestellungen angegangen werden, aber vielleicht lässt sich dies in der anschließenden Diskussion noch etwas vertiefen. Verdienstvoll ist es allemal, dass sich die DFG diesem Bereich zuwendet, da hieraus möglicherweise eine inhaltliche Vertiefung dieser Themen resultiert.

Versucht man nun, den Stand der HTA-Forschung in Deutschland zu bilanzieren, dann liefert das bereits erwähnte Projekt der Medizinischen Hochschule Hannover eine umfassende Bestandsaufnahme zum State of the Art der Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien. Nach der Einschätzung von Busse und Perleth³ gibt es eine Reihe von Vorhaben, die sich mit der Marktzulassung von Medikamenten und mit der Zulassung medizinischer Produkte beschäftigen. Die Autoren stellen fest, dass es in diesem Bereich praktisch keine Untersuchungen gibt, die auch Wirksamkeitsaspekte ansprechen bzw. Kosten-Wirksamkeitsaspekte berücksichtigen. Allenfalls für den ambulanten ärztlichen Bereich gibt es praktizierte Regulationsverfahren (im Ausschuss ‚Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden‘ der Ärzte und Krankenkassen). Dagegen wird für den stationären Bereich wie auch für den Reha-Bereich weitgehend das Fehlen solcher Regulationsmechanismen konstatiert.

Des Weiteren wird festgestellt, dass die HTA-Forschungsaktivitäten bislang mehr auf Technologien in der Entwicklungsphase oder aber auf den medizinischen High-Tech-Bereich ausgerichtet sind, der aber weitgehend außerhalb des öffentlichen Blickfeldes liegt. Demgegenüber sind komplexe Versorgungsprozesse oder -programme bisher eher nicht Forschungsgegenstand. Wir haben heute schon ansatzweise darüber diskutiert, ob es uns denn gelingen kann, Versorgungsstrukturen in ihrer Komplexität so zu fassen, dass sie hinterher auch einer Bewertung zugänglich sind und uns die Entscheidung darüber erleichtern, ob wir diese oder jene Form der Versorgung bevorzugen. Fernerhin lässt sich konstatieren, dass in der Technikfolgenforschung eine

² DFG: Förderinitiative Bioethik der DFG. DFG-Forschung-Mitteilungen 3/98, 1998, S. 23

³ Busse, R.; Perleth, M.: Health Technology Assessment in Deutschland. Public Health Forum 6. Jg., Nr. 19, S. 7-8

starke Anlehnung an ethisch-philosophische Fragestellungen vorherrscht und ökonomische Aspekte in der Evaluation bislang weniger stark berücksichtigt werden.

Versucht man noch einmal festzuhalten, wodurch denn der klassische, systematische HTA-Ansatz gekennzeichnet ist, so lassen sich verschiedene Komponenten ausmachen: Es geht einerseits darum, dass wir zunächst mit dem uns verfügbaren Instrumentarium versuchen, die zu evaluierenden Technologien zu identifizieren und Prioritäten zu setzen. Und mit Technologien meint man meines Erachtens in diesem Zusammenhang nicht nur abgrenzbare technische Maßnahmen, sondern auch ihr gesamtes Umfeld insbesondere im Hinblick auf die Folgen des Einsatzes einer bestimmten Technik, was sozusagen die wissenschaftliche Herangehensweise bei der Bewertung von Technik bzw. von Technologie anbelangt. Technik als solche kommt sicherlich in der Medizin sehr oft vor; aber nicht alles, was Technik ist, ist gleichzeitig mit Technologie gleichzusetzen. Allerdings muss ich sagen, dass mir die Trennschärfe dieser Definition und die Abgrenzung noch nicht ganz klar geworden sind in den Arbeiten, die bisher in diesem Bereich publiziert worden sind.

Als weitere wesentliche Komponente müssen wir auch festhalten, dass wir Daten sammeln und analysieren müssen, häufig aber leider nicht über die Daten verfügen, die wir gerne hätten (z.B. Gesundheitsberichterstattung, objektivierbare Parameter von Gesundheit, subjektive Daten zur Gesundheit). Natürlich haben wir Survey-Daten aus der großen deutschen Herz-Kreislauf-Bevölkerungsstudie; allerdings letztmalig aus dem Jahre 1993, heute schreiben wir das Jahr 1998! Das führt zur nächsten Frage: Können wir mit diesen Daten noch ohne weiteres operieren, wenn aus Inzidenz- und Prävalenzraten eine Prioritätenliste für Behandlungsbedarfe abgeleitet wird?

Wesentliche Bedeutung kommt auch der Zusammenführung und Weitergabe von Informationen, Urteilen und Empfehlungen an Entscheidungsträger zu. Wenn ich mir an dieser Stelle einen kleinen Schwenk erlauben darf: Diese Weitergabe der Informationen erfolgt mittlerweile im Bereich der Medien bereits in einer Weise, dass wir dort einen regelrechten Markt feststellen können. Die Stiftung Warentest gibt z.B. einen Ratgeber für Patienten mit Rückenschmerzen heraus, in dem man sich eine Therapie aus dem Angebotsspektrum aussuchen kann. Ein solches oder ähnliches Werk gibt es von medizinischer Seite aus noch nicht, zumindest nicht in für Laien lesbarer und nachvollziehbarer Form. Hier stellen sich in der Tat eine Reihe von Fragen: Warum funktioniert dort schon etwas und wie bewerten wir dies? Müsste es hierfür nicht einen besonderen Informationstyp bzw. einen geeigneten Filter geben, der sol-

che Informationen erst bewertet, bevor sie an die Öffentlichkeit kommen können? Ist das überhaupt realisierbar in unserer Gesellschaft? Aber es passiert.

Und schließlich die Frage: Hat die Evaluation eigentlich einen Einfluss auf die tatsächliche medizinische Versorgung oder passiert sie „l'art pour l'art“, verschwindet in Schreibtischschubladen oder wird 20 Jahre, nachdem sie entwickelt worden ist, wieder ausgepackt? Ich erinnere mich, dass wir schon vor 20 Jahren eine schöne Krankenhaus-Strukturforschung durchgeführt haben. Heute kommen gewisse Ergebnisse ans Tageslicht, es gibt Aha-Erlebnisse oder man spricht von Patienten-Ratgeberheften, Rundfunk im Krankenhaus, usw.. Warum eigentlich hat diese Dinge vor 20 Jahren keiner aufgegriffen? Da gab es viele Widerstände.

Wir sollten aber nicht vergessen, dass zu den klassischen Gebieten in Diagnostik und Therapie für die HTA natürlich auch Fragestellungen zu folgenden übergeordneten Themengebieten von Bedeutung sind:

Der ganze Bereich der Prävention, über den wir noch etwas hören werden, und der Rehabilitation. Dies ist ein sehr großer Bereich, in dem die Träger ein wissenschaftliches Reha-Forschungsprogramm aufgelegt haben, in dem es jetzt z.T. auch gezielt um solche Fragestellungen geht. Die Frage ist auch, ob wir nicht für den Bereich der schlecht definierten Krankheits- und Störungsbilder so etwas benötigen. Und schließlich dürfen Versorgungsgesichtspunkte dabei nicht vergessen werden. Die Stichworte und Fragestellungen sind heute schon mehrfach gefallen: Welchen Bedarf haben wir? Welche Nachfrage besteht oder erzeugen wir? Wie ist das dafür zur Verfügung stehende Angebot und welchen Deckungs- und Versorgungsgrad erreichen wir damit?

Idealerweise würde HTA diese Informationen zusammenführen mit den oben dargestellten Aspekten und somit eine Eingrenzung des Indikationsfeldes und die Ermittlung des Bedarfes erlauben.

- Klinische Wirksamkeit bei adäquater Indikationsstellung und die hierauf basierende Ermittlung des Bedarfes reichen aber noch nicht aus, die tatsächlichen Folgen der Technologieanwendung zu beschreiben. Hierzu wird vielfach der Begriff *effectiveness* gebraucht, der die Wirksamkeit unter alltäglichen, im Gegensatz zu optimierten, aber auch artifiziellen Bedingungen beschreibt. Herr Leidl wird mir weit voraus sein in dem, was dann an Analysen notwendig wäre im Bereich *effectiveness* bzw. *adequacy*, d.h. dem Verhältnis von Wirksamkeit zu Kosten, der Wirksamkeit allgemein, der Bestimmung dieser Parameter also und ihrer Integration in die Verfahrensbewertung.

- Damit hängen eine Reihe weiterer Faktoren und Verfahrensfragen zusammen, so z.B. die Frage, ob die anzuwendenden HTA-Methoden eigentlich allen zugänglich sind, welche Infrastrukturen wir dafür brauchen, und letztlich wo und wie das eigentlich durchgeführt werden soll; ob zentral oder dezentral und in welchen Zeiträumen? Von welchen Informationen das abhängt, ist sicherlich eine weitere Rahmenvariable für ein ideales HTA.
- Dann aber könnte es natürlich auch sein, dass wir auch Präferenzen gesetzt bekommen, die ein Stück weit davon bestimmt werden, was Patienten und Anwender solcher Technologien an Compliance und Akzeptanz aufbringen. D.h. die Frage: Sollte HTA vor allem Akzeptanz- und Compliance-Forschung sein? Wie gut kommt denn ein Patient nach einer Herztransplantation mit diesem Zustand zurecht? Wir bewegen uns dann in einen Bereich hinein, der nicht erst seit heute aber derzeit wieder verstärkt von der Lebensqualitätsforschung untersucht wird. Die Instrumentarien und Skalen, die gebraucht werden, sind international ja schon lange Jahre gebräuchlich. Wir haben sie aber eigentlich – zumindest bei uns – noch nicht sehr umfangreich eingesetzt.
- Ein weiterer Aspekt der Technologiebewertung ist – das habe ich Ihnen schon mit der ökonomischen Evaluation angerissen – die Auswertung der Wirksamkeit im Hinblick auf die Kosten, die durch die Anwendung der Technologie für Patienten, Anwender, Versicherer und die Gesellschaft allgemein entstehen (Kosten-Nutzen-, Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analysen). Hierzu gehören nicht nur Kosten, die sofort entstehen, sondern auch solche, die erst mit zeitlicher Verzögerung anfallen. D.h. auch Kostenübernahmegesichtspunkte sind bei diesen Analysen zu berücksichtigen (z.B. durch Aufwendungen für Pflege- und Wartungsmaßnahmen an Geräten, Entsorgungskosten, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Monitoring von Deckungsgrad und Effektivität unter Alltagsbedingungen). Ich bin kein Fachmann für diese Art von Analysen, die jeweils für sich mit unterschiedlicher Methodik und verschiedenen Parametern arbeiten. Ich kann nur sagen, es gibt bislang relativ wenig Untersuchungen in Form von Meta-Analysen, die in diesem Bereich getätigt worden sind.

Die Gruppe um Prof. Raspe in Lübeck hat einmal für die Rückenschulen, die nicht am Arbeitsplatz durchgeführt werden, eine solche Analyse angestellt. Nach der Sichtung von 400 Studien ist er letztlich zu der Aussage gekommen, dass diese Stu-

dien nicht den Schluss zulassen, dass nicht-arbeitsplatzgebundene Rückenschulen einen gesundheitswirksamen Effekt haben. Sie kosten Geld, aber sie bewirken nichts, zumindest nicht mehr als das, was auch durch andere Maßnahmen bewirkt werden könnte. Dies kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen aus meiner langjährigen Forschungsarbeit beim Pflegepersonal, das ja nun gehäuft über Rückenschmerzen klagt.

Die Frage der Wirksamkeit ist außerordentlich schwierig zu beantworten. Insbesondere haben wir in vielen Bereichen, und das dürfte sicherlich auch auf die Untersuchungen von Raspe zutreffen, gar keine Langzeit-Evaluationsdaten, die uns ein Urteil darüber erlauben, wie lange denn ein bestimmter Effekt eigentlich vorhält?

Wir können somit insgesamt konstatieren, dass in Deutschland noch relativ wenige Institutionen mit systematischer HTA-Forschung befasst sind, und auch die Hannoveraner Gruppe um Prof. Schwartz hat zunächst nur ein Basiswissen geschaffen. Was passiert nun eigentlich weiter in Deutschland und welcher Bedarf erwächst daraus möglicherweise (mod. n. K. L. White⁴)?

- Der wahrgenommene Bedarf (Erwartung des Einzelnen auf Wohlergehen, Heilung, Linderung etc.),
- der sozial bedingte Bedarf (das sozial ‚Annehmbare‘ – der Gesundheitsschutz der Gemeinschaft),
- der professionell bedingte Bedarf (der wissenschaftlich begründete Bedarf),
- die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (zumeist über die ärztliche Profession gesteuert),
- Gebrauch/Nutzung der medizinischen Versorgung (das tatsächliche Ausmaß des ‚Konsums‘ von Dienstleistungen).

Zu diesem Bedarf bzw. zu den zu bearbeitenden thematisch-inhaltlichen Schwerpunktbereichen wurden in der Hannoveraner Studie Einrichtungen abgefragt, die im HTA-Bereich tätig sind. Im Ergebnis dieser Umfrage rangiert die ökonomische Evaluation an oberster Stelle der Auflistung (Tab. 2).

⁴ White, K. L.: Evaluation und Medizin. In: Culyer, A. J.; Horisberger, B. (Hrsg.): Technologie im Gesundheitswesen. Springer Verlag, Berlin u.a., 1984, S. 3-18

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Frage: Wollen wir tatsächlich, dass wir alle Probleme nur unter dem Diktat von Kostenmaßnahmen und Kosteneinsparungen zu betrachten haben? Oder wo kommen möglicherweise auch Schwerpunkte zur Sprache, die die Qualität der Beziehungen der im Gesundheitswesen miteinander handelnden Akteure berühren, sprich insbesondere die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung?

Inhaltliche Schwerpunktbereiche	Ja-Nennungen % (n)
Kosten-Nutzen-/Kosten-Wirksamkeits-Analysen	92,1 (176)
Studien zur Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen	87,4 (167)
Studien zur Bewertung von diagnostischen Verfahren	77,0 (147)
Methodik der Bewertung von medizinischen Maßnahmen	68,1 (130)
Standards, Richt- und Leitlinien zur Verbesserung der Berufspraxis	51,8 (99)
Bevölkerungsbezogene Gesundheitsindikatoren (z.B. Mortalitätsraten)	51,8 (99)

Tabelle 2: Gewünschte thematisch-inhaltliche Schwerpunktbereiche (Mehrfachnennungen möglich)⁵

In der Auflistung kommt dieser Themenkreis eigentlich nicht vor, und man muss sich fragen: War die Fragestellung nicht so, dass man darauf hätte kommen können, oder ist dieser Aspekt tatsächlich ausgeblendet? Darüber müssen wir uns sehr intensiv verständigen, ob nicht im Zentrum aller unserer Überlegungen letztendlich der Mensch – der Patient – steht, und was es dann heißt, patientientenzentrierte HTA zu betreiben?

Vielleicht noch ein Ergebnis, das auf die Problembereiche der Technikfolgenabschätzung sowie auf die Relevanz möglicher Informationen abhebt, die man sich aus der HTA-Forschung wünscht (Tab. 3).

⁵ Schwartz, F. W.; Köbberling, J.; Raspe, H. H.; v. d. Schulenburg, J.-M. (Hrsg.): Bestandsaufnahme „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien – Health Technology Assessment (HTA)“ Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998

Informationsparameter	sehr wichtig % (n)	eher wichtig % (n)	unwichtig % (n)
Kontaktadresse	34,4 (65)	40,2 (76)	25,4 (48)
Ziel der Studie	64,6 (122)	33,9 (64)	1,6 (3)
Studiendesign	53,4 (101)	36,5 (69)	10,1 (19)
Studienpopulation/Stichprobenauswahl	49,7 (94)	39,2 (74)	11,1 (21)
Methoden und Verfahren (inkl. Instrumente)	59,6 (112)	30,9 (58)	9,5 (18)
Verwendete Ergebnisparameter	52,7 (97)	38,6 (71)	8,7 (16)
Ergebnisse der Studie	85,9 (164)	13,1 (25)	1,0 (2)
Bewertung der Studie	62,4 (118)	28,6 (54)	9,0 (17)

Tabelle 3: Relevanz möglicher Informationsparameter⁵

Wie man sieht, dominiert doch eine deutliche Ergebnisorientierung. Man möchte gerne über die Ergebnisse informiert sein, weil offenkundig der Handlungsdruck relativ stark ist. Dies ist auch ein Stück weit bezeichnend für eine Gesellschaft, in der die Diskussion um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sehr stark ergebnisorientiert geführt wird und leider – würde ich sagen – zu wenig prozessorientiert.

Wenn man die Qualitäten von Prozessen mit einbezieht, kommt man sehr schnell dazu, dass Interaktionen zwischen Menschen bzw. zwischen Menschen und Maschinen beschrieben werden. Und dies taucht mir in diesen Auflistungen so noch nicht auf. Wenn ich alle diese Aspekte mit einer großen Offenheit zusammenführe, dann würde ich im Moment aus Sicht von Public Health folgende Problembereiche der Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen in Deutschland benennen wollen, ohne schon direkt sagen zu können, in welchen Infrastrukturen dies genau platziert sein müsste.

- Ein Problembereich, der genauer untersucht werden müsste, betrifft die Ausgestaltung und Effizienz der Institutionen, die sich mit TA beschäftigen. Aber auch die derzeitigen Regulationsverfahren müssten auf den Prüfstand gestellt und dahingehend analysiert werden: Wie kommt es denn in unserem Gesundheitswesen letztendlich zur Beschaffung von Großgeräten? Ist da irgendeine Abstimmung im Spiel oder nach welchen Kriterien entscheidet sich die Aufstellung eines

Großgerätes? Im Moment diktiert die Wirtschaft, wo es steht und wie viele Geräte davon stehen.

- Das führt zur nächsten Frage: Stärken wir die politische Rationalität von (gesundheitspolitischen) Entscheidungen durch eine stärkere Evidenzbasierung bei Marktzugängen, indem wir also nicht mehr alles am Markt zulassen und lizenzieren, was gerne auf den Markt möchte? Dies muss man sehr differenziert für bestimmte Medizinprodukte, für Medikamente etc. entscheiden. Für Medikamente haben wir das Robert Koch Institut (RKI), das hier entsprechende Vorprüfungen anstellt. Die Frage ist, ob sie ausreichend sind, oder ob wir nicht nach wie vor zu viele Medikamente auf dem Markt haben, die uns in Entscheidungsschwierigkeiten und -nöte stürzen.
- Ein weiterer, meiner Meinung nach stark unterbelichteter Problembereich umfasst das Studium der Auswirkungen von (neuen) Technologien auf das Leistungsgeschehen, das Nutzer- und das Anbieterverhalten. Natürlich haben die Sozialversicherer ein starkes Interesse, dass sie hier mehr Wissen bekommen, um auch im Interesse ihrer Versicherten besser entscheiden und sich am Markt behaupten zu können.
- Die Implementierung regelhafter ökonomischer Evaluationsverfahren halte ich für ein Muss, und ebenso die Frage: Wie kann das aussehen bzw. wie verpflichtend kann man das in welchen Strukturen machen? Ich kenne noch wenige solcher Implementierungen und wäre auch dankbar, wenn jemand hierzu schon auf gelungene oder nicht gelungene Versuche verweisen könnte.
- Die Dokumentation und Analyse von Diffusionsprozessen von (neuen) Technologien, d.h. wie breitet sich eigentlich eine Technologie im Gesundheitswesen aus? Und inwieweit sollte sie auch Berücksichtigung finden in dem, was wir im Bereich der Länder als regionalisierten oder im jetzt vom Statistischen Bundesamt vorgelegten „Nationalen Gesundheitsbericht“ sehen. Ich habe im Nationalen Gesundheitsbericht zu diesem Bereich keine Zahlen gefunden; das ist ein Feld, das überhaupt nicht beschrieben wird. Und die Frage, ob dies aus unserem oder einem anderen Kreis für die zukünftige Weiterentwicklung von Gesundheitsberichterstattung nicht mit eingefordert werden sollte.

- Mit dem vorletzten Punkt – evidenzbasierter Ressourceneinsatz – weise ich noch darauf hin, dass wir nicht nur Medizingeräte, Großgeräte oder Mikrosystemtechnik im Auge haben sollten, sondern eigentlich auch den weiten Bereich von Screening-Untersuchungen. Ich denke, Herr Prof. Kentner wird aus der Arbeitsmedizin vielleicht auch Beispiele dazu anführen können. Screening-Untersuchungen sind ja in ihrer Gesamtheit auch eine Technologie, die mit verschiedenen Techniken der Informationsgewinnung, sowie der Auswahl und Weitergabe von Risikopersonen arbeitet, aber auch die Einführung von Präventionsprogrammen, wie z. B. der Hepatitis-B-Impfung bei Kindern und Jugendlichen. Wie funktioniert so etwas eigentlich in einer Gesellschaft? Wie diffundiert eine solche Maßnahme und gelangt letztlich zu denen, für die sie ausgedacht worden ist, und was bleibt unterwegs alles auf der Strecke?
- Ein Problembereich, von dem ich nicht weiß, ob er schon zu hoch gegriffen ist, stellt die Beschreibung, Analyse und szenarienwissenschaftliche Bearbeitung von Entwicklungstendenzen bei den biomedizinischen Technologien in ihrer bevölkerungsmedizinischen Bedeutung dar. Man könnte natürlich versuchen, sich in verschiedenen Entwicklungsmodellen szenarienhaft vorzustellen, was denn passieren würde, wenn ...? Und diese Szenarien wären auch dazu heranzuziehen, Entscheidungen zu treffen: Will man das oder will man das nicht? Wenn ich es noch etwas weiter herunterbreche: Was sind denn aus Sicht der Medizinischen Soziologie, also meiner Wissenschaftsdisziplin, mögliche Problembereiche der TA für die im Zentrum stehenden Gruppen – nämlich Ärzte/medizinisches Personal und Patienten?

Für die Ärzte passiert etwas, was man bezeichnen könnte als Veränderung der Beziehungskultur zum Patienten. Je mehr Technik eindringt in die Arzt-Patienten-Beziehung, um so mehr überlagert sie die Art und Weise, wie mit den Patienten kommuniziert werden kann, wie mit diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten umgegangen wird. Das ist eine wichtige Ebene, die es sich anzuschauen lohnt: Wo liegt möglicherweise die ‚Schmerzgrenze‘ für Ärzte und Patienten dafür, dass Technik in diese Beziehung eindringt? Das muss man natürlich unterschiedlich definieren, für einen niedergelassenen Allgemeinmediziner oder einen klinischen Anästhesisten, der gar nicht ohne Technik auskäme. Die mögliche Gefahr, die ich sehe, besteht aber auch darin, dass das Vordringen von Technik und Technologie in die Arzt-Patienten-Beziehung auch zu einer Reduzierung von psychosozialer Komplexität in der Anam-

nese führt. D.h. das Aufspüren von Elementen der Krankengeschichte, die möglicherweise nicht mit dieser Technik erschlossen werden kann, sondern die erst mal ein Verstehen verlangen, wird möglicherweise auch aus Zeitgründen zurückgedrängt, weil der Einsatz bestimmter Techniken daran hindert. Eine Frage ist schon angesprochen worden: Gewinnt man eigentlich immer an diagnostischer Sicherheit, wenn man solche Technologien einsetzt, oder stürzt man in ein Dilemma? Was macht man mit Zufallsbefunden? Unterlässt man dann möglicherweise auch Untersuchungen?

Andere Punkte – Veränderung des professionellen Selbstverständnisses (Heilkunde versus Heiltechnik) – sind etwas zugespitzt. Vielleicht kann man es an der Geburtshilfe versus Geburtsmedizin festmachen und fragen: Welche Entwicklungen müssen wir eigentlich in der gegenwärtigen Geburtshilfe zulassen, wie viel davon ist noch menschliche Hilfe und wie viel ist technikbasierte Medizin? Ich kann mich erinnern, als meine Tochter vor 22 Jahren geboren wurde, hat man uns die programmierte Geburt angepriesen. Heute redet keiner mehr von der programmierten Geburt. D.h. daran merkt auch der Laie, dass offensichtlich nicht alles evidenzbasiert ist, sondern auch bestimmten Moden folgen kann.

Bei den Patienten wird sich durch ein Mehr an Technik in Diagnostik und Therapie möglicherweise auch ein subjektiv unterschiedlicher und anderer Umgang mit diesem Spannungsverhältnis von Befund und Befinden ergeben. Haben eigentlich mir von der Medizin angebotene Befunde auch Einfluss darauf, wie ich mich denn befinde? Habe ich denn wirklich diese Schmerzen, die mir auf dem Röntgenbild auch als Befund nahegelegt werden? Oder habe ich sie gar nicht, bilde ich sie mir auf einmal ein?

Für ein großes Problem halte ich die damit zusammen hängenden Nebenwirkungen, wenn der Patient auf einmal mit Befunden konfrontiert wird, auf die er gar nicht vorbereitet war. Hier sehe ich einen Forschungsbedarf für Untersuchungen, sich näher mit Patienten und ihrem „Coping“ zu beschäftigen, die erst im Laufe der Untersuchungen mit diesen Befunden konfrontiert wurden und wie sie damit eigentlich in solchen Situationen umgegangen sind. Ich habe dafür den Begriff des „Angstmanagements“ gebildet. Man kann davon ausgehen, dass Patienten in bestimmten Situationen sehr viel Angst vor Befunden haben. Oft ist die Situation vor der Untersuchung sehr viel schlimmer als dann bei der Untersuchung selbst und danach.

Ultraschall-Untersuchungen sind ein gutes Beispiel dafür, dass man Patienten beeinflussen kann. Die Vielzahl der Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft ist medizinisch wohl nicht indiziert. Das sagen alle Gynäkologen, aber die Untersu-

chung hat eine psychologische Nebenwirkung, sie beruhigt ungemein. D.h. also, die Patienten wollen diese Sicherheit haben, folglich gibt man sie ihnen dann auch.

Ebenso halte ich die mögliche Überforderung des Informationsmanagements von Patienten für ein wichtiges Problem bzw. eine wichtige Fragestellung, wenn ich ihnen also mehr Informationen gebe, als sie eigentlich verarbeiten können. Dies gilt umso mehr auch in Zeiten, in denen man möglicherweise zukünftig als Patient zu Hause auf seinem PC-Schirm abrufen kann, welche Qualität und welche ärztliche Leistung von welchem Arzt angeboten wird und diese Informationen noch mit in die Arztpraxis hineingebracht werden. Allen ist der sog. „Gesundheitsmagazin-Praxis-Effekt“ bekannt: Die TV-Sendung lief abends, und am nächsten Morgen waren die Arztpraxen voll. Wenn irgendetwas Neues vorgestellt worden war, hatte Hans Mohl wieder bewirkt, dass am nächsten Tag ein regelrechtes Shopping mit der Frage losging: „Wieso haben Sie dies noch nicht?“ Ich hab dies als „Technology Hopping“ bezeichnet.

Es gibt ein lesenswertes Buch von Lynn Payer⁶ über Gesundheit in verschiedenen Ländern. Payer hat darin die Gesundheitssysteme in Amerika, Frankreich, Deutschland und England untersucht. Dabei hat sie u.a. sehr schöne Ergebnisse zur Typologisierung von Krankheitsverständnis in Abhängigkeit davon herausgearbeitet, was das jeweilige Gesundheitssystem seinen Patienten auch nahe legt bzw. welche Angebote es macht. Demnach ist z.B. das Mensch-Maschine-Denken für die Amerikaner ein sehr typisches Merkmal von Körpererleben. Die Deutschen dagegen sehen sehr viel stärker ihr Herz im Zentrum, sehen also vor allem Herz-Kreislauf-Probleme dominanter werden, während für die Franzosen die Krise der Leber im Mittelpunkt steht.

Abschließend möchte ich eine kurze Zusammenfassung geben und damit verbunden einige Fragen formulieren:

- Wir stehen noch vor einer teilentwickelten Situation. Die Verfahrensroutinen und die interprofessionellen Diskurse, die stattfinden müssen, sind bislang noch wenig entwickelt. Wir müssen häufiger Gelegenheiten schaffen, um nach und nach auch mit unseren Terminologien zu einem einheitlichen Verständnis zu gelangen und uns darüber abstimmen, mit welcher Begrifflichkeit wir zukünftig dieses Feld bestellen wollen. Die Frage, ob es ausreichend ist, was für die Technologieentwicklung in der Biomedizin derzeit zu beobachten ist, nämlich dass die Technologieentwicklung dort allenfalls durch Ethikkommissionen bewertet

⁶ Payer, L.: Andere Länder, andere Leiden. Campus Verlag, Frankfurt a. M. u.a., 1989

wird, dies möchte ich offen lassen und sagen: Das darf eigentlich nicht mehr sein. HTA in diesem Bereich müsste umfassender sein als der Aufgabenbereich von Ethikkommissionen, unabhängig davon, dass ich sie für wertvoll und wichtig halte.

- Wir haben jüngst auf unserem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention das Thema „Bevölkerungswissenschaften, Bevölkerungsentwicklung“ diskutiert. Die Frage der Möglichkeiten in der Medizin, durch künstliche Befruchtung kinderlosen Paaren zur Erfüllung des Kinderwunsches zu verhelfen, wurde dort sehr kontrovers diskutiert. In manchen Bereichen entwickelt sich Medizin demnach auch in eine Richtung, dass das eigentlich Wichtige, nämlich die Entscheidung der Betroffenen, immer weiter dominiert wird durch das, was technologisch möglich ist.
- Als eine weitere Frage hielte ich noch für sinnvoll und wertvoll, ob wir durch Public Health eine gewisse Expertise im Gesundheitswesen dadurch ausbilden können, dass wir spezielle Angebote in der Aus- und Fortbildung machen.

Schließlich ist die Eigenverantwortung von Patienten angesichts der gegenwärtigen Entwicklung eher in Gefahr, als dass ich sehen würde, dass unser Gesundheitssystem schon von dem mündigen Patienten ausgehen kann, einem Patienten, der weiß, wie er mit all den vielen Informationen umgehen kann und sich rational entscheidet. Dass er sich nicht nur rational entscheidet, das haben wir heute morgen schon richtigerweise gehört. Es ist eine Fiktion, zu erwarten, dass Menschen, selbst wenn sie im Besitz allen Wissens sind, sich tatsächlich auch immer so rational verhalten würden, wie es das Wissen ihnen nahe legt. Dies habe ich (auch) in 20 Jahren Medizin-Soziologie u.a. am Beispiel des Rauchens bei Ärzten gelernt.

3.1 Diskussion

In der Diskussion des Beitrages von Herrn Dr. Stöbel standen zunächst die Rolle der Information und Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis sowie Patienten-Informationssysteme im Vordergrund. In einem Gesundheitswesen, das sich zunehmend den Strukturen des Wettbewerbes öffnet, sind auch Patienten und Versicherte mehr als bisher herausgefordert, ihre passive Rolle zu verlassen, sich als „Kunden“

zu informieren und sich für oder gegen Angebote zu entscheiden: zwischen Versicherungen und ihren unterschiedlichen Beitragssätzen, zwischen höherer oder geringerer Selbstbeteiligung sowie zwischen anerkannten oder „alternativen“ Behandlungsverfahren. Dem steht jedoch aus der Sicht der Patienten und Bürger einerseits die fehlende Öffentlichkeit und Transparenz des Systems entgegen. Andererseits gibt es im Bereich Medizin und Gesundheit inzwischen eine Vielzahl von Informationsquellen unterschiedlichster Anbieter (Ratgeber und Gesundheitskataloge im Internet, Angebote von Krankenkassen, Organisationen und Verbänden sowie von Pharma-Unternehmen etc.). Der Patient hat also eher die Qual der Wahl und ist in seiner Konsumentensouveränität in bezug auf Informationsgehalt und Qualität der Leistungsangebote der Gesundheitsversorgung deutlich eingeschränkt.

Zum einen steht das allgemeine Informationsbedürfnis der Patienten zweifellos in direktem Zusammenhang mit ihrem Betreuungsbedürfnis im Krankheitsfall und den hochgesteckten Erwartungen an zuverlässige, effektive und wirksame medizinische Versorgungsleistungen und basiert auf einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis. Zum anderen gibt es in Deutschland und vergleichbaren Ländern eine sehr weitgehende Absicherung der Patientenrechte, z.B. das Recht auf Information über die diagnostische Situation, Therapiemöglichkeiten usw.; dennoch resultieren aus diesem juristisch normierten Informationsrecht für den Patienten zusätzliche Probleme und Schwierigkeiten, die zwischen den Professionen nicht immer konstruktiv diskutiert werden. So gerät z.B. die noch wenig etablierte Ethik in der Medizin häufig unter Erklärungsdruck zu bestimmten rechtlichen Vorgaben und damit unbewusst in eine für sie ungewohnte Vermittlerrolle. Zu diesem notwendigen Diskurs zwischen Recht, Ethik und Praxis in der Medizin und den daraus resultierenden Folgen wurde dringlicher Forschungsbedarf formuliert.

Um dem Informationsbedürfnis der Patienten besser gerecht zu werden, arbeitet die Landesärztekammer Baden-Württemberg an einem Modell eines Patienten-Informationssystems, das gezielt als Konkurrenz zu kommerziellen Informationssystemen (private Krankenkassen und sonstige private Institutionen) eingesetzt werden soll. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie diese Informationen für Patienten und Versicherte am sinnvollsten aufbereitet und zu welchem Zeitpunkt sie den Betroffenen zur Verfügung gestellt werden sollen, um dem Einzelnen echte Hilfestellungen für individuelle Entscheidungsprozesse geben zu können. D.h. wann setzt sich der Patient mit der Information auseinander? Wenn er direkt in der Entscheidungssituation ist? Wenn er in einer emotional angespannten Situation ist, wenn

z.B. die Diagnose gerade gestellt worden ist, oder vorher, wenn er sich als verantwortungsbewusster Bürger damit auseinandersetzt?

Im Zusammenhang mit der Interessenvertretung der Patienten wurde die Frage nach der Rolle von in der Öffentlichkeit sichtbar agierenden Patientenvereinigungen aufgeworfen, die gar nicht angesprochen wird. Im Kern geht es dabei sowohl um die Frage, wie die Autonomie bzw. Souveränität der Versicherten und Patienten, ihre Rechte und Wahlmöglichkeiten gegenüber einer als überlegen anerkannten Ärzteschaft gesichert werden können, als auch darum, ob und wie der Arzt seiner Rolle als Anwalt seiner Patienten im Konflikt zwischen Budgeteinhaltung und Behandlungsbedarf gerecht werden kann. Inwieweit zwingt ihn das heutige System bereits, Anwalt des Versicherungssystems zu sein und den konkreten Patienten aus einer eher statistischen Perspektive betrachten zu müssen? Warum sind unsere gesetzlichen Krankenkassen eigentlich nicht Vertreter ihrer Versicherten? Als Akteur kommt der Patient in unserem Gesundheitssystem nicht vor, sondern nur als Zahler, und als Akteur wird er auch nicht vertreten. Damit erhebt sich die Frage, ob es eine Chance gibt, über die Kassen den Akteur Patient in diesem System irgendwo in Erscheinung treten zu lassen bzw. welche anderen Möglichkeiten der Organisation von Patienteninteressen vorstellbar wären?

Dem wurde entgegen gehalten, dass der Patient bei den Kassen keine Rolle spiele und dass den Kassen ohnehin in Sachen Gesundheit, Krankheit und Prävention die Kompetenz fehle, da sie lediglich Verwaltungseinrichtungen seien. Die Kassen säßen bei der Verhandlung von Leistungen im Gesundheitswesen auch nicht am Tisch. Letztendlich würden Leistungen zwischen Patienten und Ärzten ausgehandelt und von denen bezahlt. Die Krankenkassen hätten in der Zeit der vollen Kassen und der „Selbstbedienung“ auch keinen Grund, sich in ökonomische Aspekte einzumischen. Das Problem würde erst relevant, wenn das Geld knapp würde.

Ein Teilnehmer berichtete hierzu von einer Tagung einer Krankenkasse. Danach sei von den Kassen angedacht, nach dem Vorbild der British Consumers Protection nunmehr ähnliche Organisationen aufzubauen und sich dazu von Medizinern und Gesundheitsökonomen entsprechende Informationen anbieten zu lassen. Andererseits sollte dieses Know-how auch verstärkt durch Absolventen der Public Health-Studiengänge in diese Körperschaften hineingetragen werden, nicht nur in die Krankenkassen sondern auch in die Körperschaften der Ärzte, um dort mit diesem interdisziplinären, problembezogenen Denken ein Stück weit auch Strukturen aufzubrechen und diese Einrichtungen zu einer lernenden Organisation zu machen. In diesem Bereich

liegt noch viel im Argen, aber der Druck auf die Krankenkassen wird stärker werden, so dass sie sich in diese Richtung bewegen werden müssen, in der Tat stärker Patienteninteressen wahrzunehmen und nach Möglichkeiten zu suchen, wie man diese besser befriedigen kann.

Ein anderer Teilnehmer bezog sich nochmals konkreter auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und fragte, ob nicht über Leistungsvereinbarungen zwischen Betroffenen und Professionellen die Position der Betroffenen aufgewertet werden könne, um auf diesem Wege mehr Akzeptanz zu finden und die Compliance zu verbessern. Oder wären spezifische Belohnungs- oder Anreizsysteme denkbar, wonach sich z.B. Aspekte psychosozialer Diagnostik am Anfang therapeutischer Prozesse berücksichtigen ließen? Darauf wurde geantwortet, dass derartige Inhalte unter den Rahmenbedingungen in der Praxis (7-Minuten-Fenster) zu kurz kämen. Wünschbar wären solche Anreizsysteme vor dem Hintergrund, dass die psychosozialen Bedürfnisse von Patienten – sowohl das Informationsbedürfnis aber auch das menschliche Betreuungsbedürfnis – in der zukünftigen Medizin eine größere Rolle spielen werden und die Nachfrage in diesem Bereich größer und stärker werden wird. Dennoch steht die Frage im Raum, wo es eigentlich Ansatzpunkte gäbe, mit den Informationen im System konstruktiv umzugehen.

Ein weiterer Fragenkomplex in der Diskussion betraf die Begleitforschung im medizinischen Bereich, zum einen deren Begrifflichkeit bzw. deren Nähe oder Abgrenzung gegenüber Public Health und Technikfolgenabschätzung bzw. HTA und zum anderen den Bedarf für Forschungsaktivitäten und verwandte Initiativen sowie die Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung der Ergebnisse.

Dazu wurden u.a. folgende Sichtweisen und Standpunkte vertreten:

- Die Begleitforschung sollte weder durch die Ethik noch durch die Ökonomie allein dominiert werden. Andere disziplinäre Dimensionen der Technologiefolgenabschätzung im Bereich des Gesundheitswesens kommen dagegen oft etwas zu kurz.
- Die Abgrenzung zwischen Medizin und Public Health ist schwierig, ebenso die Abgrenzung zu HTA. Dies wurde am Beispiel der Wirksamkeitsanalysen bei Arzneimitteln verdeutlicht. Der Wirksamkeitsnachweis bei Arzneimitteln ist Voraussetzung für deren Zulassung und ist im europäischen Rahmen standardisiert. Die Frage war, ob das der einzige Bereich sei, in dem verpflichtend Tech-

nikfolgenabschätzung betrieben werde oder ob das noch keine Technikfolgenabschätzung sei.

- Nach dem TA-Verständnis der TA-Akademie gemäß der Grundidee von Technikfolgenabschätzung – der möglichst umfassenden problem- bzw. entscheidungsbezogenen Technikfolgenabschätzung und -bewertung – wäre das eher als gesundheitssysteminterne Technikfolgenabschätzung zu bezeichnen, die sehr stark auf die dort virulenten Probleme wie Qualitätskontrolle, Wirksamkeit und Kosten zielt und von den Betroffenen in ihrem System für die Optimierung oder Verbesserung ihrer Prozesse betrieben werden müsste.
- Eine entscheidende Frage ist, wer muss es denn eigentlich für wen tun? Wer sind die Adressaten derartiger Ergebnisse? Wer hat die Chance, die Ergebnisse wirklich umzusetzen bzw. wie kann der Prozess der Übertragung der Ergebnisse in reales Handeln gestaltet werden?

4. Prävention in der modernen Industriegesellschaft

Prof. Dr. med. habil. M. Kentner

IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung

Recht herzlichen Dank für die Einladung, hier bei Ihnen referieren zu dürfen. Ich darf mich zunächst vorstellen: Mein Name ist Kentner. Ich komme aus Karlsruhe und bin dort seit vier Jahren in der Geschäftsführung einer Stiftung tätig, nämlich dem Institut für Arbeits- und Sozialhygiene (IAS). Diese Stiftung ist ein Dienstleistungsunternehmen, das im „harten Wind“ im Gesundheitsmarkt tätig ist und medizinische Dienstleistungen verkauft. Dabei handelt es sich um Dienstleistungsprodukte, deren Bedarf überwiegend auf legislativen Normen basiert.

Wir sind bundesweit mit ca. 70 Zentren in Deutschland vertreten, haben knapp 200 Ärzte, knapp 100 Ingenieure, und – ich sage das mal so profan – verkaufen Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik, Umweltschutz, Manager-Check-ups, MPU-Untersuchungen, Koordination von Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen u.a.. Unsere Hauptgebiete sind allerdings die Arbeitsmedizin und die Sicherheitstechnik.

Ich habe eine kaufmännische Ausbildung absolviert. Nach dem Medizinstudium war ich neun Jahre an einem Hochschulinstitut tätig, danach sieben Jahre in der Praxis bei Bosch und eben vier Jahre jetzt bei der IAS. Und deswegen habe ich ein schlechtes Gewissen, wenn ich hier sitze. Ich kann nämlich Dinge, die ich Ihnen hier präsentiere und die mich interessieren und Sie vielleicht auch, nicht in voller Tiefe darbieten, sondern ich kann das immer nur anreißen. Ich will versuchen, einige Querverbindungen herzustellen und bewege mich da nicht immer auf dem Boden wissenschaftlich gesicherter Tatsachen. Betrachten Sie meine Ausführungen deswegen bitte im Sinne einiger Spotlights und als Anregung für eine weitere Diskussion.

Dass wir uns mit dem Thema in einem interessanten Bereich bewegen, zeigt ein Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in dessen Rahmen der mittelfristige Bedarf in wichtigen medizinischen Bereichen eingestuft wurde (Tab. 1). Danach wird der Bedarf nach Präventivmedizin als hoch eingeschätzt, allerdings mit Perzeptions-, Forschungs-, Struktur- und Evaluationsproblemen. Aber das sind ja genau die Themen, über die wir hier diskutieren sollten.

Medizinischer Bereich	Bedarf (und Probleme)
Infektiöse Erkrankungen - AIDS - sonstige	rückläufig niedrig
Pädiatrie	rückläufig
Neugeborenen Intensivbehandlung	rückläufig
Geburtshilfe, Gynäkologie	rückläufig, gleichbleibend
Alzheimer	niedrig
Augen (OP)	moderat
Bewegungsapparat	moderat
Bildgebende Verfahren	moderat (Additions- und Nutzenprobleme)
Diabetologie	moderat (Präventions-, Qualifizierungsprobleme)
Lungen- und Atemwegserkrankungen	moderat
Orthopädie (OP, Reha)	moderat (Evaluations-, Qualifizierungsprobleme)
Pädiatrische Pulmologie / Kardiologie	moderat
Psychiatrie (bzw. Gerontopsychologie)	moderat (Struktur-, Evaluationsprobleme)
Kardiologie	hoch (Evaluations-, Indikationsprobleme)
Laser-, minimal invasive Chirurgie	hoch (Qualitäts- und Indikationsprobleme)
Neurochirurgie	hoch
Onkologie	hoch (Evaluationsprobleme)
Präventivmedizin	hoch (Perzeptions-, Forschungs-, Struktur- und Evaluationsprobleme)
Rehabilitation	hoch (Struktur-, Qualifizierungsprobleme)
Urologie	hoch (Evaluationsprobleme)

Tabelle 1: Geschätzter mittelfristiger Zusatz-/Minderbedarf nach medizinischen Bereichen (Sondergutachten 1996 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche)

Es gibt drei Stufen der Prävention, die fließende Übergänge haben:

- Primäre Prävention:
 - Krankheitsverhütung – Wie verhindere ich beispielsweise, dass einer Raucher wird?
- Sekundäre Prävention:
 - Früherkennung von Erkrankungen – Wie erreiche ich beispielsweise, dass er mit dem Rauchen aufhört?
- Tertiäre Prävention:
 - Rückfallvermeidung – Verhinderung von Funktionsverschlechterungen und Minderung therapiebedingter unerwünschter Wirkungen.

Ich komme nun zu wichtigen Voraussetzungen für Prävention, wie man sie bei Scriba nachlesen kann:

Die zu vermeidende Gesundheitsstörung muss medizinisch relevant sein und mit hinreichender Häufigkeit vorkommen. Weiterhin sollte die geplante prophylaktische Maßnahme für einen ausreichenden Anteil der betroffenen Population zuverlässig wirksam sein. Und letztlich darf die Prophylaxe selbst kein unverträglich hohes Risiko mit sich bringen. Dabei denkt Scriba wahrscheinlich überwiegend an Impfungen. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass Prävention doch noch eine ganze Reihe anderer Aspekte in sich birgt.

Wenden wir uns einmal folgender Frage zu: Welche Ziele, welche Endpunkte hat denn die medizinische Prävention?

- Befindlichkeit = gesund fühlen
- Gesundheit = gesund sein
- Fitness
- Lebensqualität
- Verminderung von Risikofaktoren, wobei viele Risikofaktoren eigentlich gar keine Risikofaktoren sind. Diesbezüglich ist auf die Diskussion um die der Surrogat-Marker zu verweisen.
- Beseitigung von Krankheit

- Wegfall der Pflegebedürftigkeit
- Compression of Morbidity
- Erhöhung der Lebenserwartung
- Hinausschieben des Todes.

Wenn wir uns diese Reihung anschauen, dann werden die Endpunkte immer konkreter. Lassen Sie mich auf den weichsten Endpunkt, auf die *Befindlichkeit*, näher eingehen. Sie kennen die Präventionsbemühungen der Krankenkassen im Rahmen des alten § 20 SGB V. Warum sind die Krankenkassen mit vielen ihrer Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz – also der Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – in den 90er Jahren am Ziel vorbei geschossen? Weil Sie keinen Endpunkt für Ihre Präventionsaktionen vorgegeben haben. Dabei wurde schlichtweg ignoriert, dass wirkungsvolle Prävention aus Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen abgeleitet werden sollte.

Und nun zur *Lebenserwartung* am anderen Ende dieser Skala. Der älteste Mensch der Welt war Frau Calmant. Sie war 125 Jahre alt, als sie vor zwei Jahren starb. Die immer weiter steigende Lebenserwartung ist ein Trend, der nicht nur in Frankreich, sondern in fast allen Industrieländern zu verzeichnen ist – also auch bei uns in Deutschland. Wir hatten 1960 ca. 1,1 Mio. Menschen über 80 Jahre und werden im Jahr 2030 ca. 4,5 Mio. Menschen haben, die älter als 80 Jahre sind.

Wenn man sich die Lebenserwartung bei uns in Deutschland heute anschaut, dann beträgt sie bei den Frauen 80 Jahre und bei den Männern knapp 74 Jahre. Man kann das auch in etwa auf die Folgejahre extrapolieren. Wir werden also immer älter. In diesem Kontext gibt es interessante Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Aufwand (Ärztedichte, Gesundheitskosten) und Erfolg (Lebenserwartung) veranschaulichen (Tab. 2). Betrachten wir einmal die Verhältnisse bei uns in Deutschland: Wir haben eine Lebenserwartung von knapp 80 Jahren bei den Frauen und Gesundheitsausgaben in Höhe von 10,4 % vom Bruttosozialprodukt. Vergleichen wir das mit Japan, so haben die Japaner nur die Hälfte unserer Ärztedichte, mit 7,3 % vom Bruttosozialprodukt geringere Gesundheitskosten, sie werden aber deutlich älter als wir. Damit wird klar, dass also letztlich Gesundheit, wenn man sie denn an die Lebenserwartung knüpft, mit dem hierfür eingesetzten Ressourcenaufwand nur begrenzt etwas zu tun haben kann.

	Aufwand			Erfolg	
	Ärzte	Gesundheitskosten *		Lebenserwartung	
	auf 100 000 Einwohner	Anteil am BIP in %	jährl. pro Kopf in Dollar	Männer	Frauen
Großbritannien	141	6,7	1347	74,4	78,5
USA	231	14,0	4090	71,9	78,9
Deutschland	315	10,4	2339	73,3	79,8
Niederlande	251	8,5	1825	74,7	80,3
Italien	133	7,6	1559	74,9	81,3
Schweden	289	8,6	1728	76,5	81,5
Spanien	392	7,4	1168	74,4	81,6
Frankreich	273	9,9	2103	74,0	81,9
Japan	165	7,3	1741	77,0	83,0

* in verschiedenen Jahren, jeweils letzter Stand

Tabelle 2: Aufwand und Erfolg im Gesundheitswesen (nach OECD)

Wir dürfen also nicht meinen, dass Gesundheit nur über Medizin passiert. Da gibt es noch eine ganze Reihe anderer Einflussfaktoren. Deswegen heißt die Veranstaltung hier und heute „Medizin und Gesundheit“. Es gibt weitere Gründe, warum wir älter werden: Dazu gehören – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – die *allgemeine Hygiene* (persönliche Hygiene, Trinkwasser und Lebensmittel, Heizung, Umweltbelastungen), natürlich auch Faktoren aus der *Arbeitswelt* (Lebensarbeitszeit, unfallträchtige Arbeit, schwere körperliche Arbeit, Gefahrstoffe), dann natürlich auch die *Medizin*. Und bei der Medizin haben wir nur ein paar ganz wichtige Gebiete, die entscheidend mit zur Lebenserwartung beigetragen haben, nämlich die Perinatal-Medizin mit konsekutiv gesunkener Säuglingssterblichkeit, Impfungen, Antibiotika, sowie die moderne Chirurgie und die Anästhesie. Man kann da sicherlich noch weitere Punkte hinzu fügen. Aber man sieht auch folgendes: Nicht nur die Medizin, auch persönliche Faktoren – positive Grundeinstellung, soziale/emotionale Intelligenz, Disposition, Gesundheitsverhalten und sicherlich auch kulturelle Einflüsse in den verschiedenen Ländern – sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

Lassen Sie mich nun zum speziellen Bereich der arbeitsmedizinischen Prävention kommen. Die Wandlungsdynamik der beruflichen Belastungen in den modernen In-

dustriestaaten ist beträchtlich. Sie lässt sich am besten durch den Übergang vom Muskel- zum Nervenzeitalter (Tab. 3) beschreiben. Zentral hierbei ist die Zunahme der psychosozialen Belastungen.

Muskelzeitalter	Nervenzeitalter
körperliche Leistungsfähigkeit	geistiges Leistungsvermögen
physiko-chemische Belastungen	psycho-mentale Belastungen
ortsgebundene Agrargesellschaft, industrielle Revolution	mobile Industriegesellschaft
Mangelgesellschaft	Überflussgesellschaft
primäre Gesundheitsstörungen durch Seuchen und akute Erkrankungen	sekundäre Gesundheitsstörungen durch Zivilisationskrankheiten
kurze Lebensdauer	Alterskrankheiten bei hohem Lebensalter
Massenbewegungen	Individualisierung der Gesellschaft

Tabelle 3 : Wandel der gesundheitlichen Belastungen

Dieses Belastungsmuster resultiert aus den neuen Arbeitsplätzen, die wir in Zukunft vermehrt haben werden. Wir reden ja immer von der Dienstleistungsgesellschaft und dass wir schneller dahin kommen müssen. Wir sind aber schon längst eine Dienstleistungsgesellschaft: Landwirtschaft und Produktion nehmen kontinuierlich ab, der Bereich der primären Dienstleistungen bleibt in etwa gleich. Äußerst dynamisch werden sich die Dienstleistungen im Bereich Informationstechnologie entwickeln. Wenn Sie nun die Dienstleistungen zusammenfassen, dann sind wir schon zwischen 60 und 70 % Anteil an allen Arbeitsplätzen. Was das für die arbeitsmedizinische Prävention der Zukunft bedeutet, möchte ich – höchst unwissenschaftlich – durch eine Darstellung der Grenzflächen des Menschen zu seiner Umwelt zeigen.

Da ist zunächst die Haut mit einer Oberfläche von ca. 2 m². Deshalb haben wir es mit so vielen Hauterkrankungen zu tun, auch in der Arbeitsmedizin. Als nächstes ist die Lunge mit ca. 150 m² nennen. Auch da spielt sich einiges ab: Asthma, Bronchitis, Asbestose usw.. Weniger kritisch ist es beim Darm, weil man die Gefahrstoffe in aller Regel nicht schluckt, obwohl die Kontaktfläche hier ca. 4000 m² beträgt. In der Arbeitswelt gibt es auch die Mensch-Mensch-Interaktionen. Grenzfläche ist hier die Psyche. Diese Grenzfläche existiert manchmal überhaupt nicht. Dann findet keine Kommunikation statt, oder aber es brodelt an dieser Reibungsfläche.

Dementsprechend gibt es natürlich auch neue Betätigungsfelder, speziell in der arbeitsmedizinischen Prävention. Früher war es die Schnittstelle Mensch/Arbeit. Hier spielten schwere körperliche Arbeit oder Gefahrstoffe eine Rolle. Im Bereich der psychosozialen Medizin haben wir die Schnittstelle Mensch/Mensch. Hier geht es um Faktoren wie Arbeitsklima, Unternehmenskultur, Kommunikation, Motivation, Identifikation mit dem Unternehmen, Arbeitszufriedenheit. Diese Themen spielen in der arbeitsmedizinischen Prävention eine zunehmend wichtigere Rolle.

Die gesetzliche Unfallversicherung wird sich im Rahmen des erweiterten Präventionsauftrages hoffentlich stärker um diesen Themenbereich kümmern. Seit dem 21.8.1996 ist das zweite Kapitel „Prävention“ SGB VII in Kraft. § 14 (Grundsatz) SGBVII lautet:

- (1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.
- (2) Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.

Ich greife das als Beispiel heraus, weil hier Prävention tatsächlich auch einmal legislativ reglementiert und verordnet worden ist. Früher haben sich die Berufsgenossenschaften um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gekümmert. Jetzt sind die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit dazu gekommen. Leider wird dieses Thema dort relativ stiefmütterlich behandelt. Warum? Weil Berufsgenossenschaften letztlich auch Verwaltungsorganisationen sind, und weil ihnen der entsprechende präventive Sachverstand dabei fehlt. Es wird eine Vielzahl von Papieren und Konzepten gemacht, aber letztlich passiert draußen zu wenig, es ist zu wenig Outcome vorhanden.

Schauen wir uns einmal die Definition der Bestandteile des Begriffs „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ an: „Arbeitsbedingt“ ist klar. Beim Begriff „Gesundheit“ wird es aber schon wieder diffuser. Da gibt es zum einen die WHO-Definition – vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Oder wir gehen zu den Toxikologen. Die haben „No Observed Adverse Effect Levels“ (NOAEL) kreiert. Das begreifen nur noch wenige, weil sie da in Konzentrationsbereiche hinein kommen, die für erlebte Gesundheit oder Krankheit häufig nicht mehr nachvollziehbar sind. Andere, insbesondere Kliniker, sagen: Gesundheit ist Abwesenheit von Krank-

heit. Was ist „Gefahr“? Gefahr ist das Risiko, das unter Berücksichtigung seiner Eintrittswahrscheinlichkeit und des möglichen Schadensumfanges nicht mehr hinnehmbar ist. Was bedeutet aber „nicht mehr hinnehmbar?“ Der Gesetzgeber und unsere Gesellschaft drücken sich permanent um die Festlegung: Was ist denn überhaupt noch akzeptabel? Deshalb sind die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ein äußerst flauer Rechtsbegriff. Und es passiert, wie so häufig bei Gesetzgebungsverfahren, dass der Gesetzgeber die Politik in die Gesetzgebung verlagert. Gesetze haben aber eigentlich die Aufgabe, gesellschaftliche Prozesse zu klären und zu vereinheitlichen, und gerade das passiert hier nur unzureichend.

Diese Insuffizienzen führen auch zu merkwürdigen wissenschaftlichen Konzepten. Eines davon ist der Versuch, den arbeitsbedingten Erkrankungen über die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten auf die Spur zu kommen. Arbeitsunfähigkeitsstatistiken sagen eigentlich wenig über Krankheiten aus. Der „Gelbe Schein“ als Grundlage für Arbeitsunfähigkeit ist ein Verwaltungsakt und kein Erhebungsinstrument für epidemiologische Daten. Jeder, der praktisch ärztlich tätig gewesen ist, weiß, wie solche Scheine ausgefüllt werden. Das ist also eine unzureichende Möglichkeit, in nennenswertem Umfang etwas über die Beziehungen oder die Verursachung von Krankheit im beruflichen Bereich oder im privaten Umfeld herauszubekommen.

Ich habe mir die Mühe gemacht, das verwendete Instrumentarium – die AU-Datenstatistik – unter epidemiologischen Gesichtspunkten zu beurteilen. Da gibt es Confounder zuhauf und den Bias. Das sind ganz unangenehme Erscheinungen, die man in epidemiologischen Studien überhaupt nicht gebrauchen kann. Auf Einzelheiten kann ich hier leider nicht eingehen. Nur so viel: Forschung in dieser Richtung ist Vergeudung von Ressourcen.

Mit einem methodisch unzureichenden Instrumentarium soll ein nicht ausreichend definiertes Phänomen unter Umkehrung der Kausalkette untersucht werden. Das passiert in großem Stil, da werden ganze Heerscharen von Sozialwissenschaftlern beschäftigt. Nichts gegen Sozialwissenschaftler, aber ich meine, man könnte sie anderweitig sinnvoller einsetzen. Nun gut, ich will dieses Thema nicht überstrapazieren. Ich will nur folgendes sagen, wobei ich einen Herrn zitiere, der kein Dummer war: „Die Probleme, die es in der Welt gibt, können nicht mit den gleichen Denkweisen gelöst werden, die sie erzeugt haben“ (Einstein).

Lassen Sie mich im Folgenden versuchen, herauszufinden, warum die deutsche Automobilindustrie im Moment wieder so gut dasteht, wie sie noch nie dagestanden hat. Ich habe den zugrunde liegenden Veränderungsprozess selbst miterlebt und kann

darüber relativ authentisch berichten. Man hatte vor zehn Jahren Angst, dass wir auch irgendwann keine Autos mehr bauen, nachdem Industriezweige wie die Uhrenindustrie und auch die optische Industrie hierzulande kaputt gegangen waren. Jetzt haben wir eine Renaissance der Automobilindustrie, und das ist nicht zuletzt auf bestimmte Management-Techniken und neue Organisationsformen zurückzuführen

Da ist zum einen der „Kontinuierliche Verbesserungsprozess“ (KVP) und zum anderen das „Total Quality Management“ (TQM). Ich möchte einmal versuchen, diese Prinzipien auf unser Gesundheitswesen anzuwenden. KVP, was heißt das? Abwendung von der ergebnisorientierten Arbeitsweise, hin zu einem prozessorientierten Vorgehen. Dabei hat am Ende des Prozesses bitte immer der Proband oder der Patient zu stehen und nicht irgendein Sektor des Gesundheitswesens. Dieses Ziel ist beim jetzigen Zustand unseres Gesundheitswesens völlig aus dem Fokus geraten. Natürlich ist ein Patient kein Auto, aber es lohnt sich tatsächlich, darüber einmal nachzudenken. Ich habe für mein Fachgebiet – den Arbeitsschutz und betrieblichen Umweltschutz – versucht darzustellen, welche Veränderungen in den Denkweisen erforderlich sind (Tab. 4).

Paradigmenwechsel im Gesundheits- und Arbeitsschutz	
retrospektiv	prospektiv
korrektiv	präventiv
monokausal	multikausal
normativ	zielorientiert
solitär	interdisziplinär
extern	prozessorientiert
klinisch	ganzheitlich
erfahrungsbasiert	nachweisbasiert
ideell	wertschöpfend
sanktionierend	beratend

Tabelle 4: Paradigmenwechsel im Gesundheits- und Arbeitsschutz (GAS)

Wir müssen uns zuerst überlegen, was in der Zukunft sein wird, was die Menschen in der Zukunft für Bedürfnisse haben werden und was in Zukunft für Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen existent sein werden. Wir müssen wegkommen von dem

immer noch überwiegend korrektiven Handeln hin zu präventiven Verhaltensweisen. Wobei das nicht leicht ist; weil da auch schwierige und langwierige kulturelle Prozesse dahinter stecken. Wir müssen auch wegkommen von dem Monokausalen, hin zum Multikausalen. Das hat eine spezielle Bewandnis in der Arbeitsmedizin. Darauf möchte ich jetzt nicht näher eingehen. Aber das ist auch im allgemeinen Gesundheitswesen so, dass man den ganzen Menschen sehen muss und nicht nur sein spezielles, gerade aktuelles gesundheitliches Problem.

Dass man nicht unbedingt nur normativ, sondern eben zielorientiert vorgeht. Normativ heißt, das haben wir schon immer so gemacht, dafür gibt es Vorschriften und Regeln. Man sollte statt dessen zielorientiert vorgehen und sich fragen: Was bringt denn tatsächlich ein Mehr an Gesundheit für unsere Probanden und Patienten?

Dann die Interdisziplinarität. Das passiert ja schon teilweise in der Medizin. Aber die Medizin muss noch viel interdisziplinärer werden. Da spielt auch die Betriebswirtschaft eine Rolle, Marketingüberlegungen spielen mit hinein. Es geht nicht nur darum, Geld zu verdienen, sondern auch darum, die Prävention interessanter zu machen. Das ist die Grätsche zwischen Ethik und Monetik. Wir müssen weg vom Sanktionierenden, hin zum Beratenden. Die Meinungen und die Bedürfnisse des Patienten müssen beim ärztlichen Handeln stärker als bisher berücksichtigt werden.

Der Patient ist also „Kunde“. Diese Feststellung führt regelmäßig zu erregten Debatten in der Ärzteschaft. Dies ist durchaus verständlich, denn nach konservativer Lesart ist der Kunde eine Person, die zum Kreis der Abnehmer von Waren oder Dienstleistungen eines Geschäftsmannes gehört. Ärztliche Kunst als profane Dienstleistung, der Arzt als Geschäftsmann? Hier sind berechtigte Vorbehalte angebracht.

Im vergangenen Jahrzehnt hat sich aber ein erweiterter Kundenbegriff etabliert: „Kunde“ ist derjenige, für den der „Lieferant“ etwas tut, um dessen Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen. So hat in der Total-Quality-Management-Philosophie in einem Produktions- oder Dienstleistungsprozess der in der Prozesskette Nachfolgende Kundenstatus. Der „Lieferant“ muss sich immer überlegen, ob sein Tun und Handeln sinnvoll und nützlich im Sinne der Ziele der Prozesskette ist.

Zurück zur Medizin. Die ursprüngliche Definition für den „Patienten“ sieht diesen als einen in ärztlicher Behandlung stehenden Kranken. Ist der Patient schwerverletztes Unfallopfer oder liegt er auf der Intensivstation, so hat er zwar unter dem erweiterten Kundenbegriff Kundenstatus, kann diesen aber nicht wahrnehmen. Leidet der Patient an einer behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankung, beispielsweise

Diabetes, so kann er wählen, welcher der ortsansässigen Diabetologen ihn behandeln soll. Geht es um Befindlichkeitsstörungen oder Gesundheitsprävention, öffnet sich das Feld der Dienstleistungslieferanten noch weiter. Para- oder nichtmedizinische Anbieter kommen hier ebenfalls zum Zuge. Dementsprechend ist der Patientenbegriff in der letzten Zeit erweitert worden. Unter Patient versteht man auch einen Gesunden, der Einrichtungen des Gesundheitswesens für Diagnostik oder Therapie in Anspruch nimmt. Deswegen hat die Verknüpfung von Patienten- und Kundenstatus durchaus nichts Anrühiges, sondern beschreibt lediglich das Verhalten des mündigen Patienten in einem offenen Gesundheitsmarkt.

Diese Sicht der Dinge rüttelt natürlich kräftig am paternalistischen Arztbild, das im Medizinstudium und in der Klinik generiert wird: Der Arzt als uneingeschränkte Kompetenz in Krankheits- und Gesundheitsfragen. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass viele Patienten in Situationen, wo es nicht um Leben oder Tod geht, dieses paternalistische Prinzip anerkennen. Sie nehmen damit ihren Kundenstatus nicht wahr.

Neuere Trends sorgen jetzt und in der Zukunft dafür, dass das paternalistische Prinzip in der Medizin durch das partnerschaftliche Prinzip ersetzt wird und damit der Kundenstatus des Patienten an Bedeutung gewinnt. Stichworte sind hier Behandlungsleitlinien, evidence based medicine, Qualitätsmanagement, Patienten-Informationssysteme, disease management usw..

In der praktischen Arbeitsmedizin hat man es überwiegend mit klinisch gesunden Personen zu tun. Die Mitarbeiter eines Betriebes suchen den Werksarzt vorwiegend deswegen auf, weil sie Beschwerden oder Probleme bei der Arbeit haben, oder weil sie wegen bestimmter Belastungen oder Gefährdungen vorsorglich untersucht werden müssen. Sie sind meist keine Patienten, sondern Probanden. Proband ist jemand, der untersucht und beraten werden muss. Ein Arzt-Patienten-Verhältnis existiert also nur in Ausnahmefällen. Dominierend ist die Probanden-Arzt-Beziehung. Die Mitarbeiter im Betrieb haben also einen ausgeprägten Kundenstatus. Bei erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen können sie den für sie zuständigen Werksarzt oder einen anderen Arbeitsmediziner ansprechen. Bei beruflichen oder allgemein gesundheitlichen Problemen steht alternativ zum Werksarzt auch beispielsweise der Hausarzt zur Verfügung.

Im Betrieb sind aber nicht nur die Mitarbeiter Kunden des Werksarztes. Der eigentliche Kunde ist der Unternehmer, der die Dienstleistung Arbeitsmedizin direkt bezahlt und erwartet, dass die im betrieblichen Gesundheitsschutz existierenden Vorschriften und Regeln eingehalten und umgesetzt werden. Über diese Schiene sind weitere

Kundenkreise innerhalb und außerhalb der Unternehmen zu bedienen. Hierzu gehören die Arbeitnehmervertretung, die zuständige Berufsgenossenschaft und die staatliche Gewerbeaufsicht. Werden Vorschriften und Kundenerwartungen nicht oder unzureichend erfüllt, so hat der Betrieb jederzeit die Möglichkeit, den betreuenden Dienstleister – d.h. den Arzt oder den überbetrieblichen Dienst – zu wechseln.

Das bedeutet nun aber nicht, dass der Arbeitsmediziner die Wünsche aller seiner Kunden im Betrieb, die noch dazu häufig nicht deckungsgleich sind, erfüllen kann und muss. Neben fachlicher Kompetenz und Durchsetzungsvermögen ist hier diplomatisches Geschick gefragt, um zu Problemlösungen zu kommen, die unter Einhaltung gültiger Gesetze und Vorschriften die für die gesamte „Kundschaft“, d.h. die Gesamtheit des Betriebes, akzeptabel sind.

Das Feld der Prävention wird derzeit in der Medizin überwiegend unter individuellen Gesichtspunkten bearbeitet. In Zukunft sollte sich aber die Medizin der Prävention unter kollektivistischen Betrachtungsweisen öffnen. Daraus lassen sich meines Erachtens folgende Forschungsfelder der Zukunft entwickeln.

- Was ist sinnvolle Prävention?
 - Endpunktbestimmung
 - Risikoakzeptanz
 - Outcome-Betrachtungen

- Wie mache ich sinnvolle Prävention?
 - Marketing
 - Selbstverantwortung

Die wirklich wirkungsvolle Prävention ist äußerst unattraktiv. Deshalb muss überlegt werden, wie sie attraktiv gemacht werden oder in andere Dienstleistungsprozesse integriert werden kann, damit das Gesamtpaket dann letztlich von Interesse ist (Shuttle-Situation).

- Die Rolle der Prävention als Rationalisierungsfaktor
 - Rationalisierung statt Rationierung

Hier würde ich mir von der Gesundheitsökonomie mehr Hilfestellung erwarten nach dem Motto: Ich möchte nicht, dass weniger ausgegeben wird. Ich möchte, dass sinnvoller und vielleicht noch mehr für Gesundheit ausgegeben wird.

- Kundenorientierung in der Medizin
 - TQM, und die guten Elemente von
 - Managed care, hier übertragen auf unser Gesundheitssystem.

Das wären meine Anregungen und meine Wünsche, die ich zu der Ausgangsfragestellung hätte.

4.1 Diskussion

Die Diskussion ging zunächst von der allgemeinen Feststellung aus, dass die Motive für eine Schadensvorsorge und folglich auch die Erbringung individueller Gesundheitsleistungen im Sinne der Prävention eher im persönlichen Interesse und deshalb in der direkten Verantwortung des jeweiligen Individuums lägen und die Kosten hierfür nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der Solidargemeinschaft getragen werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde ebenso für getrennte Versicherungs- und Finanzierungssysteme plädiert, die am ehesten in der Lage wären, über die Berücksichtigung der jeweils durch individuelles Verhalten verursachten Ausgaben und Kosten auch tatsächlich Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken. Beispiele für derartige Modelle und Ansätze sind aus den USA bekannt, wo mit Managed Care Systemen sowie mit Wellness-Programmen in den Unternehmen positive Erfahrungen gesammelt werden konnten.

In der Diskussion wurde betont, dass man generell unterscheiden müsse zwischen Gesundheitsförderung und Befindlichkeitsförderung bzw. zwischen Gesundheits- und Befindlichkeitsrisiken. In engem Zusammenhang damit steht die Erkenntnis, dass sich in der Bevölkerung ein gewisses Anspruchsdenken ausgeprägt hat. Mehr als in anderen sozialen Bereichen wird im Gesundheitswesen nahezu ein Absolutheitsanspruch auf teilweise grenzenlose Krankenversorgung und Prävention aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit bzw. der Notwendigkeit des Ausgleichs sozialer Ungerechtigkeiten abgeleitet. Damit geraten persönliche Interessen und Motive für eine gesunde und vorsorgende Lebensweise zwangsläufig in den Hintergrund. Diese Motive müssen aber bei der Reform und weiteren Ausgestaltung unserer Versorgungssysteme künftig um so mehr berücksichtigt werden, um langfristig konstruktive Verhaltens- und Einstellungsänderungen erreichen zu können. Hierfür brauchen wir auch mehr Transparenz als bisher über das Leistungsgeschehen sowohl der gesetzlichen

als auch der privaten Gesundheitsanbieter bzw. -versicherer und den jeweiligen persönlichen Verhältnissen und Ansprüchen angepasste Versicherungssysteme. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Solidargemeinschaft nicht mit ungerechtfertigten Ausgaben, die nicht zur Gesundheitsförderung sondern lediglich zur persönlichen Befindlichkeitsförderung beitragen, belastet wird. Diese Aufwendungen sollten von jedem Bürger selbst im erforderlichen Umfang finanziert werden. Möglicherweise müssten auch Überlegungen darüber angestellt werden, wie denn soziale Gleichheit oder Chancengleichheit in der Gesellschaft neu zu interpretieren wären.

Diese Überlegungen führten in der Diskussion auf die allgemeine Fragestellung der Patientenautonomie und deren Stellenwert in unserem Gesundheitssystem zurück und dies sowohl im medizinischen als auch im ethischen Kontext. Übereinstimmend wurde hierzu festgestellt, dass der Patient in unserem Gesundheitssystem in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt bzw. sogar teilentmündigt sei und dass die Patientenorientierung und damit die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit wieder stärker in den Vordergrund treten müsse. In unserem Gesundheitswesen, das sich zunehmend den Strukturen des Wettbewerbes öffnet, sind auch Patienten und Versicherte folglich mehr als bisher herausgefordert, ihre bisher eher passive Rolle zu verlassen, sich mehr und mehr als „Kunden“ zu verstehen und zu informieren, um sich eigenverantwortlich und kompetent für oder gegen entsprechende Angebote entscheiden zu können. Dem steht aus der Sicht der Bevölkerung jedoch die fehlende Öffentlichkeit und Transparenz des Systems entgegen. Erschwerend kommt noch hinzu, dass der Patient keine Lobby hat, es zwar Selbsthilfegruppen aber keine Patientenorganisationen oder Patientengewerkschaften gibt, die ihn bei der Wahrnehmung und Vertretung seiner Interessen unterstützen könnten. Angesichts der zunehmenden Marktöffnung im Gesundheitswesen wurde dafür plädiert, die Prävention dennoch nicht dem freien Markt zu überlassen sondern bewusst gewisse regulierende Eingriffe zuzulassen, weil Prävention sonst nicht betrieben würde. Andererseits gab man zu bedenken, ob man nicht die Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit Marketingaspekten kombinieren und so zu attraktiveren Dienstleistungsangeboten kommen könnte.

Aus ethischer Sicht wurde im Hinblick auf Patientenautonomie auf die Bewahrung bzw. Vorsorge vor Schäden durch Fremdbestimmung hingewiesen, insbesondere in Situationen wie z.B. am Lebens- bzw. Therapieende, wenn ein Patient in seiner Entscheidungsfähigkeit sehr eingeschränkt oder aber gar nicht mehr in der Lage ist, am Entscheidungsprozess mitzuwirken. Als Beispiel hierfür wurde die Auseinanderset-

zung über ethische Fragen der passiven Sterbehilfe angeführt und hierzu die Meinung vertreten, dass in diesen Dialog nicht nur die professionell involvierten Beteiligten und Betroffenen wie Ärzte und Pfleger sondern auch die Betroffenen von der Seite der Leidenden und deren Angehörige einbezogen werden müssen.

5. Psychosoziale Gesundheit in der Informationsgesellschaft – Perspektiven für Baden-Württemberg?

Dr. biol. hum. Dipl.-Päd. E. Toepler

Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.

Zunächst möchte ich ganz kurz die Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA) vorstellen, bei der ich für die Bereiche Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement zuständig bin. Wir sind eine Bildungsakademie mit der klassischen Aufgabe, wissenschaftliches Know-how zu bündeln, für die Bedürfnisse der Praxis aufzubereiten und seine Anwendung zu begleiten. Unser Handlungsfeld ist das Gesundheits- und Sozialwesen. Wir bieten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an und führen Forschungs- und Entwicklungsprojekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Baden-Württemberg durch. Zur Zeit veranstalten wir ca. 70 Kurse mit ca. 3000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Dazu setzen wir neben 10 festangestellten Mitarbeitern über 300 freie Referenten ein.

In den Jahren 1994 bis 1997 haben wir mit Unterstützung des Landes, der gesetzlichen Krankenkassen und der Verbände der Heilberufe in den Städten und Landkreisen Baden-Württembergs ca. 1000 Gesundheitsprojekte und Aktionen gefördert und wissenschaftlich ausgewertet. Über die Auseinandersetzung mit der Frage: „Welchen Nutzen haben diese Formen der Prävention und Gesundheitsförderung?“ sind wir zu dem Thema dieses Beitrages gelangt: „Psychosoziale Gesundheit in der Informationsgesellschaft“.

In Anbetracht der knappen Zeit möchte ich Ihnen jetzt gleich am Anfang die Kernaussagen meines Referates in Form von drei Thesen präsentieren und dann kurz erläutern:

1. Die wirtschaftliche Strukturentwicklung stellt wachsende Anforderungen an das Humankapital einer Bevölkerung.
2. Die Gesundheit einer Bevölkerung ist ein wesentlicher Faktor des Humankapitals. Entsprechend sind umfassende gesundheitsfördernde Strategien zur Förderung des Humankapitals notwendig.

3. Eine gesundheitsbezogene Infrastruktur stellt eine Investition in das Humankapital und die zukunftsfähige Entwicklung in Baden-Württemberg dar. Voraussetzung dazu ist ein flächendeckendes Gesundheitsinformationssystem.

Den Beitrag der SAMA zum Aufbau eines solchen Informationssystems möchte ich Ihnen abschließend verbunden mit Hinweisen auf den zukünftigen Forschungs- und Entwicklungsbedarf vorstellen.

Erste These: Die wirtschaftliche Strukturentwicklung stellt wachsende Anforderungen an das Humankapital einer Bevölkerung.

Prof. Kentner hat in seinem Beitrag schon auf diese Problematik hingewiesen. Die wirtschaftliche Strukturentwicklung stellt wachsende Anforderungen an das Humankapital, wobei mit Humankapital die Leistungsfähigkeit einer Bevölkerung – in unserem Fall in Baden-Württemberg – bezeichnet wird. *Humankapital* umfasst damit nicht nur die erwerbstätige Bevölkerung, sondern die Leistungsfähigkeit der Gesamtbevölkerung.

Die 98er Delphi-Studie des Fraunhofer-Instituts für Systemtechnik und Innovationsforschung¹ fasst die wesentlichen Trends der wirtschaftlichen Strukturentwicklung zusammen.

Trends der wirtschaftlichen Strukturentwicklung

- Von der Industrie- zur Informationsgesellschaft
- Von der Produktion zur Dienstleistung
- Von der Produkt- zur Kundenorientierung
- Von Einzelunternehmen zu anforderungsspezifischen Netzwerken
- Von zentralen Führungsstrukturen zu dezentralen Entscheidungsbefugnissen
- Von der Arbeitsteilung zu ganzheitlichen Verantwortungsbereichen und selbstständiger Projektbearbeitung

nach: Delphi 98 - Studie zur globalen Entwicklung von
Wissenschaft und Technik, Fraunhofer-ISI, Karlsruhe 1998



¹ Cuhls, K.; Blind, K. und Grupp, H. (Hrsg.): Delphi '98-Umfrage. Zukunft nachgefragt. Studie zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik. FhG-ISI, Karlsruhe, 1998

Wir haben die Entwicklung von der Industrie- zur Informationsgesellschaft, die dazu führt, dass ein Wechsel von der Produktion zur Dienstleistung stattfindet. Das heißt auch Kundenorientierung anstatt Produktorientierung. Einzelunternehmen vereinen immer weniger Wertschöpfungsprozesse unter ihrem Dach und müssen sich folglich immer mehr in anforderungsspezifischen Netzwerken zusammenschließen. Das hat Auswirkungen auf die Führungsstruktur, sowie auch auf bisherige Kernprinzipien unseres Wirtschaftswachstums, wie z.B. die Arbeitsteilung.

Der Volkswirt Nefiodow². vom GMD-Forschungszentrum für Informationstechnik hat daraus Anforderungen an das Humankapital abgeleitet und zwei Anforderungskomplexe beschrieben.

Anforderungen an das Humankapital

- In der Informationsgesellschaft wird die Produktivität durch die Gestaltung von Informationsflüssen bestimmt
 - die Kompetenz im Umgang mit Information wird zentral
- Problemlösungen und neue Produkte entstehen kooperativ
 - die Kompetenz im Umgang mit Menschen wird zentral
- ▶ Fachkompetenz, Spezialisierung und Arbeitsteilung reichen nicht mehr aus

aus: Nefiodow, L.: Der 6. Kondratieff - Wege zu Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin (2) 1997
:



Zum einen vertritt er die Auffassung, dass die Produktivität in der Informationsgesellschaft wesentlich durch die Gestaltung von Informationsflüssen und die Informationsverarbeitung bestimmt wird und nicht mehr durch die klassischen Produktivfaktoren Arbeit, Produktion und Rohstoffe. Die Kompetenz jedes einzelnen im Umgang mit Informationen wird damit relevant für die Produktivität sowohl eines Unternehmens als auch einer Gesamtbevölkerung.

² Nefiodow, L. A.: Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, 2. Aufl. Rhein-Sieg, Sankt Augustin, 1997

Neben den eher klassischen Anforderungen *soziale Kompetenz, Lern- und Veränderungsbereitschaft, Leistungsbereitschaft* machen amerikanische Untersuchungen über erfolgreiche innovative Unternehmen auf das *Vertrauen in neue Lösungen*, sowie auf die *Team- und Konfliktfähigkeit* aufmerksam. Ich habe gerade beim Herfahren in der „Zeit“ gelesen, dass diese letztgenannte Eigenschaft für Betriebswirte diejenige ist, die am meisten in Stellenanzeigen verlangt wird. Und Pete Senge³, der Leiter der School of Management vom Massachusetts Institute of Technology (MIT) in den USA, definiert die „*Bereitschaft, neue Denkweisen zuzulassen*“ als zukünftig wichtigste Anforderung an Arbeitnehmer.

Wie lassen sich nun diese Humanressourcen fördern? Eine z.Z. breit diskutierte Strategie ist der Ausbau der Bildung: die Verbesserung der Ausbildung über die Fachkompetenz hinaus, der Ausbau der Weiterbildung zum lebenslangen Lernen usw. Klaus Dirk Henke⁴, der langjährige Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass Bildung nur die eine Seite des Humankapitals beschreibt. Humankapital, schreibt er, ist eine Einheit, bestehend aus Bildung und Gesundheit.

Zweite These: Die Gesundheit einer Bevölkerung ist ein wesentlicher Faktor des Humankapitals. Entsprechend sind umfassende gesundheitsfördernde Strategien zur Förderung des Humankapitals notwendig.

Er hat die krankheitsbedingten Kosten für die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung (alte Bundesländer) berechnet. Er kommt auf 4,7 Mio. Erwerbstätigkeitsjahre oder 16 % des Gesamtarbeitsvermögens, die krankheitsbedingt verloren gehen. In diesem Wert liegt angesichts der demographischen Entwicklung einiges an Sprengkraft verborgen. Wir müssen zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgehen, dass die Krankheitsbelastung der erwerbstätigen Bevölkerung weiter zunimmt. Damit lässt die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung im globalen Wettbewerb mit Ländern, die einen deutlich jüngeren Altersdurchschnitt aufweisen, nach.

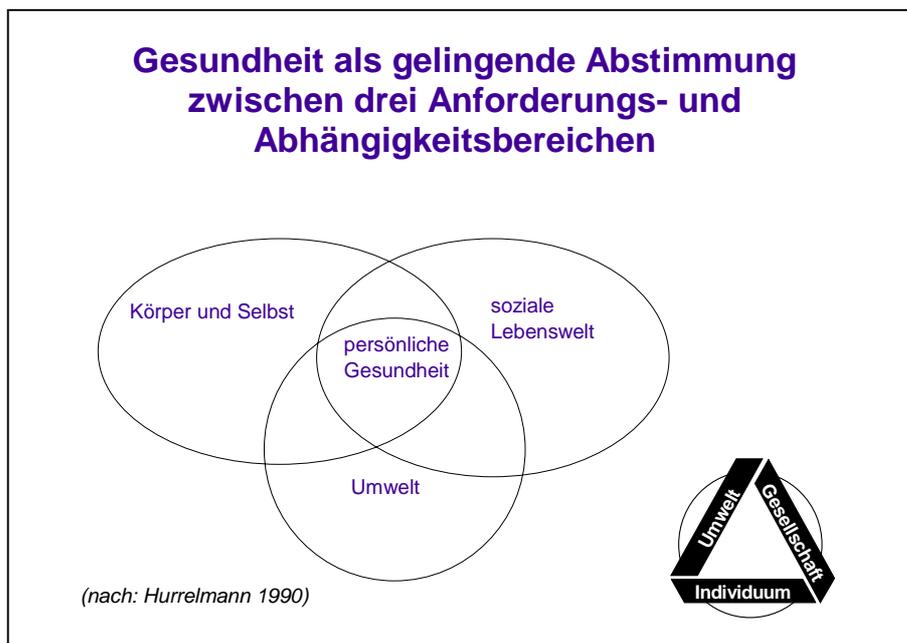
³ Senge, P. M.: „Die fünfte Disziplin - Theorie und Kunst der lernenden Organisation“, Klett-Cotta, Stuttgart, 1996

⁴ Henke, K. D., Martin, K., Behrens, C.: Direkte und indirekte Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland 1980 und 1990. In: Z. f. Gesundheitswissenschaften, 5. Jhg., 1997, S.123 - 141

Vor diesem Hintergrund gewinnen gesundheitsbezogene Strategien zur Erhöhung des Leistungspotenzials einer Bevölkerung an gesellschaftspolitischer Bedeutung. Zunächst lassen sich zwei Strategien zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit einer Bevölkerung unterscheiden.

- Die krankheitsbezogene Strategie durch die Senkung der Krankheitsbelastung
- Die gesundheitsfördernde Strategie zur Erhöhung des Leistungspotenzials einer Bevölkerung durch die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit.

Diese Unterscheidung macht auf die Erweiterung des Gesundheitsbegriffes aufmerksam, der in den vergangenen Jahren vor allem durch die in Deutschland relativ junge Disziplin der Gesundheitswissenschaften (Public Health) vorangetrieben wurde. Gesundheit in der Definition der Gesundheitswissenschaften ist ein Balanceakt, ein Abstimmungsakt zwischen drei Anforderungsbereichen⁵:



- Der physische und psychische Bereich des *Körpers* (Leistungsfähigkeit, Veranlagung, Konstitution etc.) und des *Selbst* (Selbstbild, Selbstwirksamkeit, Erwartungen etc)

⁵ Hurrelmann, K: Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß; Weinheim, 1990, S. 58-82

- Der soziale Bereich der *Lebenswelt* (der Einflussbereich der Familie, Gruppen, Freunde, Arbeitsbedingungen etc.)
- Der Bereich der gesellschaftlichen und natürlichen *Umwelt* (Wohnen, Freizeitverhältnisse etc.).

Diese drei Bereiche stellen Anforderungen an die persönliche Gesundheit als der individuellen Balance dieser Anforderungen. Das Maß dieser Balance liegt in der persönlichen Handlungsfähigkeit und Lebensbewältigung.

Bei genauer Betrachtung lässt sich eine hierarchische Gliederung dieser Einflussbereiche erkennen. Wir haben als untere Ebene die individuelle Gesundheit, die beeinflusst wird durch die Arbeits- und Lebensbedingungen, zwar nicht direkt kausal beeinflusst, aber doch in einem hierarchischen Verhältnis. Und ganz oben steht die soziale und gesellschaftliche Umwelt, die wiederum die Lebens- und Arbeitsbedingungen und darüber die individuelle Gesundheit beeinflusst. Noack⁶, der Sozialmediziner der Universität Graz nennt das den „salutogenetischen Kausalpfad“.

Wie entsteht nun diese Fähigkeit zur Gesundheit, welche Bedingungen benötigt Gesundheit auf der individuellen und sozialen Ebene? Antworten auf diese Fragen gibt die Salutogenese-Forschung der letzten 10 Jahre.

Der israelische Soziologe und Stressforscher Antonowski, der das Salutogenese-Modell geprägt hat, hat ursprünglich Widerstandsquellen gegen Stressoren erforscht. In der Erforschung der vielfältigen persönlichen Widerstandsquellen gelangte Antonovsky zu einem Konzept generalisierter Widerstandsressourcen, das er hinter den einzelnen Widerstandskräften (z.B. Immunsystem, Wissen, Ich-Stärke, Bewältigungskompetenzen, soziale Unterstützung, Eingliederung in soziale Netzwerke, soziokulturelle Widerstandsquellen etc.) vermutet.

Dieses gemeinsame Konzept nennt Antonovsky⁷ den Kohärenzsinn (Sense of Coherence). Der Kohärenzsinn hat die Qualität einer zuversichtlichen und vertrauensvollen Grundeinstellung zum Leben, dass die Dinge im Leben sich gut entwickeln werden und dass man auf die eigenen Fähigkeiten sowie auch auf die Unterstützung an-

⁶ Noack, R.H.: Public Health, Salutogenese und Gesundheitsförderung. In: Lobnig, H./Pelikan, J.M.: Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Wien, 1996, Fakultas, S. 26 -38

⁷ Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag. Tübingen, 1997

derer Menschen vertrauen kann. Das Konzept des Kohärenzsinnns umfasst die drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness):

- Verstehbarkeit: Die Ereignisse im Leben sind geordnet, vorhersehbar, und in irgendeiner Weise auch verständlich und nachvollziehbar.
- Handhabbarkeit: Das Vertrauen darauf, dass Lebensaufgaben aus eigener Kraft oder mit Hilfe sozialer Unterstützung gemeistert werden können.
- Bedeutsamkeit: Die Freude am Leben und das grundlegende Gefühl, dass das Leben auf dieser Welt einen Sinn ergibt.

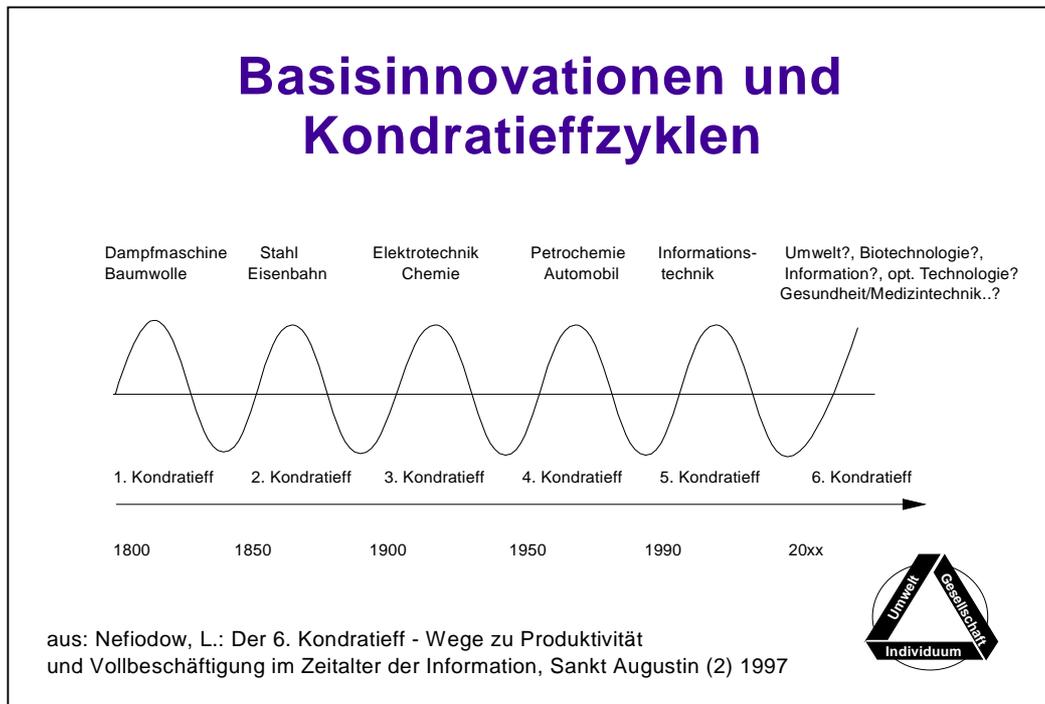
Der amerikanische Familientherapeut Robert Skinner⁸ fasst die Ergebnisse der Salutogenese-Forschung und ihre Bedeutung für die Leistungsfähigkeit des Humankapitals zusammen: „Gesunde Menschen sind für Veränderungen offener, denn sie können neue Erfahrungen besser zulassen und verschiedene Möglichkeiten der Bewältigung ausprobieren. Wenn wir jedoch nicht so gesund sind, wird unsere psychologische Anpassung an unsere Lebensbedingungen wackeliger ausfallen“. Wenn Sie an den Satz von Pete Senge denken – die Bereitschaft, neue Denkweisen zuzulassen als wesentliche Anforderung an Menschen im Arbeitsprozess – dann beschreibt diese Anforderung Menschen mit ausgeprägter psychosozialer Gesundheit im Sinne des Kohärenzsinnnes von Antonovsky. Mit der im Zuge der Globalisierung stattfindenden Zunahme der Veränderungsgeschwindigkeit geht – wie Skinner zuspitzt – ein Zwang zur umfassenden Gesundheit einher.

Einen zweiten Begründungszusammenhang für den Bedeutungszuwachs umfassender Gesundheit hat der bereits zitierte Nefiodow aus dem Blickwinkel volkswirtschaftlicher Makroökonomik geliefert. Er hat sich mit folgender Frage beschäftigt, und das machen zur Zeit auch einige andere: Was kommt nach unserer derzeitigen Wachstumswelle, nach der Informationstechnik?

Sie kennen vielleicht dieses Modell der Kondratieffzyklen, der Wachstumswellen, nach dem es immer eine Basis-Innovation gibt, die am Anfang steht. Diese Zyklen führen sowohl zu wirtschaftlicher Expansion und Prosperität als auch zu wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Umorientierung und lassen sich immer erst im Nachhin-

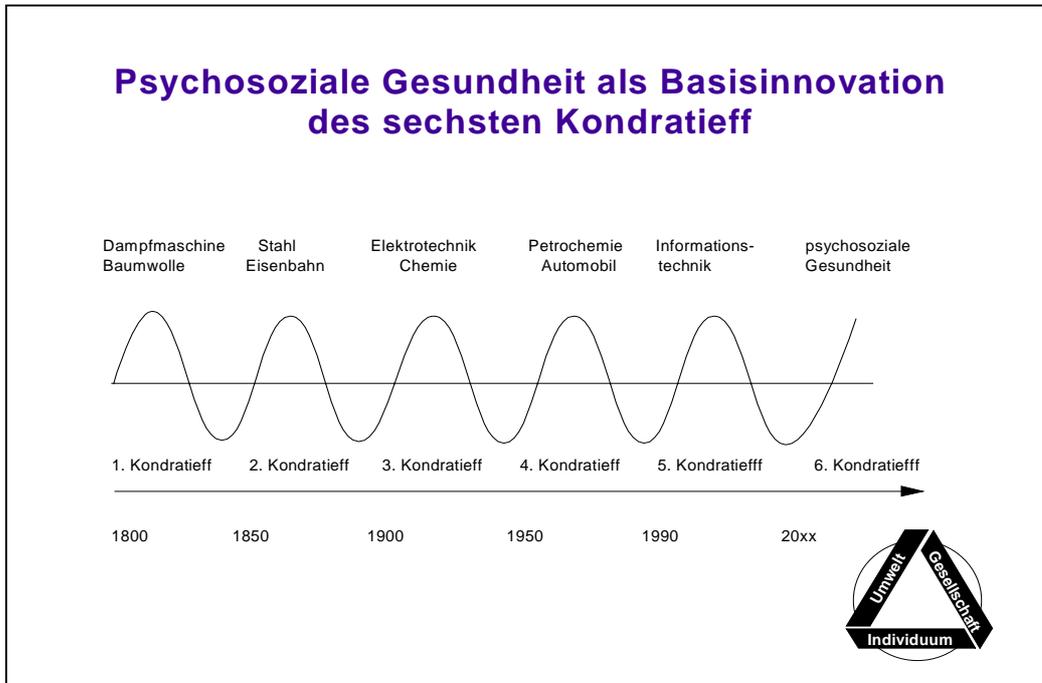
⁸ Skinner, R./Cleese, J.: Life oder: Wie man sich bettet... Paderborn. Jungfermann, 1995

ein nachweisen. Seit Beginn der Industrialisierung sind es folgende wesentliche Wachstumszyklen:



Wir stehen am Höhepunkt des 5. Kondratieff. Die große Frage, die die Anhänger dieser Theorie jetzt generell beschäftigt, ist die: Was folgt auf den 5. Kondratieff, was wird Träger der nächsten Wachstumswelle. Nefiodow hat zunächst die erfolgversprechenden Kandidaten für die nächste Wachstumswelle zusammengestellt. Er hat dazu den ganzen Umweltbereich analysiert, z.T. auch im Auftrag der OECD mit OECD-Daten: Biotechnologie/Gentechnik, Informationstechnik, Multimedia, Optische Technologien und auch den Bereich Gesundheits- und Medizintechnik. Im Ergebnis seiner Betrachtungen ist er zu dem Schluss gekommen, dass keiner dieser Kandidaten alleine das Potenzial für den nächsten Kondratieff aufbringt. Alle der untersuchten Zukunftstechnologien weisen jedoch einen gemeinsamen Nenner auf: Sie beziehen sich alle in ihrem Kern auf die Verbesserung der (umfassend verstandenen) Gesundheit für den Menschen. Nefiodow kommt daher zu dem Schluss, dass die *psychosoziale Gesundheit* die nächste Wachstumswelle tragen wird und belegt dies auch an einigen Beispielen. Ich denke, wesentlich ist dabei vor allem ein Aspekt, der eigentlich auch schon für die Informationstechnik gilt, und darin besteht letztlich der große Unterschied zwischen Industriegesellschaft und Informationsgesellschaft: sowohl die wirtschaftlichen als auch die gesellschaftlichen Fortschritte hängen nicht mehr primär

von einer besseren Nutzung von Maschinen ab, von Arbeit, Rohstoffen etc., also von diesen klassischen Produktivfaktoren, sondern von einem immer besseren Umgang der Menschen untereinander.



Dritte These: Eine gesundheitsbezogene Infrastruktur stellt eine Investition in das Humankapital und die zukunftsfähige Entwicklung in Baden-Württemberg dar. Voraussetzung dazu ist ein flächendeckendes Gesundheitsinformationssystem.

Wenn wir davon ausgehen, dass umfassende, psychosoziale Gesundheit ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Bewältigung der Zukunftsaufgaben wird, dann ergeben sich eine Reihe von Fragen:

- Was sind Angebote zur Stärkung psychosozialer Gesundheit?
- Wer macht diese Angebote und wo finden sie statt?
- Wo gibt es keine oder zuwenig Angebote?
- Welchen Nutzen haben diese Angebote?

Auf dem Weg zur Akademie für Technikfolgenabschätzung kommt man an zwei möglichen Anbietern vorbei. Einmal begegnet man einem Fitness-Center, wo schon heute morgen offensichtlich sehr viel Betrieb herrschte. Und man kommt an einem ambulanten Rehabilitationszentrum vorbei, das auf mich einen sehr modernen Eindruck macht. Beide Einrichtungen stehen für aktuelle Entwicklungsrichtungen: die ambulante Rehabilitation als effiziente Versorgungsform innerhalb des bisherigen Gesundheitssystems, und die Fitness- und Wellness-Anbieter als Gesundheitsanbieter außerhalb des Systems der gesundheitlichen Versorgung. In den USA hat sich der zweite Bereich bereits zu einer Gesundheitsindustrie entwickelt, losgelöst vom geregelten Bereich der Gesundheitsversorgung. Eine Konsequenz ist, dass keine Aussagen auf Bevölkerungsebene gemacht werden können. Es gibt keine Daten über diese Angebote und folglich lassen sich keine koordinierten Strategien zur Förderung des Humankapitals auf Bevölkerungsebene entwickeln. Die WHO hat dies erkannt und auf der Konferenz von Jakarta die Öffnung der Gesundheitssysteme für neue Partner proklamiert (new players for an new era). Zu diesen neuen Partnern gehören nicht zuletzt auch die Patienten und Bürger. Gesundheitspolitisch gibt es einen klaren Trend zur Beteiligung der Patienten und Bürger. Damit ist nicht nur die finanzielle Eigenbeteiligung gemeint, sondern auch die verantwortliche Einbeziehung der Patienten und Bürger. Diese Partizipation ist insbesondere dann wichtig, wenn es darum geht, Gesundheitsziele zu definieren, d.h. wenn über die Verwendung der Ressourcen für das Gesundheitssystem zu bestimmen ist.

Ziele der regionalen Gesundheits- informationsdatenbank

- die gesundheitlichen präventiven Angebote einer Region sollen
 - ▶ der Bevölkerung bzw. den jeweiligen Zielgruppen bekannt gemacht werden
 - ▶ den Fachleuten und Multiplikatoren für ihre Patienten und Klienten bekannt gemacht werden und
 - ▶ durch sie vermittelt werden
 - ▶ an Zielgruppen mit hohem Bedarf orientiert werden
 - ▶ an wissenschaftlich gesicherten Qualitätskriterien ausgerichtet werden
 - ▶ mit den Angeboten angrenzender Regionen vernetzt werden

Für Baden-Württemberg besteht aus unserer Sicht die Chance, „neue“ und „alte“ Akteure in die gemeinsame Entwicklung regionaler Strategien zur Stärkung des Humankapitals einzubinden. Voraussetzung dazu sind erstens flächendeckende Netzwerke auf regionaler Ebene und zweitens ein gemeinsames Gesundheitssystem. Die erste Voraussetzung hat Baden-Württemberg mit den in jedem Landkreis existierenden regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit (RAGs) erfüllt. Inzwischen sind insgesamt 1750 Einrichtungen Mitglied dieser RAGs (Stand Ende 1996). Dazu gehören fast flächendeckend die Kreisärzteschaften, Beratungsstellen, Erwachsenenbildungseinrichtungen etc., und damit ist ein Großteil der Anbieter von Gesundheitsleistungen vertreten. Darüber hinaus ist die Multiplikatorebene vertreten, z.B. Kur-, Fremdenverkehrseinrichtungen, Betriebe und die Kinder- und Jugendarbeit, also mehr diese Multiplikatorebene.

Um die zweite Voraussetzung zu erreichen, führen wir mit breiter Unterstützung das im folgenden beschriebene Projekt Gesundheitsinformationsdatenbank Baden-Württemberg (GID) durch.

GID - regionale Gesundheitsinformationsdatenbank Baden-Württemberg

Ziel: Aufbau eines landesweiten, dezentralen Informationsnetzes zu gesundheitlichen Angeboten

Laufzeit: 1.1.1998 - 31.12.2000

Umsetzer: SAMA und 37 regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit unter der Geschäftsführung der Gesundheitsämter

Finanzierung: Robert-Bosch-Stiftung, Sozialministerium, AOK Baden-Württemberg, LVA Baden, LVA Württemberg, landwirtschaftl. Krankenkassen Baden und Württemberg, Landesärztekammer, Landes Zahnärztekammer

wissenschaftliche Begleitung: Institut für medizin. Soziologie der Universität Freiburg (Prof. v. Trotschke), Institut für medizinische Soziologie der Universität Ulm (Prof. Novak), vor. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

Partner sind die in allen 37 Stadt- und Landkreisen vorhandenen Arbeitsgemeinschaften, die dort bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sind. Die Projektleitung liegt bei uns, die Finanzierung erfolgt über die Robert-Bosch-Stiftung, das Sozialmi-

nisterium Baden-Württemberg, AOK, LVA, die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Landesärztekammer und die Landeszahnärztekammer. Die wissenschaftliche Begleitung liegt in den Händen eines Forschungsverbundes, bestehend aus den Universitäten Freiburg und Ulm (jeweils die Institute für Medizinsoziologie) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, und untersucht die Erreichung der folgenden Ziele:

Inzwischen arbeiten 30 von 37 Landkreisen mit der GID. Danach gibt es ungefähr pro Landkreis 400 Anbieter von gesundheitsbezogenen Leistungen. Die niedergelassenen Ärzte sind darin nicht enthalten, ansonsten aber Anbieter aller anderen therapeutischen Bereiche bis hin zu Beratungsstellen, Sportvereinen, etc.. Von diesen Anbietern kommen im Durchschnitt 600 - 800 Angebote pro Landkreis. Wenn man diese Zahlen hochrechnet, kommt man bereits auf immense Angebote, die bisher schon verfügbar sind. Dagegen ist die Nachfrageseite nach gesundheitsorientierten Dienstleistungen sehr viel schlechter dokumentiert, und hierzu gibt es kaum entsprechende Daten.

Dieses Potenzial an Gesundheitsdienstleistungen wird bisher nicht zielgerichtet zur Stärkung des Humankapitals eingesetzt. Unseres Erachtens bietet es sich für Baden-Württemberg als einem Land mit landesweiten Industrie- und Dienstleistungsstandorten sowie vor allem kleineren und mittleren Unternehmen in besonderer Weise an, eine Infrastruktur aufzubauen, die die psychosoziale Gesundheit fördert.

Um diese Stärken zu nutzen und die koordinierte Förderung dieser Humanressourcen auf infrastruktureller Ebene voranzutreibenden, ist der folgende *Forschungsbedarf* zu klären:

Transparenz:

- Wir wissen bei weitem nicht das, was wir wissen sollten. Deshalb brauchen wir eine Beschreibung der Ist-Situation in bezug auf Angebot und Nachfrage, und zwar nicht nur innerhalb des Gesundheitssystems, sondern vor allem auch in den angrenzenden Bereichen.

Information und Koordination:

- Wir brauchen vielfältige, vernetzte Informationssysteme, sowohl für die Bürger als auch für Patienten, Betriebe, Schulen und Fachleute, um zielgerichtete Informationen nicht nur über die verfügbaren Angebote, sondern auch über die Inhalte zu ermöglichen.

- Dazu gehört die partizipative Entwicklung von Gesundheitszielen auf regionaler Ebene, analog zu den Mediationsverfahren (Aufstellung von Umweltzielen für die Region). Die bereits erprobten Verfahren der Bürgerforen könnten hier für den Bereich der regionalen Gesundheit eingesetzt werden.
- Wie am Beispiel der GID geschildert, gehört die Entwicklung von partizipativen Koordinationsinstrumenten dazu. Sie sollten sich sowohl an die regionale Situation anpassen lassen als auch überregional kompatibel sein.

Qualität:

- Wichtig ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Evaluationsroutinen, die vor allem eine Bewertbarkeit von gesundheitlichen Angeboten ermöglichen. Von keinem Angebot dürfen Gefahren ausgehen, was leider bisher nicht völlig auszuschließen ist. Hier sind Qualitätsmanagementsysteme gefragt, die externe Kontrolle mit Selbstverpflichtung verbinden.

Soweit in einem kurzen Abriss einige Anregungen dafür, ob nicht im Hinblick auf den Titel der heutigen Veranstaltung „Forschungsbedarf im Bereich Medizin und Gesundheit“ der Bereich *Gesundheit* näher und eigenständig betrachtet werden sollte.

5.1 Diskussion

Zu Beginn der Diskussion wurde zunächst heftige Kritik an dem vorgestellten Kondratieff-Modell der Wachstumszyklen und den darauf aufbauenden theoretischen und makroökonomischen Schlussfolgerungen von Nefiodow zur künftigen Entwicklung geübt. In einem kontroversen Meinungsaustausch wurde insbesondere dem spekulativen Ansatz des Autors widersprochen, wonach die Zukunft total planbar wäre und man daraus z.B. Anforderungen und Maßnahmen zur Entwicklung und Förderung des Humankapitals in seiner Einheit aus Bildung und Gesundheit ableiten könne, ungeachtet möglicher Veränderungen der Präferenzen in der Bevölkerung.

Die anschließende Diskussion widmete sich insbesondere der Rolle und dem Stellenwert von Informationen bzw. Informationssystemen und Datenbanken als Voraussetzung für die Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Infrastruktur in Baden-Württemberg. Dabei ging es im Wesentlichen um die Klärung der Ziele und der Be-

stimmung des Nutzens gesundheitlicher Präventionsangebote für die Bevölkerung sowie um damit zusammen hängende Probleme des dezentralen Informationsmanagements bzw. der Informationsaneignung und -vermittlung. Die Probleme beginnen hierbei bereits damit, dass der Großteil der Informationsangebote ungefilterte, d.h. unbewertete Informationen enthält, die den Rat suchenden Konsumenten der Informationen tendenziell völlig überfordern, da dieser die Bewertung gar nicht leisten kann. Um sich aber letztlich bei der Auswahl von Angeboten eigenverantwortlich und kompetent entscheiden zu können, müssen die Informationen zuverlässig und qualitätsgesichert sein. Von außerordentlicher Priorität erscheint deshalb der Forschungsbedarf hinsichtlich der Datenqualität der Informationen sowie der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Angebote der Gesundheitsversorgung. Hier gibt es auf Landesebene noch eine Reihe von Informationsdefiziten, vor allem fehlen einheitliche Qualitätsstandards und -indikatoren bei der dezentralen Erfassung, Bewertung und Pflege der Daten von Beratungsangeboten in entsprechenden Gesundheitsinformationsdatenbanken.

Breiteren Raum nahm die Diskussion über den Entwicklungsstand der regionalen Gesundheitsinformationsdatenbank der SAMA und deren Bedeutung für Baden-Württemberg ein, insbesondere im Hinblick auf ihre Ziele, die erreichbaren Effekte und die Akzeptanz in der Bevölkerung ein. Als problematisch erscheint dabei allgemein die Frage des Qualitätsmanagements und der Umsetzung vor Ort, d.h. die erforderliche Bewertung und Auswahl der Angebote, die von einem Redaktionskomitee auf der Grundlage eines Mindestqualitätsstandards vor Ort geleistet werden muss. Dieses Verfahren birgt auch die Möglichkeit der Selektion bestimmter Angebote je nach den Präferenzen regionaler Meinungsmacher in sich und stößt dadurch auf Vorbehalte aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht.

6. Schlussdiskussion

Zum Abschluss des Workshops wurde versucht, die Anregungen aus den vorangegangenen Diskussionen zu den einzelnen Beiträgen aufzugreifen und ein erstes Resümee zu ziehen, sowie daraus Schlussfolgerungen und erste Vorstellungen zum weiteren Vorgehen abzuleiten. Diese lassen sich in drei Themenkreisen bündeln.

6.1 Gesellschaftlicher Diskurs über die Ziele und zukünftigen Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems

In der Diskussion wurde mehrfach angeregt, einen öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs über Ziele und Zukunftsperspektiven des Gesundheitssystems zu beginnen und zu versuchen, damit einen Beitrag zur Zieldiskussion im Gesundheitswesen zu leisten. Hierzu besteht nach übereinstimmender Auffassung der Workshopteilnehmer großer Forschungsbedarf. Dabei müsste man sich zunächst fragen, auf welcher Ebene diese öffentliche Diskussion ansetzen sollte, ob es ein einfacher Diskurs wäre bzw. welche unterschiedlichen Gruppierungen in der Gesellschaft einbezogen werden sollten. Eingebettet in diesen Diskussionsrahmen und zu berücksichtigen sind dabei neben medizinischen und gesundheitspolitischen Aspekten zwangsläufig auch ethisch-rationale und normative Aspekte der Bewertung von kollektiven und individuellen Ansprüchen sowie von Prinzipien der Sozialstaatlichkeit und Solidarität bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen bis hin zur Auseinandersetzung mit Fragen der Rationalisierung und möglichen Rationierung von Gesundheitsleistungen.

Als ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf die spätere Ableitung von Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Maßnahmen erscheint in diesem Zusammenhang eine notwendige Orientierung auf die politische Umsetzbarkeit möglicher Handlungsalternativen, die von Beginn an zu berücksichtigen ist. Zunächst müssen Strategien dafür entwickelt werden, wie solche Entscheidungsprozesse z.B. über Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen in Gang gesetzt werden können. Hierzu sollten auch die Erfahrungen aus anderen Ländern wie z.B. Kanada, Schweden und Holland genutzt werden, wie man eine derartige Priorisierung im Gesundheitswesen auf gesellschaftlicher Ebene institutionalisieren kann.

Der Diskussionsbedarf in der Öffentlichkeit zu derartigen offenen Fragen und Problemstellungen unseres Gesundheitswesens im Kontext der allgemeinen Daseinsvorsorge ist von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Unter den Teilnehmern bestand die einhellige Meinung, dass damit zusammenhängende Fragen nicht nur allein von Politikern, Ärzten, Medizinerinnen und Ethik-Experten entschieden werden können, sondern dass hierfür gesellschaftliche Diskussionsprozesse unter Einbeziehung breiter Kreise von Beteiligten und Betroffenen in Gang gebracht werden müssen.

6.2 Kollektive Absicherung individueller Ansprüche

Als ein Kernpunkt der Diskussion erwies sich die Fragestellung, wie man im Gesundheitssystem und anderen Systemen der solidarischen Daseinsvorsorge mit dem Ausgleich sozialer Ungleichheit eigentlich differenziert umgehen sollte. Anders gefragt, heißt das, wie viel soziale Ungleichheit kann oder muss einem solchen System in Anbetracht begrenzter Ressourcen und finanzieller Mittel eigentlich zugemutet werden, um individuelle Ansprüche noch weitestgehend kollektiv absichern zu können? Wie weit müssen wir uns möglicherweise von dem Anspruch lösen, der heute im System der gesetzlichen Krankenversicherung eigentlich praktiziert scheint bzw. über vielem Handeln steht, nämlich dass alle den gleichen Anspruch auf gleiche Gesundheitsleistungen haben. Wie können damit zusammenhängende ideologische Vorbehalte aufgelöst und Ansprüche relativiert werden, wonach die Gesundheit das höchste und unverzichtbarste Gut für das Leben und die Lebensqualität der Menschen darstellt, und wie sollte dieses Problem eigentlich handhabbar sein? Gibt es Möglichkeiten und Maßnahmen, um wirtschaftliche Aspekte und Anreizsysteme so in das vorhandene System einzubinden, dass sowohl eine Kostenbegrenzung erreicht als auch gleichzeitig die Präferenzen der Patienten besser als bisher berücksichtigt werden können? Oder müssen andere Präferenzen als bisher in das System eingeführt werden, und wenn ja, an welcher Stelle? Ist es das Arzt-Patienten-Verhältnis? Gibt es andere Anwälte und Interessenvertreter für den Patienten, vielleicht die Kassen? Müsste man unter diesem Aspekt z.B. Präventionsmaßnahmen nicht eigentlich anders verankern und dafür bestimmte neue ausgegrenzte Versicherungen schaffen, in die dann Prävention sinnvoll integriert werden könnte?

6.3 Marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitswesens und ethische Implikationen

Die Bandbreite der kontroversen Diskussion reichte von der Befürwortung einer stärkeren marktwirtschaftlichen Orientierung im Gesundheitswesen, um die Kostenprobleme in den Griff zu bekommen, über Skepsis und Vorbehalte bis hin zur Ablehnung derartiger Lösungen und der Bewahrung des Solidaritätsprinzips als grundlegender Säule unserer Gesellschaft. Zur Klärung der Verhältnisse wäre zunächst eine genaue Analyse erforderlich, welche marktwirtschaftlichen Elemente es im Gesundheitswesen schon gibt. D.h. in welchen Bereichen bestimmen Angebot und Nachfrage bereits den Preis, gibt es Strukturanalogien bzw. wie unterscheiden sich diese Bereiche von den sonstigen Wirtschaftsbereichen? In diesem Zusammenhang wäre die Frage zu klären, worin der Unterschied zwischen unseren Konsumgütern und medizinischen Versorgungsleistungen besteht. Patientenautonomie und Eigenverantwortung im Sinne von Kundensouveränität im künftigen Gesundheitsmarkt bedeuten nämlich im wesentlichen eine Güterabwägung zwischen der Gesundheit und anderen vergleichbaren, für die Lebensqualität des Einzelnen unverzichtbaren Gütern wie z.B. der Mobilität oder der Altersversorgung.

Deshalb ist es wichtig, auf der normativen Ebene zu prüfen, in welchem Bereich des Gesundheitswesens wir welche marktwirtschaftlichen Elemente implementieren wollen, und herauszufinden, wo sich vielleicht auch die ökonomische mit der medizinischen Rationalität deckt. In welchen medizinischen Bereichen lässt sich mit möglichst wenig Mitteln ein möglichst gutes Outcome erreichen, d.h. eine ökonomische Rationalität in dem Sinne, mit möglichst wenig Mitteln einen möglichst hohen Gewinn zu erzielen? In engem Zusammenhang damit stellt sich die normative Frage, wo das Gesundheitssystem marktwirtschaftlich organisiert sein soll und wo es vielleicht aus ethischen Gründen nicht marktwirtschaftlich organisiert sein soll. D.h. wo müssten wir den Patienten gerade davor schützen, dass er nicht zum Kunden wird?

Vor dem Hintergrund einer stärkeren marktwirtschaftlichen Orientierung des Gesundheitswesens stellt sich das Problem der notwendigen Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit angesichts nahezu ausgeschöpfter Rationalisierungsmöglichkeiten oder gar der Rationierung von Gesundheitsleistungen in verschärfter Form und erfordert deshalb erneut eine Bewertung ethischer Normen. In unserer wertpluralen Gesellschaft gibt es in bezug auf das Gesundheitswesen ganz unterschiedliche Wertvorstellungen und Auffassungen, so auch über die gerechte Verteilung von Ressour-

cen im Gesundheitswesen. Im Zusammenhang mit dem Vorschlag, die gesetzliche Krankenversicherung auf ein System der Basisversorgung zu beschränken, stellt sich sofort die Frage nach dem Leistungsumfang und dem Niveau dieser Versorgung, die man allen zukommen lassen will. Da künftig neben allen Rationalisierungsbemühungen möglicherweise kein Weg an der Rationierung von Gesundheitsleistungen vorbei führt, müssen demzufolge gleichzeitig ethisch verträgliche Kriterien für die Zuteilung knapper Ressourcen entwickelt werden.

Ein weiter zu untersuchender Fragenkomplex betrifft das Arzt-Patienten-Verhältnis bzw. die Frage nach der Verantwortung des Arztes. Geht die Verantwortung des Arztes für den einzelnen Patienten über dessen aktuelle Erkrankung hinaus auf die Befindlichkeit, auf den Lebensstil des Patienten?

7. Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Die von den teilnehmenden Medizinerinnen und Ärzten, Medizinsoziologen und Informatikern sowie Vertretern aus dem Bereich der Ethik, dem Versicherungswesen und dem Sozialministerium angesprochenen Fragen umfassten ein breites Spektrum. Die Schwerpunkte richteten sich auf offene gesundheitspolitische/-ökonomische Fragestellungen zu den Entwicklungstendenzen und Perspektiven des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen solidarischer Versorgung und zunehmender Marktorientierung, auf stärkere Patienten- bzw. Kundenorientierung der medizinischen Versorgung sowie auf höhere Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Damit zusammenhängende Fragen betrafen die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung unter Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven, Qualitätssicherung als aktiven Patientenschutz, die Rolle von Prävention und Gesundheitsvorsorge sowie die Auswirkungen des Einsatzes moderner Informationstechnologien im medizinischen Bereich.

Weitere Diskussionspunkte waren die Bedeutung evidenzbasierter Behandlungsmethoden, der Stellenwert psychosozialer Gesundheit sowie Aspekte einer notwendigen (Neu-)Bewertung ethischer Normen im Hinblick auf Verteilungsgerechtigkeit bei der Beschränkung des medizinischen Versorgungsangebotes auf das medizinisch Notwendige.

Der im Ergebnis des Workshops herausgearbeitete Forschungsbedarf zur Technikfolgenabschätzung im Bereich Medizin und Gesundheit betrifft sowohl gesundheitssysteminternen Forschungsbedarf, der insbesondere von den Einrichtungen mit entsprechender gesundheitswissenschaftlicher Expertise aufgegriffen werden sollte, als auch einige interessante Ansatzpunkte für mögliche weiterführende Forschungsarbeiten der TA-Akademie im Gesundheitsbereich.

Insbesondere fehlen :

- Flächendeckende Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung sowie ein effektives patientenzentriertes Informationsmanagement,
- Abschätzungen der Folgen des medizinischen Fortschritts insbesondere im Hinblick auf die Implementierung marktwirtschaftlicher Elemente

- Gesellschaftlicher Diskurs über die Zukunft des Gesundheitssystems bzw. zur partizipativen Entwicklung von Gesundheitszielen unter Einbeziehung der Präferenzen der Patienten und Bürger.

Die TA-Akademie sieht ihren möglichen eigenen Beitrag weniger im gesundheitssysteminternen Bereich der Leistungserstellung und der Kostenentwicklung der medizinischen Versorgung als vielmehr in der Initiierung eines gesellschaftlichen Diskussions- und Klärungsprozesses über die Ziele und notwendigen Entwicklungsperspektiven unseres Gesundheitssystems als wichtigem Infrastrukturfaktor sowie insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung der Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten von Bürgern, Versicherten und Patienten im zukünftigen Gesundheitssystem. Dabei stellen sich u.a. folgende Fragen:

- An welchen gesellschaftsbezogenen und an welchen patientenbezogenen Zielen orientiert sich das Handeln im Gesundheitssystem?
- Wie lassen sich die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten besser als bisher berücksichtigen?
- Wie kann durch mehr Information und erhöhte Transparenz die Eigenkompetenz und Selbstbestimmung der Versicherten und Patienten gesteigert werden?
- Wer ist Anwalt des Patienten und wie wird ein ausreichender Patientenschutz gewährleistet?
- Nach welchen Prinzipien und Rahmenbedingungen soll das Gesundheitssystem künftig finanziert werden?
- Wie könnten Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen aussehen?