



Haben wir in der Medizin ein Problem der Überversorgung?

Sei es der wirkungslose Einsatz von Antibiotika bei viralen Infekten oder die voreilige Wirbelsäulen-OP bei Rückenschmerzen: Tagtäglich werden unzählige medizinische Behandlungen durchgeführt, die eigentlich nicht sein müssen. Prof. Dr. Martin Scherer kennt viele dieser Fälle und bemängelt das schon lange. Der Mediziner am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist unter anderem Mitautor einer Leitlinie zum Schutz vor Über- und Unterversorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Herr Professor Scherer, ab wann spricht man von einer Überversorgung?

Überversorgung bedeutet ein Zuviel an Diagnostik und Therapie, was dann zu einer Fehlversorgung führt, also zu einer nicht guten Medizin und im schlimmsten Fall zum Schaden des Patienten. Das kann sowohl ein ökonomischer als auch ein physischer Schaden sein.

Haben wir das Problem, dass wir eher über- oder eher unterversorgt werden?

Das kann man so pauschal nicht sagen. Über- und Unterversorgung laufen oft nebeneinander. Bei Rückenschmerzen zum Beispiel werden viel zu viele Operationen gemacht, aber viel zu wenig multimodale Therapien. Das heißt, wir haben zu wenig gut integrierte und komplexe Behandlungsansätze mit Psychotherapie und Physiotherapie.

Bei Krebserkrankungen gibt es zu viele Chemotherapien, aber zu wenig gute palliativmedizinische Versorgung. Bei koronaren Herzkrankheiten werden zu viele Koronarinterventionen gemacht, aber zu wenig gute Entscheidungshilfen gegeben und auch zu wenig Wert auf eine gute medikamentöse Einstellung gelegt.

Als einer der Gründe der Überversorgung gilt die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Aber wenn man versucht, möglichst wirtschaftlich zu arbeiten, müsste dann nicht eher die Gefahr einer Unterversorgung bestehen?

Nun, wirtschaftliches Arbeiten hat ja zwei Seiten: die Ausgabenseite und die Einnahmenseite. Und die Ausgabenseite ist nicht das Problem. Wenn es nur um die Kostensenkung ginge, wäre die Sache nicht so schlimm. Aber es geht ja auch um Einnahmen. Das kann zu unnötigen Operationen führen, da aus rein wirtschaftlicher Sicht im »Unternehmen Krankenhaus« auch die Erlöse stimmen müssen. Das gehört zur Ökonomie dazu. Insofern kann man sagen: Wirtschaftliches Arbeiten ist durchaus förderlich für eine Überversorgung. Und wir haben natürlich auch Fehlanreize in unserem System.

Spielen dabei auch die Krankenhauskapazitäten eine Rolle?

Haben wir einfach zu viel leere Betten, die gefüllt werden müssen?

Professor Busse [Anm. d. Red.: Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Mitglied des Expertenbeirats des Gesundheitsministeriums] sagt immer, dass wir zu viele Krankenhäuser in Deutschland haben. Ich würde mich da anschließen, denn Tatsache ist, dass die vielen Krankenhäuser auch bespielt werden müssen. Und wenn man schaut, wo am meisten operiert wird, dann passiert das natürlich auch dort, wo die meisten Kliniken sind. Im Bereich um Fulda haben wir zum Beispiel sehr viele Rückenoperationen, um die bayrischen Seen herum haben wir viele Kniegelenkoperationen, weil da eben auch viele Reha-Kliniken sind. Es gibt also auf jeden Fall eine angebotsinduzierte Nachfrage.

Sie haben ja auch an den DEGAM-Leitlinien für Mediziner zum Schutz vor Über- und Unterversorgung mitgewirkt. Sollte man nicht erwarten können, dass ein ausgebildeter Arzt dieses Wissen hat? Oder kommt das im Studium zu kurz?

Sollte man nicht erwarten können, dass ein ausgebildeter Arzt dieses Wissen hat? Oder kommt das im Studium zu kurz?

Die Medizinerausbildung erfolgt ja in einem hoch spezialisierten und hoch selektierten Patiententeam in einem Uni-Klinikum. Die Medizin, die Sie an einem Uni-Klinikum erleben, ist eine Medizin der Maximalversorgung. Dort landen also Fälle, die ambulant nicht zu bewältigen waren,

die deshalb auch eine gewisse Intensität an Diagnostik erfordern. Aufgrund dieses Settings sind die Studierenden mit dieser Thematik nicht unbedingt vertraut. Es geht erst mal darum, alles zu machen, was an Diagnose möglich ist. Allerdings hat die Allgemeinmedizin als Fach an den Unis immer mehr an Bedeutung gewonnen und kann dazu beitragen, Studierende zu sensibilisieren. In der klassischen Allgemeinmedizin brauchen wir nicht unbedingt die Diagnose; wir müssen gefährliche Verläufe natürlich ausschließen, aber das kann man oft auch mit einer Anamnese und einer gründlichen körperlichen Untersuchung. Wenn man gefährliche Erkrankungen ausschließen kann, kann man auch die Diagnostik etwas begrenzen.

Die Patientinnen und Patienten erwarten eine Diagnose. Welche Rolle spielt diese Erwartungshaltung in Bezug auf das Problem der Überversorgung?

Eine sehr große. Die Erwartungshaltung ist enorm und absolut entscheidend. Das Uni-Klinikum ist ja gewissermaßen auch eine medizinische Machtdemonstration: Wir sehen die Geräte, die Fachärzteschaft – das ist einfach eine Konzentration von diagnostischem und therapeutischem Können. Und es steigert natürlich die Erwartungshaltung. Auch wenn längst nicht jede Diagnose eine therapeutische Konsequenz hat.

Hängt diese Erwartungshaltung vielleicht auch damit zusammen, dass die »Kundschaft« eine gewisse Dienstleistung einfordert? Und dass sie von der Ärzteschaft vielleicht auch oft so wahrgenommen werden: als Kundinnen und Kunden?

Es mag vereinzelt Ärztinnen und Ärzte geben, die in dieser Richtung denken. Die allgemeinmedizinische Fachgesellschaft wehrt sich jedenfalls gegen eine solche Kundenmentalität. Wir sagen, das sind Patientinnen und Patienten,

für die wir eine Fürsorgepflicht haben. Es handelt sich um eine Arzt-Patienten-Beziehung, die etwas sehr Wertvolles ist. Aber wenn wir manchmal Beschwerden erhalten, dann werden durchaus auch Service-Aspekte thematisiert. Oft erleben wir auch, dass Patientinnen und Patienten einen gewissen Service erwarten. Und da spielt die Digitalisierung mit Sicherheit auch eine Rolle. Weil wir es inzwischen gewohnt sind, dass wir auch am Samstagabend mit dem Laptop auf der Couch einkaufen können.

Macht es bei der Überversorgung einen Unterschied, ob man Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder aber privatversichert ist?

Privatpatientinnen und -patienten sind in der Tat sehr gefährdet, weil da die natürliche Schranke des G-BA nicht mehr greift und auch nicht die der Kostenübernahme, wie bei den gesetzlichen Krankenkassen. Das System der gesetzlichen Krankenkassen ist ja ein sehr vernünftiges und kluges System, weil es auf der evidenzbasierten Medizin fußt. Dieser Filterprozess führt natürlich dazu, dass Dinge, die obsolet sind, im gesetzlichen Leistungskatalog gar nicht enthalten sind. Und dieser Mechanismus fehlt bei Privatpatienten. Sie sind dem gesamten

Spektrum und Angebot schutzlos ausgeliefert. Und da braucht es wirklich Kolleginnen und Kollegen, die da gewissenhaft sind und sich nicht vom Reflex des Geldverdienens beeinflussen lassen. Aber es gibt da leider auch Ausnahmen, zum Beispiel in Diagnostik-Zentren, wo man sich von morgens bis abends durchchecken lassen kann.

Heißt das im Umkehrschluss, dass Kassenpatientinnen und -patienten eher der Gefahr einer Unterversorgung ausgesetzt sind?

Nein, das trifft keineswegs zu. Man könnte sogar sagen, dass die Mitglieder der gesetzlichen Kassen oft von der besseren Medizin profitieren, weil sie das Notwendige bekommen und das Unnötige eben nicht. Ich kenne keinen, der unterversorgt ist, nur weil er Kassenpatientin oder -patient ist. Die Unterversorgung entsteht nicht, weil Leistungen vorenthalten werden, sondern aus anderen Gründen. Aus Gründen, die sowohl Kassen- als auch Privatversicherte betreffen.

Die Fragen stellte Uwe Hentschel, freier Journalist

Prof. Dr. Martin Scherer

