

Karl Lauterbach

BEVOR ES ZU SPÄT IST

Was uns droht, wenn die
Politik nicht mit der
Wissenschaft Schritt hält

rowohlt
BERLIN

**SPIEGEL
Bestseller**



Mein Weg ins Parlament

Eine Laufbahn als Wissenschaftler und als Forscher war mir nicht in die Wiege gelegt. Ich komme aus Oberzier, einem Dorf neben der Kernforschungsanlage Jülich, mein Vater arbeitete in einer nahegelegenen Molkerei. Wir Arbeiterkinder gingen mit den Kindern der Atomkraftingenieure in dieselbe Grundschule. Obwohl ich ein sehr guter Schüler war, wurde meinen Eltern davon abgeraten, mich aufs Gymnasium zu schicken – ich hätte einfach zu oft Bronchitis, war die Begründung. Diese Formulierung habe ich nie vergessen. Erst später wurde mir klar: Das Gymnasium war für die Ingenieurskinder reserviert. Sie blockierten, anders ausgedrückt, alle Zulassungsplätze für die anderen Dorfkinder – egal, wie begabt man war. Auf der Hauptschule langweilte ich mich so sehr, dass sich sofort Lehrer für mich einsetzten. Also kam ich erst auf eine Realschule, dann aufs Gymnasium. Verglichen mit dieser Hürde nach der Grundschule waren spätere beim Abitur, bei der Zulassung für das Medizinstudium, der Promotion und der Professur wirklich harmlos. Es klingt verrückt. Aber die erste Hürde ist für Kinder oft die schwerste, weil sie diese am wenigsten selbst beeinflussen können. Schon als Kind hatte ich daher die Ungerechtigkeit des Bildungssystems begriffen.

Ähnlich früh wusste ich, dass ich mein Leben der Medizin widmen wollte. Das hatte ich mir als Dreizehnjähriger genau mit diesen Worten zurechtgelegt, da darf es auch erneut etwas kitschig klingen. Dieser frühe Entschluss kam aus einer persönlichen Betroffenheit, einem existenziellen Schockmoment heraus. Bei einer Routineuntersuchung war an meinem Knie eine Knochenzyste festgestellt worden, die nur ungefähr einen von hunderttausend Menschen betrifft. Der Arzt konfrontierte mich mit der Diagnose, das sei Krebs und mein Bein müsse wahrscheinlich amputiert werden. Für einen Jungen, der im Verein Fußball und Tischtennis spielte und beim Sport deutlich ehrgeiziger war als in der Schule, war das ein

unvorstellbares Drama. Einige Wochen lebte ich mit meiner Familie in diesem Horror, mein Bein zu verlieren; meine Mutter konnte sogar vierzehn Tage lang gar nichts essen. Bei der Operation zeigte sich zum Glück, dass die Knochenzyste gutartig war und ich mein Bein behalten konnte.

Leider wurde der Eingriff miserabel durchgeführt. Wegen eines ärztlichen «Kunstfehlers» hatte sich bei der Entnahme von Spongiosa, dem schwammartigen Innengewebe von Knochen, ein Hospitalkeim eingenistet. Wochenlang lag ich deswegen mit einer offenen Wunde an der Hüfte in der Klinik. Danach musste ich über Jahre hinweg jedes halbe Jahr zu einer Kontrolluntersuchung: Kommt die Zyste zurück oder nicht? Wird sie dann bösartig sein oder nicht? Heute weiß ich, wie schlecht fortgebildet die damaligen Ärzte in der Kleinstadt waren. Ihnen war nicht klar, dass die Wahrscheinlichkeit einer wiederkehrenden Zyste gering war. Wäre sie zurückgekommen, wäre sie, anders als die Ärzte mir und meiner Familie sagten, auf jeden Fall wieder gutartig gewesen. So lebte ich also jahrelang unter dem Damoklesschwert einer möglicherweise wiederkehrenden Bedrohung meines Beines, ohne dass es diese Bedrohungslage überhaupt gab.

Während ich noch in der Klinik lag, fand dort einmal in der Woche die sogenannte Chefarztvisite statt. Nur bekam mich der Chefarzt nie zu sehen, weil ich dann immer zum Baden der Wunde gebracht wurde. Der behandelnde Arzt wollte so offensichtlich vermeiden, dass sein Behandlungsfehler aufflog. Irgendwann habe ich meine Mutter, der das entsetzlich peinlich war, in die Privatpatientensprechstunde des Chefarztes geschleppt und mich einfach hingesezt, bis er Zeit für mich hatte. Der war dann, gelinde gesagt, entsetzt, dass diese schlimme Komplikation vor ihm verborgen gehalten werden sollte. Für den behandelnden Arzt hatte das Konsequenzen; er wurde versetzt.

In der Klinik erlebte ich viele Patienten, denen es noch viel schlechter ging als mir. Außerdem erkannte ich schon, wie ungerecht unser Medizinsystem mit den zwei Klassen aus Privat- und Kassenpatienten war. Diese Erfahrungen haben meinen Berufsweg geprägt. Ich fasste damals

den Entschluss, Mediziner zu werden, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Aus meiner eigenen Krankheitserfahrung heraus dachte ich, der Sinn meines Lebens könnte sein, Krebserkrankungen zu verhindern.

Ich hatte erlebt, dass damals viele Ärzte nicht imstande waren, präzise Auskünfte zu geben, und Patienten dann auch noch so schlecht versorgten, dass selbst an einer gesunden Hüfte plötzlich gewaltige Komplikationen entstehen konnten. Damit war mein Interesse an der Medizin sehr früh geweckt. Ich wollte etwas verändern. Und ich wollte nicht nur Arzt, sondern Wissenschaftler in der Medizin werden. Weil ich in der Oberstufe besonders stark in Mathematik und Physik war, hatte ich die für Medizin eher typischen Fächer wie Biologie und Chemie abgewählt. Um dennoch bei meinem ursprünglichen Vorhaben zu bleiben, wollte ich Mathematik und Physik studieren, um später neuartige Geräte zu entwickeln, mit denen man Krebserkrankungen bekämpfen kann –

Bestrahlungsinstrumente, Apparaturen für radiologische Verfahren und so weiter. Dank meines sehr guten Abiturs konnte ich mir aussuchen, was ich studieren wollte. In Aachen war ich dann für Medizin eingeschrieben, und nach einiger Zeit habe ich kaum noch Physik gemacht, weil mich das Medizinstudium mehr und mehr faszinierte. Es war eine Ironie des Schicksals, dass ich im Zuge meiner Promotion im Bereich der Nuklearmedizin, bei der ich mich mit bildgebenden Verfahren beschäftigte, wieder in der Kernforschungsanlage Jülich gelandet bin. So schloss sich der Kreis: Ich forschte plötzlich selbst an dem Ort, an dem früher die Eltern jener Mitschüler gearbeitet hatten, die die Gymnasiumsplätze für die Arbeiterkinder im Dorf blockierten. Als Stipendiat der Konrad-Adenauer-Stiftung war ich im Rahmen dieser Doktorarbeit auch in Tucson, Arizona, später in San Antonio, Texas. An der Harvard School of Public Health in Boston habe ich mich schwerpunktmäßig zunächst mit Epidemiologie, dann mit Gesundheitspolitik und -management beschäftigt. Von dort ging es weiter.

So war aber eine prägende, existenzielle Erfahrung mit dreizehn Jahren Grundlage der Entscheidung für meinen weiteren Lebensweg: Als

Wissenschaftler habe ich mich mit genau jenen Themen beschäftigt, bei denen es um Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten ging. Schon früh habe ich mir ausgerechnet: Wie viele Patientinnen und Patienten sieht ein einzelner Arzt im Laufe seines Lebens? Wie viel besser als der Durchschnittsarzt kann ein einzelner, wirklich guter Arzt sein? Auf dieser Basis erwog ich den Einfluss eines solchen richtig guten Arztes. Da wir in Deutschland aber keinen Ärztemangel haben, wurde mir klar, dass ich einen anderen Weg einschlagen musste, wenn ich die medizinische Versorgung tatsächlich verbessern wollte. Jemand, der in der Vorbeugemedizin forscht und dabei auch politische Entscheidungen vorbereitet, hat unterm Strich mehr Einfluss auf die Gesundheit vieler Menschen als ein einzelner Arzt, mag dieser auch noch so gut sein. In der Summe erreicht man mehr Patienten. Ich sah für mich zwei Möglichkeiten, wobei die eine mit Heilung, die andere mit Vorbeugung zu tun hatte: Ich konnte entweder versuchen, neue Arzneimittel zu erforschen und neuartige operative Verfahren zu entwickeln; oder die Vorbeugemedizin wählen, mit der man viele Risikofaktoren beeinflussen kann, ob es um Adipositas oder zu hohe Cholesterinwerte geht, um das Rauchen oder die Feinstaubbelastung. Auch die Qualität der ärztlichen Versorgung wollte ich verbessern, indem zunächst einmal verglichen werden sollte, wie gut verschiedene Krankenhäuser sind. Das würde es Patienten und Ärzten erlauben, über Versorgungsniveaus zu diskutieren und daran zu arbeiten, dass diese angehoben werden.

Bei meiner wissenschaftlichen Arbeit begriff ich, dass die Art und Weise, wie wir therapieren, oft dazu führt, dass das Ergebnis nicht wirklich optimal ist. Wir hatten – um nur ein einziges der vielen Beispiele zu nennen – damals eine relativ unzureichende Versorgung im Fall von zu hohem Blutdruck bei Zuckerkranken. In der Folge kommt es zu mehr Nierenkomplikationen, zu mehr Herzinfarkten, aber auch zu mehr Augenkomplikationen. Wer an Erkrankungen wie Diabetes leidet, ist damit langfristig konfrontiert. In der täglichen ärztlichen Praxis geht es aber zumeist um akute Erkrankungen. Um die dauerhafte Versorgung solcher chronisch kranken Patienten mitsamt ihrer Lebensqualität zu verbessern,

habe ich mich zunehmend mit sogenannten Disease-Management-Programmen beschäftigt. Dabei ging es darum, das Verhältnis von Patient und Arzt zu verbessern, unter anderem durch regelmäßige Beratungen und das Überprüfen wissenschaftlich gesicherter relevanter Laborwerte und Krankheitsmerkmale; auf diesem Weg sollte auch einer Verschlechterung der Krankheit vorgebeugt werden. Überhaupt sollte die ärztliche Beratung verbessert werden, auch im Zusammenspiel der Ärzte verschiedener Fachrichtungen, und ebenso die Überwachung zentraler Blutwerte und Untersuchungsergebnisse. Dazu gehört die entsprechende Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, jeweils nach dem aktuellen Stand der Forschung, damit sie Behandlungen bestmöglich durchführen können.

Solche Disease-Management-Programme machen einen wirklichen Unterschied, das konnten unser Forschungsteam an der Universität Köln wie auch andere Universitäten nachweisen. Irgendwann habe ich angefangen, mit meiner Expertise in diesen Bereichen die Politik zu beraten. So kam ich in den Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums, zunächst unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer, später unter Ulla Schmidt (SPD), und half dort mit, Gesetze vorzubereiten. Eines davon sah vor, dass Ärzte eine Art finanziellen Anreiz erhielten, so zu behandeln, wie es gesicherten wissenschaftlichen Kriterien und den Methoden des Disease-Managements entspricht. Das konnten wir gegen den Widerstand vieler niedergelassener Ärzte und insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen durchsetzen. Entsprechende Programme werden bis heute in fast jeder deutschen Arztpraxis umgesetzt. Während sie anfänglich sehr umstritten waren, werden sie mittlerweile von den allermeisten Ärztinnen und Ärzten aus Überzeugung fortgeführt.

Ich habe am Anfang meiner wissenschaftlichen Beratungen Reformen häufig als Konfrontation insbesondere mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verstanden. Dies ist sicherlich auch ein Ergebnis meiner frühen Prägung, die ich geschildert habe. Über die Jahre habe ich gelernt, dass ein Miteinander häufig erfolgreicher ist als die Konfrontation. Die Bereitschaft, sich mit dem wissenschaftlichen Kenntnisstand