

# „Der Ton ist ganz paternalistisch geworden“

In einem Beitrag im Monitor Versorgungsforschung haben sich Professor Matthias Schrappe und sechs Mitautoren mit dem „unterschätzten Problem“ Unterversorgung befasst. Darin warnen sie vor einer „Hidden Agenda“ in der Politik, die lauten könnte: „Jetzt können wir der Bevölkerung ruhig etwas Unterversorgung zumuten, und Geld sparen kann man so auch noch.“

Das Interview führten Julia Frisch und Anno Fricke

**Herr Professor Schrappe, Sie waren Gründungsvorsitzender des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit. Ihre jüngste Veröffentlichung legt die Frage nahe: Ist die Gesundheitspolitik als solche noch sicher für Patientinnen und Patienten?**

Der Vergleich zwischen Patientensicherheit und Unterversorgung ist durchaus angebracht. Beides waren zu ihrer Zeit stark tabuisierte Themen, die man weit von sich wies: Wir haben damit doch nichts zu tun. Mit der Thematik Unterversorgung, die leider nach Maßgabe der Umfragen mittlerweile im Erfahrungsbereich der Bevölkerung angekommen ist, hat natürlich auch die Sicherheit einen Dämpfer erhalten, denn wenn indizierte Behandlungen zum Beispiel im Bereich der Onkologie zu spät oder gar nicht durchgeführt werden, ist dies in jedem Fall als Qualitäts- und Sicherheitsproblem zu werten.

**Über-, Unter- und Fehlversorgung werden schon lange diskutiert, sie waren sogar schon Thema eines Gutachtens des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege: Haben diese Analysen keine Konsequenzen gehabt?**

Die Thematik der oft gemeinsam auftretenden Über-, Unter- und Fehlversorgung ist im Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 systematisch begründet und der Öffentlichkeit vorgelegt worden. In der Erweiterung um die Aspekte der Angemessenheit, also dass neben der Wirksamkeit auch persönliche Wertentscheidungen mitspielen, habe ich persönlich intensiv am Gutachten von 2007 mitgearbeitet. Diese Analysen haben die Diskussion in der Gesundheitspolitik und der Fachöffentlichkeit stark beeinflusst, indem man überhaupt erst genauer hingeschaut hat. Lange Zeit war das Wort der „Über- und Fehlversor-

**Matthias Schrappe**

Jahrgang 1955

Internist mit den Zusatzbezeichnungen Hämatologie, internistische Onkologie und Gastroenterologie und emeritierter Professor für Innere Medizin

Seit 2009 W3-Stiftungsprofessur für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

2005 bis 2007 Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Seit Mai 2024 Mitglied des Bündnisses Sahra Wagenknecht.

gung“ ein stehender Begriff. Die oft gemeinsam auftretenden Probleme eines „Zuviel“ an Versorgung und der Qualitätsprobleme einer Fehlversorgung beherrschten die politische Diskussion, man denke nur an die diversen Qualitätsoffensiven und die Entwicklung von Leitlinien. Aber festzuhalten ist gleichermaßen: Ein wissenschaftliches Beratungsgremium macht nicht die Politik, es kann die Situation bestenfalls analysieren und für einen schärferen Blick sorgen.

**Was schadet den Patientinnen und Patienten mehr: Über- oder Unterversorgung?**

Beide Formen schaden den Patienten: Eine Behandlung ohne Nutzenachweis, die nicht indiziert ist, ist ein Eingriff in die Integrität der Person, insbesondere weil damit ja behandlingstypische Beschwerden und Komplikationen verbunden sind. Dies gilt auch für diagnostische Maßnahmen, zum Beispiel Screening durch PSA oder Ultraschall der Ovarien, da durch falsch-positive Ergebnisse den Patienten weitere Belastung zugefügt wird.

Und bei Unterversorgung wird eine Behandlung, deren Nutzen klar belegt ist, dem Patienten nicht oder zu spät zugänglich gemacht, sodass hierdurch ein Schaden eintritt. Beide Formen treten sogar oft nebeneinander auf. Und sehr wichtig ist: Überversorgung führt zu einer Verstärkung von Unterversorgung, denn sie bindet finanzielle Mittel und vor allem Personalkapazität, die dann für die evidenzbasierte Behandlung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen.

**Ins Detail: Ihr Papier stellt einen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten fest. Der ehemalige Vorsitzende des Sachverständigenrats Gesundheit, Professor Ferdi-**

**nand Gerlach, sieht keinen Mangel an Hausärzten. Ihn beunruhigt auch nicht das vermeintlich hohe Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte: Wer hat denn nun Recht?**

Die Zahlen zu dem aktuell bereits bestehenden und vor allem zum projizierten zukünftigen Mangel an Hausärzten durch die Alterung, die wir in unserem Gutachten zusammengestellt haben, stammen aus offiziellen Quellen und sind jederzeit nachprüfbar.

**Wie ist es möglich, dass die Gesundheitswirtschaft mit einem Anteil von 11,5 Prozent an der Gesamtwirtschaft medizinisch gesehen Unterversorgung produziert?**

Ihre Frage schneidet das Thema der Ursachen für das Problem an, das ist natürlich ein entscheidender Punkt. Kurz zusammengefasst: Die zu beobachtende Unterversorgung ist nicht Folge einer mangelnden Ressourcen-Ausstattung im deutschen Gesundheitssystem, sondern der ineffektiven Verwendung der Mittel. Selbst wenn wir heute die Mittel verdoppeln würden, würden sie in den strukturellen Unzulänglichkeiten verloren gehen, und wir würden keinerlei Verbesserung sehen.

Das Gesundheitswesen steht damit nicht allein, denn dieser Punkt der strukturellen Ineffizienz ist auch ein zentraler Gegenstand der Kritik an der Förderung der allgemeinen Infrastruktur: Wenn die Effizienz der Mittelverwendung nicht mitgedacht wird, dann entsteht durch die zusätzlichen Gelder keine neue Brücke und kein neues Gleis. Im Gesundheitswesen handelt es sich bei den hemmenden Strukturelementen primär um die Sektorierung der Budgets im ambulanten, stationären und Pflegebereich. Diese getrennte Finanzierung stärkt die sektoralen Egoismen und setzt den Anreiz, Pa-



© DTS-AGENTUR / PICTURE ALLIANCE

”

Die getrennte Finanzierung stärkt die sektoralen Egoismen und setzt den Anreiz, Patienten mit höherem Risiko den Nachbarsektoren zuzuweisen, um das eigene Budget zu schonen.

Professor Matthias Schrappe

tienten mit höherem Risiko den Nachbarsektoren zuzuweisen, um das eigene Budget zu schonen. Ein anderer Punkt ist die mangelnde Abstimmung der haus- und spezialfachärztlichen Subsektoren innerhalb der ambulanten Versorgung.

**„Hidden Agenda“: Das klingt nach Verschwörungstheorie. Der Vorwurf, die Politik nehme Unterversorgung in Kauf, um zu sparen, ist harsch. Woran genau machen Sie ihn fest?**

Die Spielerei mit dem Begriff Verschwörungstheorie ist ja heute in Mode gekommen, wenn man relevanten Fragen und Problemen lieber ausweichen möchte. Wahrscheinlich wären vor 20 Jahren unsere Versuche, zum Thema Patientensicherheit zu internationalen Niveau der Diskussion aufzuschließen, damals auch mit dem Begriff Verschwörungstheorie belegt worden, wenn man sich mit solchen Instrumenten des negativen Framing bereits so gut ausgekannt hätte wie heute.

Wir haben ja nicht behauptet, dass eine Hidden Agenda besteht, sondern dass man einer solchen Interpretation entgegenwirken müsste, „die etwa lauten könnte“, dass man eine Unterversorgung in Kauf nimmt.

Allerdings ist dieser Hinweis sehr wichtig und auch relevant, denn wenn man sich das gesamte Spektrum der aktuellen gesundheitspolitischen Aktivitäten kritisch ansieht, dann ist Unterversorgung durchaus eine mögliche Folge der geplanten Maßnahmen. Die Patienten bekommen schlicht keine Termine mehr, und wenn sie sich dann in ihrer Not an die Notaufnahmen wenden, dann werden diese jetzt geschlossen und es werden digitale Hürden aufgebaut, um besser „zu steuern“. Früher haben wir den Patientenwillen, die Patientenautonomie, hochgehalten,

ich habe selbst an unzähligen wissenschaftlichen Fachkongressen zu diesem Thema mitgewirkt oder diese geleitet, aber heute ist der Ton ganz paternalistisch geworden.

Die allgemeinpolitischen Folgen können enorm sein, denn wir wissen aus der Populismusforschung, dass sich Mängel und Zugangsverschlechterung zur Infrastruktur unmittelbar in den Wahlergebnissen widerspiegeln können. Und da schließt sich der Kreis: Mangelnder Zugang definiert eine der drei wichtigsten Formen der Unterversorgung, wir haben der Systematik deshalb in der ersten Hälfte des Gutachtens großen Raum gegeben. Äußerste Vorsicht erscheint also angebracht, und man muss die Fragen glaubwürdig adressieren, statt sie durch ein falsches Framing aus dem Blickfeld zu nehmen.

**Ist das einhellige Meinung auch Ihrer Mitautoren oder gibt es auch Skepsis diesbezüglich?**

Das Unterversorgungs-Gutachten ist in allen Passagen einstimmig verabschiedet, wie es bei solchen Konsens-Papieren üblich ist.

**Machen wir es mal konkret: Die Krankenhausreform ist in Ihrer Lesart ein Kostendämpfungsprogramm. Warum?**

Unser Papier enthält diese Aussage nicht. Wir haben jedoch eine eingehende Analyse zur Krankenhausreform in das Gutachten aufgenommen.

**Ist das dichte Gestrüpp des SGB V nicht eigentlich ein ideales Versteck für derart finstere Pläne?**

Ich weiß nicht was Sie mit „derart finstere Pläne“ meinen. Aber dass das SGB V sehr angewachsen ist in den letzten 35 Jahren und mannigfaltige Widersprüche enthält, das kann ja nun niemand bezweifeln.

**Ist es nicht ein legitimes Ziel, spezielle Leistungen zu konzentrieren zum Wohle der Patientensicherheit? Zudem: Viele Bundesländer haben schon angekündigt, (möglichst) alle Krankenhausstandorte erhalten zu wollen – dann vielleicht als sektorübergreifende Versorgungszentren. Die Grundversorgung würde damit ja nicht beeinträchtigt...**

Natürlich, ich persönlich habe mich immer für die stärkere Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Outcome eingesetzt, vor allem als es noch hoch-, ja höchst umstritten war. Allerdings war auch immer klar, dass Patienten (um diese geht es ja) gerne graduelle Zugeständnisse im Bereich der Qualität machen möchten, wenn sie dafür eine wohnortnahe Versorgung erhalten können.

Die Analyse der missratenden Krankenhausreform, die ja nur den Krankenhaussektor und nicht die Gesamtheit der Versorgung einer Population umfasst (wenngleich dies immer behauptet wird), müsste man in einem gesonderten Interview ausbreiten.

Die sogenannten sektorübergreifenden Versorgungszentren nach Paragraph 115g SGB V tragen diese Bezeichnung auf jeden Fall zu Unrecht, denn sie beziehen sich ausschließlich auf das stationäre Budget.

**Expertenkommissionen werden üblicherweise berufen. Was treibt Sie an, von sich aus gemeinsam mit Mitsreiterinnen und Mitsreitern Expertisen zu erstellen, die wider den Stachel löcken?**

Die Autorengruppe hat sich aus fachlichem und wissenschaftlichem Interesse zusammengefunden und besteht aus Personen mit jahrzehntelangem Engagement in unterschiedlichsten Bereichen der

Gesundheitsversorgung, in leitenden Positionen aller Art. Wir hatten nicht das Gefühl, dass wir uns irgendwo „anmelden“ müssten oder uns anderweitig zu autorisieren hätten. Und Kritik zu üben, falls Sie das meinen, ist ja nun die vornehmste Aufgabe, die die Erfahrenen und innovativ Denkenden zu erfüllen haben.

**Sie haben weitere Arbeiten der Gruppe angekündigt. Werden Sie dann über die Diagnose hinaus auch auch Lösungen und Therapieansätze anbieten?**

Natürlich, das haben wir ja auch geschrieben: Wir haben jetzt das Thema Unterversorgung auf die Tagesordnung gesetzt und den Begriff erstmal strukturiert, also eine Grundlage gelegt, um die Diskussion überhaupt zu ermöglichen und anzustoßen. Wir werden, soweit es uns möglich ist, weitere Themen aufgreifen und selbstverständlich auch Lösungskonzepte diskutieren. Den derzeitigen gesundheitspolitischen Polypragmatismus sehen wir kritisch, dies gilt auch für die ersten Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen.

**Sie waren Co-Leiter des Expertenrats für Gesundheit und Pflege des Bündnis Sahra Wagenknecht (BSW). Wie viel BSW steckt denn in dem aktuellen Papier der Autorengruppe?**

Mein Engagement im Bündnis Sahra Wagenknecht und in der Autorengruppe Gesundheit haben nichts miteinander zu tun. In der Autorengruppe sind meines Wissens unterschiedliche Parteizugehörigkeiten beziehungsweise –präferenzen vorzufinden. Wir sind da offen mit umgegangen.

**Herr Professor Schrappe, vielen Dank für das Gespräch!**