

## Taten statt Worte – warum es endlich ein klares Bekenntnis zur Hausarztmedizin braucht!



Thomas Rosemann

In der Schweiz, so eine Umfrage der Zeitschrift Reader's Digest, sind die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen die grösste Sorge der Menschen. Noch grösser ist die Einigkeit bei der Frage, was das Wichtigste im Leben sei: die Gesundheit und ein langes Leben mit hoher Lebensqualität.

Während die grossen Fortschritte in der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrhunderten v.a. durch eine Reduktion der Kindersterblichkeit und eine Eindämmung von Infektionskrankheiten erreicht wurden, ist die Herausforderung des 21. Jahrhunderts wesentlich komplexer, in bezug auf medizinische aber auch ökonomische Gesichtspunkte.

### **Erster Kostentreiber: chronische Erkrankungen**

Während Hygienemassnahmen, Impfungen und Antibiotika vergleichsweise günstig zu haben und in einfachen Versorgungsansätzen zu realisieren sind, erfordern chronische Krankheiten komplexere Ansätze und sind ungleich teurer. Deutlich wird dies z.B. in Berechnungen des Fraunhofer Institutes, wonach 2008 in Deutschland etwa 200 Mrd. h oder 80 Prozent aller direkten Gesundheitskosten auf chronische Erkrankungen entfielen. Da zudem der Anteil der chronischen Erkrankungen parallel mit dem Anteil älterer Menschen weiter steigen wird, wird sich die Kostensteigerung noch beschleunigen. Letztlich ernten wir

damit auch die Früchte einer modernen Medizin, die uns die Begleiterscheinungen des höheren Lebensalters in so hohem Umfang erleben lässt. Der Lösungsansatz liegt in neuen, effizienten Versorgungsansätzen und qualitätsorientierten Vergütungsansätzen und sicher nicht primär in immer neuen Medikamenten und spezialisierten therapeutischen Interventionen.

### **Zweiter Kostentreiber: neue Möglichkeiten**

Damit wären wir beim zweiten Kostentreiber: neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Dies muss man sicher sehr differenziert betrachten. Neben grossen therapeutischen Fortschritten gibt es auch eine Vielzahl von «Scheininnovationen», Präparate, die durch den Austausch eines Moleküls im herkömmlichen Medikament verträglicher oder wirksamer sein sollen, es aber oftmals nicht sind. Der Vioxx-Skandal sei hier beispielhaft erwähnt, ebenso geschönte Studiendaten bei Antidepressiva vom SSRI-Typ, oder Antidemantiva, die zwar marginal Demenz-Scores verbessern, aber nur fraglich klinisch relevant wirksam sind. Sämtliches kostet die Versicherten viel Geld. Aber es gibt auch eine Reihe unsinniger diagnostischer Verfahren, die entweder ohne therapeutische Konsequenz sind oder nur Verunsicherung wecken; und zahlreiche andere, die risikobehaftete Folgeuntersuchungen nach sich ziehen, denken wir nur an den Labortest für den Prostatakrebs, das PSA. Aber auch wenn das Skalpell gezückt wird, profitiert der Patient nicht immer: eine Aufsehen erregende Studie mit Scheinoperationen wegen Kniegelenksarthrose zeigte, dass die Schein-OP genauso gut war wie die echte Operation. Kürzlich wurde die Studie wiederholt, allerdings wurde hier die eine Hälfte der Patienten nicht scheinoperiert, sondern bekam eine

optimale konservative Therapie. Wieder kein Unterschied – ausser in den Kosten. Diese Liste liesse sich beliebig fortsetzen. Aber gerade der einzelne Arzt ist der Übermacht der geschickten Anpreisungen der Industrie oft hilflos ausgesetzt. Was es braucht, ist eine objektive wissenschaftliche Bewertung durch Institutionen nach dem Vorbild des NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) oder IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Wichtig ist aber auch die Einsicht der Patientinnen und Patienten, dass mehr Medizin nicht immer besser ist.

### **Dritter Kostentreiber: gestiegene Ansprüche**

Und damit wären wir beim dritten Kostentreiber: der Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten oder der Konsumentinnen und Konsumenten. Wer immer mehr will, muss immer mehr bezahlen, so die einfache Formel, wobei hier oftmals Industrie, Ärzte und Spitäler mit dem Wecken ständig neuer «Bedürfnisse» fleissig mitmischen. Dabei gibt es zahlreiche Belege, dass wir den Einfluss der spezialisierten Medizin auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität stark überschätzen. Eine Arbeit aus Schweden hat z.B. den Rückgang der Todesfälle aufgrund von Herzinfarkten im Zeitraum 1986 bis 2002 untersucht: Körperliche Aktivität und Rauchstopp trugen um ein Vielfaches mehr zur Verringerung der Todesfälle bei als z. B. die Herzkatheteruntersuchung. Eine andere Arbeit zeigte, dass Patientinnen und Patienten auch nach einem Spitalaufenthalt wegen eines Infarktes nur wenig über ihre Erkrankung und ihre Risikofaktoren wissen (Dracup et al.: Archives of Internal Medicine 2008; 168(10):1049–1054). Die Kosten dieser ungenügenden Aufklärung werden allein in den USA laut einem Regierungsbericht auf über 100 Mrd.

USD geschätzt. (Friedland R., 2002. Estimating the Direct Health Costs of Low Functional Literacy, und Weisas et al. J Am Board Fam Pract 2004; 17:44–47.)

### **Bessere Qualität und weniger Kosten**

Untersuchungen zeigen, dass es selbst für versierte Patientinnen und Patienten schwierig ist, sich im Angebot der zunehmend kommerziell geprägten Angebote zu orientieren, und dass das Internet kein seriöser Ratgeber ist. Auf der anderen Seite gibt es eine überwältigende Datenlage, die zeigt, dass Gesundheitssysteme mit einer starken Hausarztmedizin deutlich kostengünstiger sind und mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Aber nicht nur insgesamt betrachtet, auch auf häufige Erkrankungen fokussiert zeigen Studien, dass Diabetiker, die vom Hausarzt betreut werden, länger leben, dass es nach einem Infarkt wichtig ist, neben dem Kardiologen auch einen Hausarzt zu haben, oder dass Kreuzschmerzpatienten hausärztlich betreut genauso schnell genesen, aber weit weniger

Untersuchungen erfahren dürfen (müssen). In einer eigenen Arbeit konnten wir zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die von einem Hausarzt überwiesen wurden, mit dem Ergebnis einer spezialärztlichen Konsultation zufriedener waren als solche, die die Konsultation selber anregten. Einen sehr beeindruckenden Beleg lieferten zuletzt Macinko und Mitarbeiter, die zeigten, dass ein Hausarzt mehr pro 10000 Einwohner die Gesamtmortalität bis zu 10,79 Prozent reduziert. Schwarze und sozial Deprivierte profitieren dabei viermal so viel wie Weisse. (International Journal of Health Services, 2007; 37(1)111–116.)

### **Monetäre Aufwertung**

Ein klares Bekenntnis der Politik zu einer starken Hausarztmedizin, wie etwa in den Niederlanden, könnte also zu einer Verminderung der Kostenexplosion enorm beitragen. Ein klares Bekenntnis beinhaltet aber auch eine monetäre Aufwertung. Nach dem Motto «Was nichts kostet, ist nichts wert» wird auch die hausärztliche Arbeit weniger wertge-

schätzt. Empirische Belege zeigen, dass mit einer finanziellen Aufwertung auch sehr schnell ein anderes Problem vom Tisch wäre: der hausärztliche Nachwuchsmangel. Nachdem man in England ein qualitätsbasiertes Vergütungssystem eingeführt hat, sind die Einkommen der Hausärzte um 23 Prozent gestiegen – und die Nachfrage nach dem Berufsziel ebenso.

Wohin der Weg geht, wenn es keine Kurskorrektur gibt, kann man gut an den USA verfolgen: Das teuerste Gesundheitssystem der Welt – obwohl die Mehrheit der Bevölkerung in HMOs und Managed-Care-Organisationen ist – rangiert auch im Hinblick auf die Qualität der Versorgung weit unten, wie der letzte Commonwealth Report eindrucksvoll belegte. Die Gründe wurden 2005 im amerikanischen Fachjournal Lancet treffend identifiziert: «overspezialized, fragmented and wasteful». Wollen wir das?

*Prof. Dr. med. Thomas Rosemann  
Leiter des Institutes für Hausarzt-  
medizin an der Universität Zürich*