2001 Nr. 81

Public Health - Was ist das ?

Vortrag am 19. 6. 01 im RC München-Harlaching, Hotel Bayerischer Hof
K. Überla

Herr Präsident, liebe rotarische Freunde

Haben sie Dank für die Einladung und für die freundliche Einführung.

20 rotarische Minuten reichen nicht für eine umfassende Darstellung. Ich will Sie auf Probleme aufmerksam machen, Sie anregen, sich mit der einen oder anderen Frage zu beschäftigen, die auch die eigene Gesundheit betreffen kann.

Lassen sie mich mit drei Thesen beginnen:

1. Die Grenzen unseres Wissens über Krankheit und Gesundheit sind eng. Weniger als ein Drittel von dem, was heute im Gesundheitswesen geschieht, ist nach dem besten Stand der Wissenschaft untersucht. Ein weiteres Drittel ist zwar mehr oder weniger gut untersucht, man kann aber darüber trefflich streiten. Das letzte Drittel ist ein Würfelspiel, eine Lotterie. Das meiste, was wir wissen wollen, wissen wir nicht.
2. Die beste Diagnostik und die beste Therapie und Prävention ist für die Masse der Menschen nicht bezahlbar. Nehmen Sie drei weit verbreitete chronische Volkskrankheiten: Diabetes, Hypertonie und Herz-Kreislaufkrankheiten. Wenn man alle Menschen in Deutschland, die das betrifft, nach dem besten Wissensstand versorgen würde, würden die Arzneimittelkosten - derzeit etwa 40 Milliarden pro Jahr - allein davon aufgebraucht.
3. Die Gesundheitsversorgung wird für jeden von uns immer unverständlicher und chaotischer. Ärzte streiken, Krankenhäuser wissen nicht, wieviel sie in diesem und im nächsten Jahr einnehmen werden, Krankenkassen erhöhen die Beiträge, jeder wird aus dem eigenen Geldbeutel zur Kasse gebeten für Leistungen, die die Kassen nicht tragen. In mehr als drei Jahrzehnten, in denen ich im Gesundheitswesen tätig bin, hat es noch nie dieses Maß an Chaos gegeben. Vor der Maueröffnung hat kaum jemand bemerkt, wie sich die Dinge langsam verändert haben. Dann kam der Umschwung wie ein Erdbeben. Ähnliches steht im Gesundheitswesen bevor.

Was ist also Public Health?

Gesundheit ist ein Gemeingut wie Luft und Wasser, nicht nur ein individuelles Gut.

Im Deutschland haben wir seit mehr als hundert Jahren ein öffentliches Gesundheitswesen, das im internationalen Vergleich gut abschneidet. In den USA und in England nimmt „Public Health“ eine wichtigere Stellung ein als bei uns. Die Mittel für Public Health sind in den USA 10 mal größer. Die Gesundheit der Bevölkerung ist aber nicht besser und das soziale Netz schlechter: 40 Millionen Amerikaner haben keinerlei Krankenversicherung.

Public Health ist ein vielschichtiger Begriff. Eine einfache deutsche Übersetzung gibt es nicht. Deutsche Worte und Begriffe, die den Bereich umschreiben, sind „Bevölkerungsmedizin“, „Volksgesundheit“ oder „Öffentliche Gesundheit“.

Ärzte bemühen sich immer um einzelne Patienten, man spricht von Individualmedizin. Public Health bemüht sich um die Optimierung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilpopulationen, man nennt das Bevölkerungsmedizin. Der „Patient“ ist in der Bevölkerungsmedizin nicht ein einzelner Mensch, sondern eine Population oder eine Gruppe. Public Health kümmert sich gewissermaßen um den Wald, die Individualmedizin

um einzelne Bäume. Individualmedizin und Bevölkerungsmedizin sind die beiden Seiten derselben Münze. Wenn die ganze Bevölkerung gesund ist, sind auch die einzelnen Menschen gesünder und umgekehrt. Andererseits stehen sie im Konflikt. Die Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung kann dazu führen, daß einzelne Individuen nicht optimal versorgt werden oder auch sterben.

In der Bevölkerungsmedizin spielt der Präventionsgedanke eine wichtige Rolle. Die Vorsorge zur Verhütung von Krankheiten steht im Vordergrund. Die Chancengleichheit und die Förderung benachteiligter Gruppen sind wichtige Themen.

Wegen des Bevölkerungsbezugs stehen in Public Health epidemiologische und biometrisch-statistische Methoden im Vordergrund. Die Gesundheitswissenschaften beziehen sozialwissenschaftliche Methoden im weitesten Sinn mit ein. Auch systembezogene Ansätze zur Veränderung des Gesundheitssystems gehören dazu. Public Health ist interdisziplinär und umfaßt zahlreiche Wissenschaften. Es definiert sich beispielsweise als „alle analytischen und organisatorischen Handlungsansätze, die sich auf die Verbesserung der Gesundheit von Populationen oder definierten Teilpopulationen richten“. Es ist die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Public Health hat sich zum Ziel gesetzt, Bedingungen zu schaffen, in denen Menschen gesund leben können. Die verschiedenen Definitionen zeigen, daß Public Health ein bunter Mix ist, keine einheitliche Wissenschaft. Gemeinsam ist nur das Ziel, eine Gesundheitsverbesserung für Populationen zu erreichen (sog. health gain: Verbesserung der Lebenszeit, der Lebensqualität, der Versorgungsqualität, aber auch der Chancengleichheit usw).

Ich will zunächst kurz die Situation von Public Health in der Bundesrepublik und in Bayern schildern.

Seit 1992 hat das BMBF fünf Forschungsverbünde für Public Health gefördert: den Bayerischen, den Berliner, den Norddeutschen, den Nordrhein-westfälischen und den Sächsischen Forschungsverbund.

Der Bayerische Forschungsverbund begann am 12.9.1989, als der damalige Präsident der LMU, Prof. Steinmann, ein Schreiben an das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst unterzeichnete, in dem die LMU ihr Interesse an einer solchen Schwerpunktförderung durch das BMBF bekundete.

Der Bayerische Verbund wird von der LMU, der TUM, der Universität Augsburg, der GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, der Landeshauptstadt München und anderen Kooperationspartnern getragen. Die Förderung begann erst 1994, nach einem fünfjährigen Weg durch die Institutionen.

In den vergangenen Jahren wurden in Bayern an verschiedenen Orten zahlreiche Projekte durchgeführt. Hervorhaben möchte ich als einziges die Lehre: Ein zweijähriger postgradualer Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie bildet seit Mai 1993 zum Master of Public Health aus. Bisher haben wir 130 Absolventen, „Change Agents“ für das Gesundheitswesen. Zusätzlich wurden mehr als 160 Amtsärzte in Zusammenarbeit mit der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen ausgebildet. Im Herbst werden wir länderübergreifend gemeinsam mit Berlin und Bielefeld eine neue vertiefte Ausbildung „Höherqualifizierung in Epidemiologie“ starten. Alle unsere Absolventen haben einen Arbeitsplatz erhalten. Der Studiengang ist institutionell gesichert und floriert.

Wie geht es in den nächsten Jahren weiter?

In einem Kooperationsvertrag zwischen der LMU und der GSF wird unter Beteiligung des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst das „Münchner Zentrum für

Gesundheitswissenschaften, Versorgungsforschung und Medizinische Informatik“ gegründet. In dieses Zentrum sind 5 Lehrstühle eingebunden, davon zwei neue in der LMU.

In Augsburg ist Public Health durch die Kooperative Gesundheitsforschung Augsburg der GSF fest institutionalisiert und durch lokale Vernetzungen gesichert.

In Erlangen wird ein Zentrum für Public Health unter Beteiligung mehrerer Lehrstühle und Einrichtungen geplant.

Insgesamt ist durch unsere Aktivitäten und die Bundesförderung eine dauerhafte Infrastruktur für Public Health in Bayern entstanden.

Im zweiten Teil möchte ich typische Fragestellungen von Public Health an drei unterschiedlichen Beispielen erläutern:

1. Was ist Evidence Based Medicine (EBM) und was bedeutet das für die Medizin?
(Was soll für alle bezahlt werden?)
2. Was bedeuten DRGS - Diagnostic Related Groups - für die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser (Wie wird die Krankenhausversorgung in Zukunft aussehen?)
3. Wie groß ist die Ungleichheit in der Medizin weltweit und in Deutschland?

1. Was ist Evidence Based Medicine (EBM) und was bedeutet das für die Medizin?

EBM bedeutet die Integration der individuellen klinischen Expertise eines Arztes mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Das, was wissenschaftlich nachgewiesen ist, soll der Arzt mit der eigenen Erfahrung und dem, was er über einen Patienten weiß, zusammenbringen. Mit einem Satz: EBM heißt, sich an das objektiv Erwiesene zu halten.

Die evidenzbasierte Medizin stellt das problemorientierte Lernen des einzelnen Arztes in den Vordergrund. Sie zielt auch auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Nur, was gesichert ist, soll bezahlt werden. Die weltweite Infrastruktur für EBM sind die sogenannten Cochrane Collaboration Centers in vielen Ländern. Sie sammeln, analysieren und bewerten alle kontrollierten klinischen Studien aus den verschiedenen Gebieten der Medizin.

Es gibt eine Hierarchie der empirisch gestützten Evidenz:

Stufe 1 : Stärkste Evidenz: mindestens eine Metaanalyse auf der Basis mehrerer randomisierter klinischer Studien (RCTs) mit klaren Ergebnissen.

Randomisieren heißt Würfeln. Es wird also gewürfelt, ob ein Patient eine bestimmte Therapie bekommt. Dies ist die einzige Möglichkeit, kausale Ursachen eindeutig festzustellen. RCTs sind aufwendig und sind als Methodik in der Medizin allgemein anerkannt.

Meta-Analysen fassen dann mehrere solche Studien zu einer einheitlichen Aussage zusammen. Durch diese Zusammenfassung erhält man größere Zahlen und belastbarere Aussagen. Stufe 1 bedeutet, daß ein Effekt zweifelsfrei nachgewiesen ist.

Stufe 2: Wenigstens ein ausreichend großes, methodisch gutes RCT

Stufe 3: Methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung, prospektive Kohortenstudien oder retrospektive Fall-Kontrollstudien

Stufe 4: Mehr als eine methodische gute nicht experimentelle Studie

Stufe 5: Schwächste Evidenz: Meinungen und Überzeugungen von Autoritäten, einzelnen Ärzten und Expertenkommissionen ohne empirische Belege, beschreibende Studien.

Evidenzbasierte Medizin ist nicht neu. Sie hat sich zu einer Philosophie der rationalen klinischen Entscheidungsfindung entwickelt. Sie beansprucht für sich die rationale Entscheidung darüber, was in der Praxis der Medizin zu geschehen hat. Sie ist ein Denkmodell, das auch die Meinungsführerschaft über die Forschung in der Medizin dominieren will. Das kann man sehr kritisch sehen.

Hinzu kommen die Begriffe „Outcomes“ und „Outcomes Forschung“.

Unter „Outcomes“ versteht man patientenbezogene Behandlungsergebnisse, die in der medizinischen Versorgung tatsächlich eintreten. Nicht wie ein Patient behandelt werden soll - wie es im Buch steht - ist entscheidend, sondern wie Patienten tatsächlich in der Routine der Medizinischen Versorgung behandelt werden. Dieser Unterschied ist gravierend, oft mehr als 30 Prozent. Sie alle kennen aus eigener Erfahrung die Schwierigkeiten, wenn man am Feiertag einen Arzt oder ein Krankenhaus braucht und die vielen Fehler, die auftreten können.

Wichtig bei EBM ist: Nur das, was als wirksam nachgewiesen ist, soll für alle bezahlt werden. Die Medizin soll insgesamt danach organisiert werden, was sich als wirksam empirisch nachweisen läßt. Daß diese Ansprüche strittig sind, ist klar.

2. Was bedeuten Diagnostic Related Groups - DRGs - für die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser?

Die Bundesregierung hat entschieden, die Krankenhausfinanzierung radikal zu ändern. Bisher haben wir ein Mischsystem aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten, Vergütungen für vor-/nachstationäre Behandlungen und für ambulantes Operieren mit einem striktem Budget, das nicht überschritten werden darf. Ab 2003 bis 2007 soll die Abrechnung aller Leistungen der Krankenhäuser auf ein völlig neues System umgestellt werden.

Nur solche Leistungen der Krankenhäuser werden dann bezahlt, die in einem Verzeichnis von etwa 1000 DRGs enthalten und im einzelnen dokumentiert sind. Die Preise werden nicht von den Krankenhäusern festgesetzt, sondern extern. In allen Ländern, in denen solche DRGs eingeführt wurden, hat dies dazu geführt, daß etwa 20% der Krankenhäuser in wenigen Jahren Pleite waren und verschwunden sind. Hinzu kommt, daß in allen diesen Ländern 40 bis 50% der Krankenhauskosten auf anderen Wegen weiter finanziert wurden. Die Deutschen wollen als einzige wieder einmal konsequent sein und alles über DRGs abrechnen.

Es wird ein zentrales Institut gegründet, das von den Krankenkassen und den Krankenhausträgern getragen wird. Die Leistungen jedes Krankenhauses müssen im einzelnen ab 2001 dokumentiert werden und auf dieser Basis wird ein Deckel für die Kosten gesetzt. Die Dokumentation ist wesentlich aufwendiger als bisher und belastet die Ärzte, die weniger Zeit für ärztliche Tätigkeiten haben.

Die Vorbereitungen auf das DRG-System haben in den meisten Krankenhäusern bereits begonnen. Die großen privaten Krankenhausketten werden sich auf die Leistungen spezialisieren, die Ihnen schwarze Zahlen bringen. Die Universitätskliniken und die großen Städtischen Häuser werden die schlechten Risiken aufnehmen müssen.

Der Deutsche Ärztetag hat das DRG-System in der geplanten Form kürzlich abgelehnt und eine Verschiebung der Einführung vorgeschlagen. Wenn man am Ziel einer bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitsversorgung festhält, läßt sich wegen des demographischen Wandels - immer mehr Ältere - die Beitragsstabilität nicht aufrechterhalten. Beitragsstabilität der Krankenkassen - eine heilige Kuh - ist nur zu Lasten des Umfangs und der Qualität der Leistungen erreichbar, auch wenn man die Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt.

Die Krankenhäuser haben erhebliche Budgetveränderungen zu erwarten. Die Leistungsdichte wird steigen bei Reduzierung der Verweildauer. Ein Teil der Krankenhäuser werden Konkurs anmelden oder erheblich höhere Zuschüsse ihrer Träger benötigen. Krankenhäuser werden zusammengelegt und aufgekauft werden. Der Wettbewerb zwischen den Häusern wird verstärkt. Die Qualitätssicherung wird einen höheren Stellenwert bekommen. Der Einfluß der Krankenkassen auf das jeweilige Leistungsspektrum wird steigen. Die Dokumentation zunehmen. Alle Leistungsstellen werden sich dem neuen System stellen müssen, wobei Abteilungen mit roten Zahlen abgebaut werden. Die Behandlungsprozesse werden umorganisiert werden. Die Landkarte der Krankenhäuser wird sich deutlich ändern.

Unter dem Strich werden die kranken Menschen schlechter fahren. Wenn die sogenannten Verbraucher wüßten, was in der Medizin auf den Normalbürger zukommt an Rationierung, Mehrkosten und schlechterer Versorgung, würden sie vermutlich auf die Barrikaden gehen. Die Bevölkerung wird die Zukunft der Krankenhausversorgung aber erst nach den jeweiligen Wahlen realisieren.

3. Wie groß ist die Ungleichheit in der Medizin, weltweit und in Deutschland?

Vor dem Grundgesetz sind alle Deutschen gleich und sollen gleichen Zugang und gleiche Chancen auch in der Gesundheitsversorgung haben. Die Realität ist eine andere.

Die Genausstattung, die etwa 50 - 60 Prozent von Gesundheit und Krankheit während des Lebens bestimmt, ist bei jedem Menschen unterschiedlich. Ob man ein Mann ist oder eine Frau, führt in nahezu allen Populationen der Welt zu einem Unterschied in der Lebenserwartung: Frauen leben auch bei uns länger, 10 Jahre und mehr. Es gibt zahlreiche Erbkrankheiten, die das gesundheitliche Schicksal weitgehend festlegen.

Lebenserwartung und Gesundheit hängen davon ab, in welchem Land und in welcher Bevölkerungsschicht man geboren ist. Ein schwarzer Mann in der Bronx hat eine Lebenserwartung von etwa 40 Jahren. 50 Meilen weiter hat eine weiße Frau aus einer begüterten Familie eine Lebenserwartung von 90 Jahren, das sind mehr als 50 Jahre Unterschied, mehr als 100 %. Auch in Deutschland gilt: weil du arm bist, mußt du früher sterben. Das Thema ist bei uns tabuisiert, es gibt kaum empirische Untersuchungen, wohl aber in der Schweiz und England. Ich schätze den Unterschied in der Lebenserwartung in Deutschland zwischen dem finanziell unteren Fünftel der Bevölkerung und dem oberen Fünftel über dem Daumen gepeilt auf 5 Jahre.

Ein wesentlicher Teil der Gesundheit ist durch den allgemeinen Wohlstand bestimmt. Bevölkerungen mit höherem Bruttosozialprodukt pro Kopf sind im allgemeinen gesünder als ärmere Länder. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen reichen und armen Ländern können 40 Jahre und mehr betragen.

Ein großer Teil der Gesundheit einer Population wird von der allgemeinen Hygiene bestimmt. Abwasser, Frischwasser und Nahrungsversorgung spielen eine wesentliche Rolle. Der große Zuwachs an Lebenserwartung seit hundert Jahren ist auf die Verbesserung dieser Infrastruktur zurückzuführen und nicht auf den Fortschritt der Medizin.

Natürlich ist ein wichtiger Teil der Gesundheitsverbesserung auch durch den Fortschritt der Medizin bedingt. Im Durchschnitt wird die Verbesserung der Lebenserwartung im letzten Jahrhundert durch die Medizin auf 3 - 4 Jahre geschätzt. Das ist nicht so viel, wie man allgemein meint. Die Hochleistungsmedizin begrenzt sich ja selbst. Je besser sie ist, desto mehr Überlebende erzeugt sie, die krank sind. Vor hundert Jahren war man nach einer Woche tot oder man hat überlebt. Heute ist man nach einer Woche im Regelfall nicht tot, sondern hat eine neue Prothese, muß weiter rehabilitiert und versorgt werden. Die Hochleistungsmedizin ist ein Sisiphus-Geschäft, eine Fortschrittsfalle, die sich selbst begrenzt.

Gesundheit ist unmittelbar auch mit sozialen Faktoren wie Arbeit, Wohnung und vor allem Ausbildung verknüpft und damit indirekt mit dem allgemeinen Wohlstand.

Natürlich wird ein Teil der Lebenserwartung und Gesundheit vom Gesundheitsverhalten und individuellen Lebensstil bestimmt: Hungerkost erhöht die Lebenserwartung bei nahezu allen Tieren um 50 %. Auch Menschen, die wenig essen, leben länger. Zu viel Essen, Alkohol, Rauchen und mangelnde Bewegung sind wichtige negative Faktoren des Lebensstils.

Lassen sie mich zum Schluß kommen:

Wenn unsere Bevölkerung wüßte, was auf sie zukommt im Gesundheitsbereich, würde das die Wahlen ändern. Geld allein kann es nicht sein, was unser Gesundheitswesen bestimmt. Wir brauchen gemeinsame Grundüberzeugungen und auch eine Solidarität mit den Schwächeren.

Die Rotarier sind durch ihre Lebensverhältnisse besser dran als die meisten anderen Menschen. Sie haben ein Mehr als an Ausbildung, an Zugang zum Wissen und in der Regel auch ein Mehr an Geld. Ihre Lebenserwartung, ihre Lebensqualität und die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung ist sicher besser als die anderer Bevölkerungsgruppen.

Glauben Sie trotzdem nicht blindlings an die Medizin. Treiben Sie Ihren Arzt mit ihren informierten Fragen zu Höchstleistungen. Holen Sie eine zweite Meinung ein und tun Sie dann, was sie für richtig halten. Vertrauen Sie dem Arzt, wenn er Ihr Vertrauen einmal gewonnen hat. Seien Sie optimistisch und glauben Sie an sich selbst. Dann werden Sie spät im Leben jung sterben, wie Ernest Wynder einmal sagte.

Wir müssen alle sterben, auch wenn es keiner heute glaubt. Wir können ein bißchen wählen, woran wir sterben wollen, durch unser Gesundheitsverhalten und unseren Lebensstil.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.