

Dipl.-Soz. Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

leitete als Geschäftsführer von 1992 bis Dezember 2013 das Ressort „Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik" der Ärztekammer Nordrhein, für die er nach 22-jähriger Amtszeit weiter beratend tätig sein wird. Er war ehrenamtlicher Vorsitzender des Vorstandes des Europäischen Public Health Zentrums, NRW (EPHZ) und ist zudem ehrenamtliches Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC). Diesen Beitrag hielt er als Rede zum letzten Jahresempfang des BMC in Berlin.

Reflektion über das Komische

>> Jeder, der sich längere Zeit im deutschen Gesundheitswesen aufhält, stellt irgendwann die Frage nach den tiefer liegenden Gesetzmäßigkeiten immer wiederkehrender gesundheitspolitischer Eingriffe, anders ausgedrückt, welche Rationale liegt dem Ganzen zugrunde?

Als Sozialwissenschaftler bin ich in der privilegierten Rolle des Beobachters.

Zunächst kam mir der Gedanke, dass das Paradoxe das Handeln im gesundheitspolitischen Feld erklären könnte.

Wie anders wäre zu verstehen, dass die an Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung interessierte liberale Partei nach großen Bemühungen den ersten im deutschen Gesundheitswesen relevanten Selbstbehalt (Praxisgebühr) wieder abschafft.

Längeres Nachdenken beflügelt den Beobachter allerdings zu einer noch darüber hinausgehenden Beobachtung, die ich im Folgenden kurz beleuchten möchte.

„Das Komische selbst ist gleichsam die letzte Sicherung gegen den Schrecken"
Karl-Heinz Stierle (Zitat)

Ich behaupte, dass bei einer vertieften Beobachtung der Ligaturen des deutschen Gesundheitswesens die bindende Kraft das Komische zu sein scheint.

Bevor ich in einigen Beispielen meine These farbig gestalte, muss erläutert werden, was das Komische eigentlich ist und inwiefern es als Erklärungsvariable ins Spiel gerät.

Einen Konsens oder eine Theorie über das Komische existiert weder in der in Frage kommenden Sozialanthropologie bzw. der Philosophie.

Arthur Schopenhauer hat darauf hingewiesen, dass die „plötzliche Wahrnehmung einer Inkongruenz" das Komische umreißt, bzw. das Komische als Reaktion auf die Ambivalenz der menschlichen Existenz zu interpretieren ist (Helmuth Plessner).

Wir werden an dieser Stelle eine theoretische Fundierung des Konstrukts des Komischen nicht erreichen, stattdessen biete ich einige Beobachtungen an und setze sie der Kritik des geneigten Lesers aus.

1. Kommunikation

Für die Qualität aller sozialen Systeme ist die Qualität der externen und internen Kommunikation entscheidend.

Meine Beobachtung, die zunächst die Systemebene im Gesundheitswesen betrifft, lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass wir zwar ein hochkommunikatives System postulieren, die Arten der Kommunikation allerdings insgesamt ineffizient sind bzw. skurrile Züge tragen.

Wir veranstalten im Gesundheitswesen seit etwa 25 Jahren – bis dahin waren Kongresse Rarität – große und größte Versammlungen, die, betrachtet man die Kommunikation von der Substanz her, sich der Struktur und dem Niveau indigener Stämme angleicht.

Kommunikation dient dort nicht dazu, sich Neues mitzuteilen („Neues" wird als ungewöhnlich und störend interpretiert) – sondern hat eigentlich nur die Funktion, sich der wechselseitigen Zugehörigkeit zu einem Stamm zu versichern und implizit zu garantieren, dass der andere nicht durch zu viel Innovation überfordert wird.

Der Kollateralnutzen besteht allerdings darin, dass für mindestens eine Woche weit über 5.000 Führungskräfte des Gesundheitswesens durch Teilnahme an solchen Großveranstaltungen davon abgehalten werden, zu Hause folgenreiche Fehlentscheidungen zu treffen.

Die zweite Beobachtung unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Kommunikation bezieht sich auf die sektorübergreifende Begegnung.

Während die verbandsinterne Kommunikation selbst weitgehend autistischen Selbstgesprächen gleicht, sind alle Versuche, die Sektorengrenzen durch Kommunikation durchlässiger zu machen, gescheitert.

Die eigene Selbstbeschreibung ist in der Tendenz eher nach innen (integrierend) gerichtet und nicht als Kommunikationsangebot an den Partner.

Dies könnte der Hauptgrund sein, warum alle grenzüberwindenden Ansätze in den letzten 30 Jahren gescheitert sind und den Stress zwischen den Sektoren eigentlich immer nur erhöht haben: Die unterschiedlichen Interessengegensätze wurden deutlicher, das wechselseitige Verständnis füreinander nahm ab, das Ausmaß des Gemeinsamen sank und das wechselseitige Misstrauen stieg.

Wenn man das mit einem anderen Politikbereich vergleichen möchte, so könnte man sagen, dass der innerdeutsche kleine Grenzverkehr nach 1961 im Verhältnis zu dem sektorenüberschreitenden Kommunikationsverkehr im deutschen Gesundheitswesen ungeheuer erfolgreich war.

2. Prozesse

Überspitzt formuliert würde ich die Hypothese wagen, dass es uns in den letzten 40 Jahren erfolgreich gelungen ist dazu beigetragen, dass fast kein relevantes gesundheitspolitisches Problem uns durch Lösung abhandengekommen ist.

Als jüngstes Beispiel darf ich auf die Prävention hinweisen.

Nach dem dritten gescheiterten Ansatz und nach einer mehr als zwei Dekaden umfassenden Vorgeschichte vor dem ersten ernsthaften Reformbemühen von 2002 hat man den Eindruck, dass sich trotz aller Rhetorik in dieser Frage substanziell nichts bewegt hat.

Soziale Systeme, die nachhaltig hochhysterisch auf der Stelle treten, wirken – von außen betrachtet – komisch.

Es drängt sich für den sozialwissenschaftlichen Beobachter des sozialen Systems Gesundheitswesen der Eindruck auf, dass, wenn irgendjemand im Laufe der Zeit eine geistvolle Idee zur Problemlösung vortragen würde, alle vorhandenen hocheffektiven Schutzsysteme sofort dafür sorgen, dass die Geistesfunken ausgetreten werden und für absehbare Zeit sich der Asche niemand mehr zuwenden möchte.

Vielleicht liegt es auch daran, dass sich der Stamm der der Gesundheitspolitik Verpflichteten abschottet vor Personen, die von außen gegebenenfalls mit ungewöhnlichen Ideen den Entscheidungs- und Wahrnehmungsprozess befruchten könnten.

Die in den letzten 15 Jahren dem Gesundheitswesen zugeführten Betriebswirte mit ihrer Sichtweise sind aus meiner Sicht nicht die-

jenige Berufsgruppe, die diese entscheidende kreative Lücke füllen können.

Meine Augen wurden jedenfalls vor Jahren durch einen „nützlichen" Fremden geöffnet, nämlich durch den Unternehmer Rodenstock, der im BDI (Bund Deutscher Industrie) den Arbeitskreis Sozial- und Gesundheitspolitik leitete und der nach zwei Stunden intensiven Zuhörens auf einer gesundheitspolitischen Tagung die einfache Frage stellte: „Sind Sie sich wirklich sicher, dass Sie irgendetwas an den beklagten Zuständen ändern möchten?"

3. Lernen

Eine besondere Komik, man kann auch sagen Tragik, besteht darin, dass unser Gesundheitssystem – so jedenfalls meine Beobachtung – eine wohl erworbene Unfähigkeit besitzt, von positiven Beispielen her Lernen zu organisieren.

Das neue Konstrukt des Wettbewerbs löst vieles aus, aber keine echten Lernprozesse, da Lernerfolge als Geheimwissen der einzelnen Organisationen wahrgenommen werden und dem Partner möglichst vorzuenthalten sind.

Die integrierte Versorgung beispielsweise lebt in Tälern und Landesecken, aber kaum jemand orientiert sich an deren Effekten.

Die Qualitätssicherung seit Beginn der 80er Jahre scheint eher in sinnlosen Datenbergen zu ersticken, große Substanz an Engagement und Arbeitsfreude zu versenken, organisiert aber keine intelligente Selbstbeobachtung.

Empfehlungen

Wenn man ausgehend von diesen wenigen Beobachtungen der tiefer liegenden Paradoxien im komplexen Sozialsystem Gesundheitswesen Empfehlungen formulieren möchte, kommt man in ein heikles Gelände.

Trotzdem folgende Ratschläge:

- Ich glaube, dass eine Verständigung über diese Mechanismen in der zuständigen Elite erforderlich ist.
- Gelegentlich würde es auch helfen, über den einen oder anderen Aspekt des eigenen Verhaltens und Handelns mit Partnern und Freunden zu lachen, weil es konstruktive Energien lostreten kann.
- Lachen ist der evolutorische Vorteil des Menschen anderen Geschöpfen gegenüber und deutlich unterausgenutzt.
- Die Organisation und Verbände im Gesundheitswesen leiden unter dem Mangel an intelligenter Frischluftzufuhr von außen.

Der Rat eines Beobachters, der das System über 40 Jahre begleitet, ist es, in diese sozialen Systeme mehr „Verrückte" zu integrieren.

Verrückte in dem Sinne, dass diese von den verkrusteten Sprach- und Handlungsroutinen noch nicht infiziert sind und gegebenenfalls sich in der Lage sehen, mit anderen, ähnlich Disponierten zu kommunizieren bzw. kreative Lösungen zu finden.

Zum Thema qualifizierter Kommunikation selbst ist eigentlich nur vorzuschlagen, den Anteil analoger Gespräche in überschaubaren sozialen Kontexten zu erhöhen.

Diese Gespräche sollten nicht so ausgerichtet sein, dass der Vortragende Recht hat, sondern dass er das nächste Argument seines Gesprächspartners ermöglicht.

Einen besonders klugen Hinweis verdanken wir dem Philosophen Hans-Georg Gadamer, der die Quintessenz seines philosophischen Nachdenkens einmal im Satz zusammengefasst hat: „Der Andere könnte Recht haben."

Damit steht auch das Ergebnis dieser kleinen Überlegung fest: Wer das Komische sieht, wird einen Ausweg finden. <<

Ivacaftor im Praxisalltag

>> Seit Juli 2012 ist der Wirkstoff Ivacaftor („Kalydeco") in Deutschland zur ursächlichen Behandlung der zystischen Fibrose bei Menschen ab 6 Jahren, bei denen mindestens eine Kopie des CFTR-Gens (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) mit G551D-Mutation vorliegt, zugelassen. Zystische Fibrose wird durch ein defektes oder fehlendes CFTR-Protein verursacht, das wiederum durch Mutationen im CFTR-Gen verursacht wird. Mit Ivacaftor steht der erste kausale Therapieansatz für diese seltene, nicht heilbare genetische Erkrankung zur Verfügung. In den Zulassungsstudien wiesen die mit Ivacaftor behandelten Betroffenen im Vergleich zu den Placebo-Gruppen signifikante und anhaltende Verbesserungen der Lungenfunktion, des Gewichts und der Lebensqualität auf. Erste Berichte aus der täglichen Praxis spiegelten die Ergebnisse aus den klinischen Studien wider. Beide Phase-III-Zulassungsstudien zu Ivacaftor zeigten bereits nach zwei Wochen signifikante und im weiteren Verlauf anhaltende Verbesserungen der Lungenfunktion.

Dieser Effekt blieb auch 24 bzw. 48 Wochen nach Therapiebeginn erhalten: Die absolute prozentuale Änderung des FEV1 (% des vorhergesagten Werts) in Woche 24 – dem primären Endpunkt – betrug im Vergleich zu Placebo 10,6 Prozentpunkte ($p < 0{,}0001$) in Studie 1 und 12,5 Prozentpunkte ($p < 0{,}0001$) in Studie 2. Auch konnten eine deutliche Gewichtszunahme (+2,8 kg in Studie 1, +1,9 kg in Studie 2 jeweils vs. Placebo) bis Woche 24 sowie eine Steigerung der Lebensqualität beobachtet werden. Die Wirkung war unabhängig von Alter, Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung. Wie PD Dr. Rainald Fischer, niedergelassener Pneumologe am Zentrum für Mukoviszidose München-West auf einem Media Round Table des Unternehmens Vertex jetzt berichtet, hat er im Praxisalltag ähnliche Resultate beobachtet. Neue Ergebnisse der PERSIST-Studie legen zudem nahe, dass die durch Ivacaftor erzielten Verbesserungen der Lungenfunktion über 144 Wochen bestehen bleiben. CFTR-Modulatoren wie Ivacaftor stellen den neuesten Therapieansatz bei zystischer Fibrose dar, weil sie auf die zugrunde liegende Krankheitsursache bei Menschen mit mindestens einer Kopie des CFTR-Gens mit der G551D-Mutation abzielen.

Ivacaftor ist ein CFTR-Potentiator, der die Öffnungswahrscheinlichkeit der an der Oberfläche von Epithelzellen lokalisierten CFTR-Proteine erhöht. Dadurch wird der Wasser- und Salzhaushalt normalisiert und die abnorme Schleimbildung geht zurück. Die dünnere Schleimschicht trägt jetzt stattdessen wieder dazu bei, die Atemwege zu schützen. Die Atmung der Betroffenen wird verbessert, sie sind leistungsfähiger, was sich in einer insgesamt gesteigerten Lebensqualität der Betroffenen niederschlägt. In Deutschland gibt es ca. 170 Menschen mit einer G551D-Mutation, die älter als sechs Jahre sind und von Ivacaftor profitieren können.

Laut Professor Burkhard Tümmler, Leiter der Klinischen Forschergruppe „Molekulare Pathologie der Mukoviszidose" an der Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie der Medizinischen Hochschule Hannover, kann eine frühe Diagnosestellung am besten im Rahmen eines flächendeckenden Neugeborenen-Screenings für zystische Fibrose erfolgen, das in Deutschland jedoch noch nicht etabliert ist. Im Augenblick berät der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu, das Ergebnis wird von Fachkreisen mit Spannung erwartet. <<

News

Bitte veröffentlichen Sie Ihre News direkt auf **www.healthreminder.de** oder mailen Sie Ihre News an redaktion@mvf.de