

**Symposium Gesundheitspolitisches Forum am 25. November 2008:  
Wer bestimmt den Nutzen der medizinischen Versorgung?  
Ein kritischer Diskurs**

**Vortrag „Individueller Nutzen und kollektiver Nutzen – unvereinbare Gegensätze?“**

**Judith Storf**

**Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft für PatientInnenstellen, Bielefeld**

Lassen Sie mich zum Auftakt das Bild von Picasso mit einer weiteren Interpretation versehen – nämlich mit der aus der Sicht des Patienten. Ein Patient würde sich das Bild angucken und sagen: "Das ist doch wieder typisch, der Arzt mit dem Rücken zum Patienten, der guckt mich nicht mal an." "Und die Krankenschwester?" "Die hat doch keine Zeit, sieht total gestresst aus, denn sie muss sich um das Kind und um mich kümmern. Typischer Fall von Personalmangel. Da lege ich mich doch lieber ins Koma." Das ist – ein bisschen überzogen – die Sicht des Patienten. Ich möchte gerne in meiner Rolle als Patientenberaterin, in der ich täglich mit dem Ärger von Patienten zu tun habe, und in meiner Rolle als Patientenvertreterin, in der ich mich mit dem Konstrukt Gesundheitswesen und – seiner Verbesserung, manchmal auch Verschlimmbesserung beschäftige, versuchen kurz darzustellen, wo genau die Widersprüche sind zwischen dem, was Patienten wollen und dem, was sich in der Gesundheitspolitik aber auch im Gesundheitssystem und im Besonderen im G-BA abspielt.

Der Nutzen einer medizinisch-therapeutischen Maßnahme muss sich am konkreten Mehrwert für den einzelnen Patienten messen lassen. Aus Sicht des Patienten ist eine medizinisch-therapeutische Maßnahme von Nutzen, wenn sein persönliches Leiden gelindert oder vielleicht sogar geheilt wird. Im kranken Zustand ist dem Patient der kollektive Nutzen erst einmal ziemlich egal. Von Interesse ist zunächst sein individueller Nutzen. Ausschlaggebend für den Erfolg einer medizinisch-therapeutischen Maßnahme sind neben der zu erwartenden Fachkompetenz des Arztes und der Ärztin, des Therapeuten, Folgendes: Erstens das Vertrauensverhältnis zum Anbieter und zur Therapie. Dieses Vertrauensverhältnis orientiert sich an der Glaubwürdigkeit des Anbieters und des Angebotes, das ist ganz wichtig heutzutage, an dem Gefühl der Kompetenz des Arztes, des Anbieters, an der Achtsamkeit der individuellen Bedürfnisse des Patienten. Sie haben es eben gut dargestellt finde ich, in der Wahrnehmung des Patienten als ganzheitliche Persönlichkeit und im respektvollen Zuhören.

In der Realität, ich sage Ihnen mal ein typisches Zitat, würde es manchem Patienten schon reichen, wenn der Arzt das, was der Patient an Fachwissen mitbringt, wirklich zur Kenntnis nimmt und in die Therapie mit einbezieht. Ganz wichtig ist zunehmend die gemeinsame Entscheidung über Diagnose und Therapieverfahren. Wobei die Faustregel gilt, je kränker der Patient, desto eher überlässt er die Entscheidung dem Arzt seines Vertrauens. Hier spielt das Arzt-Patienten-Gespräch eine zentrale Rolle, aber auch zunehmend die Einbeziehung des Patienten in den Heilungsprozess. Je größer die Achtsamkeit des Therapeuten in Diagnose und Therapieverfahren, desto größer ist auch der Nutzen für den Einzelnen, das wird von dem Patienten auch so wahrgenommen. Und je größer der Nutzen für den Einzelnen, desto größer ist der kollektive Nutzen. Je größer der kollektive Nutzen, desto größer die messbare Wirkung in der gesundheitlichen Versorgung. Je größer die Wirkung, desto wirtschaftlicher das Gesundheitssystem. Das heißt, ein erfolgreiches Gesundheitssystem müsste aus der Sicht des Patienten den individuellen Nutzen in den Mittelpunkt stellen und diesen Nutzen messbar machen.

Zur Sicherung der Effizienz unterschiedlicher Heilverfahren müssten auswertbare Messverfahren eingesetzt werden und jetzt nähere ich mich so langsam aber sicher der Realität und der Arbeit im gemeinsamen Bundesausschuss, denn diese Realität sieht anders aus. Die Realität, und hier beziehe ich mich einfach wirklich erst einmal nur auf die Messung von Nutzen, spielt zum Beispiel im Zulassungsverfahren des gemeinsamen Bundesausschusses nicht so eine große Rolle. Das heißt, die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse und somit auch der individuelle Nutzen für den Einzelnen spielen eher eine untergeordnete Rolle. Das Zulassungsverfahren für die Übernahme von Diagnose

und Therapieverfahren in den Leistungskatalog der GKV orientiert sich fast ausschließlich an der Vorlage evidenzbasierter Studien.

Gegen Evidenz ist erst einmal nichts zu sagen. Dieses Verfahren hat aber leider Gottes einen ganz entscheidenden Mangel. Erstens ist die Forschung und auch die Studienerstellung im medizinischen Bereich in Deutschland fast ausschließlich an wirtschaftlichen Interessen, beispielsweise der Hersteller, orientiert. Diese finanzieren einen nicht unerheblichen Teil der Studien. An seltenen Erkrankungen oder individuelle Behandlungsmöglichkeiten lässt sich nicht viel verdienen, daher spielen diese hier eine eher untergeordnete Rolle. Weil sie nicht finanziert werden, gibt es hier wenig evidenzbasierte Studien, also werden sie auch nicht Bestandteil dessen, was einem Kassenpatienten per Leistungskatalog der GKV zusteht. Zudem werden Sie in den meisten Studien kaum Items zu patientenrelevanten Endpunkten finden. Medizinische Erfahrungsberichte haben in der Rangordnung der Bewertung eine sehr geringe Evidenz. Ganzheitliche Heilmethoden, die in Ergänzung (teilweise auch als Alternative) zu herkömmlichen medizinischen Verfahren immer häufiger von Patienten gewünscht werden, lassen sich nicht mit den sogenannten Goldstandards messen und spielen insofern für die Aufnahme in den Leistungskatalog ebenfalls keine Rolle. Die Bedürfnisse und Bedarfe des einzelnen Patienten, die einen erheblichen Anteil an dem Erfolg einer medizinisch-therapeutischen Behandlung haben, spielen in der Erfassung und Bewertung von medizinischen Verfahren eine untergeordnete Rolle.

Das kann auf Dauer nicht funktionieren, zumindest nicht in einem am Solidarsystem orientierten System. Dazu kommt, dass ein Teil der Player in der Gesundheitsversorgung ein Interesse daran hat, einen Teil der therapeutischen und medizinischen Angebote auszulagern, beziehungsweise nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen. Stichwort IGEL-Leistungen, oder nicht erstattungsfähige Arzneimittel. Selbst wenn ein Produkt, nehmen wir beispielsweise ein Arzneimittel, seinen Weg in den Leistungskatalog gefunden hat oder in die verschreibungsfähige Liste der Medikamente, heißt das noch lange nicht, dass der Patient sie auch bekommt, denn es gibt ja auch noch das Budget, das gerne mal, gerade zum Jahresende, erschöpft ist. Das heißt in der Realität, dass nicht einmal der Patient, wenn sich „seine“ Leistungen im Leistungskatalog finden, ein verbrieftes Recht darauf hat, die Möglichkeit dieses Recht auch wirklich in Anspruch zu nehmen. So viel zur Realität.

Es gibt also eine klare Diskrepanz zwischen Patientenbedarfen und -bedürfnissen und auch dem Behandlungskonzept mancher Arztpraxis auf der einen Seite und der Realität der Auswirkung von Entscheidungen in der Gesundheitspolitik und im Gemeinsamen Bundesausschuss auf der anderen Seite. Hier hat sich der gemeinsame Bundesausschuss mit seiner Verfahrensordnung beispielsweise selbst sehr enge Regeln auferlegt. Es gibt noch viele andere Beispiele, aber ich habe es absichtlich bei diesen belassen, weil ich Ihnen ja versprochen hatte, mich kurz zu fassen.

Trotzdem möchte ich Ihnen abschließend sieben Thesen mit auf den Weg geben aus Sicht der Patientinnen und Patienten:

- Reduziert sich die Bewertung einer medizinischen Maßnahme auf den Nachweis ihrer Wirkung, wird die Frage nach dem individuellen Nutzen sträflich vernachlässigt.
- Wird der Nachweis über die Wirkung auf ein allein geltendes Messverfahren reduziert, lassen sich keine ausreichenden Aussagen über den individuellen und kollektiven Nutzen treffen.
- Verlieren der Patient und die Patientin als eigentlicher Nutzer und Nutzerin der medizinischen Versorgung an Bedeutung und wird die Sicht auf den individuellen und kollektiven Nutzen für die Patienten vernachlässigt, ist das System auf Dauer nicht funktionsfähig. Es ist nicht therapieorientiert, nicht gesundheitsförderlich und schon gar nicht wirtschaftlich orientiert.
- Orientiert sich der Nutzen einer medizinischen Maßnahme an der Zufriedenstellung bestimmter Lobbyisten und gewinnoptimierten Interessen, kann das jetzige Gesundheitssystem, wohlgermerkt in seiner jetzigen Form, nicht langfristig überleben.
- Stellt man den individuellen Nutzen für die einzelnen Patienten und Patientinnen in den Vordergrund der medizinischen Versorgung, hat das einen ganz entscheidenden kollektiven Nutzen. Es bedeutet Kostenreduzierung und Vertrauensbildung.

- Das Individuum profitiert umgekehrt nicht automatisch von einer für das Kollektiv eingeführten Maßnahme, Beispiel Früherkennung, Impfung.
- Der eigentliche Nutzen einer therapeutischen Versorgung für den Einzelnen ist nur erfahrbar, messbar und real darstellbar durch die Kombination von erprobten wissenschaftlichen Methoden, medizinischen Erfahrungsberichten und unabhängigen, individuellen Nutzerbefragungen.

Vielen Dank!