

08. März 2019

Evidenzbasierte Medizin und Daseinsfürsorge gefordert

"Deutschland gibt 11,2% seines Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus – das ist der Spitzenwert in der EU", so rügt kürzlich die EU-Kommission. Dabei liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei 80,7 Jahren und ergibt nur Platz 18 in der EU. Der Unterschied zur Schweiz, wo Männer die höchste Lebenserwartung haben, beträgt für diese fast 4 Jahre und zu Spanien mit der höchsten Lebenserwartung für Frauen, für diese ca. 3 Jahre.

Diese Daten stehen im Widerspruch zu den oft über die Medien kolportierten Lobpreisungen des deutschen Gesundheitssystems. Aber nicht nur ein im europäischen Vergleich enttäuschendes Ergebnis wird erzielt, vielmehr ist der Unterschied in der Lebenserwartung innerhalb Deutschlands zwischen den niedrigsten und höchsten Einkommensgruppen eklatant. Für Frauen beträgt er etwa 8 Jahre und in Bezug auf Lebensjahre in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand sogar 13 Jahre. Eine nicht zu vernachlässigende Ursache dürfte die mangelnde Bildungsgerechtigkeit als eine wesentliche Voraussetzung für gesundheitliche Chancengerechtigkeit sein. Deutschland liegt auch hier nur im unteren Mittelfeld der Industrieländer.

Eine Ursache der mangelnden Kosten-Effektivität des deutschen Gesundheitssystems ist die einschlägig beschriebene weit verbreitete Überdiagnostik und Übertherapie, wie beispielsweise im Hinblick auf bildgebende Diagnostik oder Eingriffe an der Wirbelsäule. Der Schaden liegt nicht nur in der Mengen- und Kostenausweitung, sondern vor allem in der Gefährdung des Patientenwohls.

Der Missstand ist so offensichtlich, dass aus der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Initiative zu „Medizin und Ökonomie“ angestoßen wurde. Es werden Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung formuliert. An erster Stelle der AWMF-Initiative wird gefordert, Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung konsequent zu implementieren. Es ist empirisch belegt, dass die Patientenpartizipation ein bisher nicht umgesetztes Kernelement der Evidenzbasierten Medizin ist. Insbesondere die Aufklärung vor medizinischen Eingriffen erfüllt nur unzureichend die Anforderungen der evidenzbasierten Medizin an eine informierte Patientenentscheidung. Diese Forderung der AWMF könnte ein sinnvolles Steuerungselement sein, was auch das Gutachten 2018 des Sachverständigenrats Gesundheit nachdrücklich empfiehlt. Dennoch: Es kann nicht gewünscht sein, den Patienten und Patientinnen die Steuerungsverantwortung in der Gesundheitsversorgung zu übertragen. Vielmehr müssen primär die professionellen und politischen Akteure in Verantwortung genommen werden.

Die weiteren Forderungen der AWMF-Initiative adressieren das erlösgesteuerte Management der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus und die Steuerung der Krankenhausplanung.

Das EbM-Netzwerk unterstützt nachdrücklich die AWMF-Initiative und möchte die Kritik am Gesundheitswesen auch für die anderen Settings der Gesundheitsversorgung einschließlich der Pflege verstanden wissen. Auch hier ist die Gewinnmaximierung tief eingedrungen. Beispielsweise sind Pflegeheime beliebte Objekte der Spekulation am Gesundheitsmarkt geworden oder niedergelassene Ärzte binden ihre knappe Arbeitszeit mit IGeL oder nicht evidenzbasierten Untersuchungen von Gesunden.

Das EbM-Netzwerk appelliert an die Verantwortlichen in der Regierung, das Geschäftsmodell der deutschen Gesundheitsversorgung mit den hohen und stetig steigenden Kosten und dem vergleichsweise schlechten Outcome zu beenden. Es zementiert soziale Ungleichheit, produziert Schaden durch Überversorgung und nimmt auf der anderen Seite Fehl- und Unterversorgung willfährig in Kauf. Die Leugnung der Fakten ist nicht länger hinzunehmen. Die erlösgesteuerte Versorgung muss ein Ende finden. An deren Stelle kann nur eine am Patientenwohl orientierte gemeinnützige Medizin treten.

Quelle: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.