

**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?
Von der Wirkung über die Wirksamkeit zum Nutzen“**

**Dr. Matthias Girke
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (Berlin)**

Lassen Sie mich mit folgender These beginnen: Wirksamkeit und Nutzen sind nicht das Gleiche. Nutzen setzt Wirksamkeit voraus, andererseits bedeutet auch eine nachgewiesene Wirksamkeit nicht immer automatisch Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Für den Wirksamkeitsnachweis ist es berechtigt, Objektivierung zu verlangen, für den Nutzenbeleg aber brauchen wir Individualisierung. Das sind komplett unterschiedliche Systeme. Auf der einen Seite gibt es zum Beispiel eine Institution wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das für eine Nutzenanalyse eine theoretische Effizienzlinie, eine Grenzlinie, die letzten Endes über Nutzen und Kostenverhältnisse entscheidet, definiert. Genau genommen sind damit aber nicht Nutzen-, sondern Wirksamkeitsanalysen gemeint. Denn das, was einem Menschen nützt, ist tatsächlich sehr individuell geprägt und kaum von außen zu bestimmen. Entscheidend für die Nutzenbestimmung ist immer, welche Bewertungshorizonte von den Patientinnen und Patienten für den Nutzen formuliert werden.

Zunächst möchte ich gerne den Begriff der Wirksamkeit auffächern. Hier gilt es, vier verschiedene Ebenen zu unterscheiden. Die erste Ebene ist die der Wirkung, des Soforteffektes einer Maßnahme. Je akuter eine medizinische Maßnahme ausgerichtet ist, desto stärker zielt sie auf die Ebene der unmittelbaren Wirkung ab – zum Beispiel bei Schmerzen, aber auch bei allen anderen Störungen, die eine direkte medizinische Intervention erfordern.

Wirkungen unterscheiden sich aber grundsätzlich von der zweiten Ebene, bei der es um eine längerfristige Outcome-basierte Dimension von Wirksamkeit geht. Dasjenige Mittel, das ich beim akuten Kopfschmerz sinnvoll einsetze, kann bezüglich einer längerfristigen Therapie sogar kontraproduktiv sein, wenn der Schmerz zum Beispiel Analgetika-induziert ist. Dass diese zwei Ebenen durchaus unterschiedliche Maßnahmen erfordern können, muss uns bewusst sein. Die Ebene der längerfristigen Wirksamkeit ist diejenige, auf der es noch viele Fragezeichen gibt. Wenn wir bedenken, wie gering die absoluten Risikoreduktionen gerade bei chronischen Erkrankungen und bei den meisten Volkskrankheiten sind, muss sich die moderne Medizin eingestehen, erst wenig erreicht zu haben. Nehmen wir das Beispiel der koronaren Herzerkrankung und der Sekundärprophylaxe des Herzinfarktes: Wir müssen mit Aspirin (ASS 100) immerhin 167 Menschen behandeln, um *ein* Leben kardiovaskulär zu retten. Das ist eine ausgesprochen niedrige Effizienz – überspitzt könnte man sagen, dass wir auf der Ebene der Wirksamkeiten evidenzbasiert nur Minimaleffekte erzielen.

Eine dritte Ebene von Wirksamkeit ist die, die sich auf die seelische Seite einer Erkrankung bezieht. Dabei geht es eben nicht um befundorientierte Wirksamkeiten, sondern um die am Befinden des Patienten orientierte Wirksamkeit – die von uns Ärzten und Therapeuten zu oft vernachlässigt wird. Darüber wissen wir zu wenig, zum Beispiel, dass die Osteoporose oft mit einer Depression assoziiert ist oder dass die Depression ein eigenständiger Risikofaktor für eine Typ 2 Diabetes-Manifestation ist. Auf dieser Ebene können wir ebenfalls Wirksamkeit statuieren. Allerdings haben wir in diesem Bereich, gerade auch im Sinne der Prophylaxe, noch viel zu tun, um Wirksamkeit erfolgreich zu etablieren.

Und schließlich haben wir als viertes die kontextbasierte Dimension von Wirksamkeit – also langfristige Auswirkungen und krankheitsübergreifende kontextuelle Bezüge. Beispielsweise ist viel zu wenig bekannt, dass eine durchgemachte entzündliche Erkrankung das Risiko und die Wahrscheinlichkeit einer späteren Karzinomerkrankung deutlich reduziert. Eine Studie zum malignen Melanom hat gezeigt, dass eine einzige fieberhafte Erkrankung von 38,5 ° die Odds-Ratio eines

malignen Melanoms auf 0,37 reduziert, so dass wir in diesem Fall eine Risikoreduktion von 63 Prozent haben.

Diese verschiedenen Wirksamkeiten können nutzenbringend sein – aber sie sind nicht per se mit Nutzen gleichzusetzen. Das ist ein wichtiger Unterschied. Zur Veranschaulichung ein kleines Beispiel: Es gibt ein Buch von Tiziano Terzani „Das Ende ist mein Anfang“, in dem sich der Autor mit seiner unheilbaren Krebserkrankung und mit dem Sterben auseinandersetzt. Darin schildert er, dass er gefragt wurde, ob er gerne ein Medikament hätte, mit dem er noch zehn Jahre länger leben könne. Darauf seine sinngemäße Antwort: "Warum soll ich das intensive Leben, das ich gelebt habe, noch weitere zehn Jahre fortsetzen?" Beispielhaft zeigt uns diese Antwort, dass die Frage nach Nutzen und Sinn einer medizinischen Maßnahme, auch wenn sie Leben verlängern kann, nicht einheitlich, sondern sehr individuell beantwortet wird. Auch in der Palliativmedizin erleben wir immer wieder, wie unterschiedlich der Nutzen bewertet wird, nämlich auf Grundlage eines individuellen Wertesystems, das jenseits von evidenzbasierten Wirksamkeiten liegt. Es ist unsere Aufgabe als Ärzte, diese individuelle Dimension zu berücksichtigen und so das „Gute“ für den einzelnen Menschen zu finden. Für die Anthroposophische Medizin ist gerade diese Suche nach dem „Guten“, bei der immer die gesamte Individualität des Menschen miteinbezogen wird, eines der wichtigsten Elemente in der Beziehung zwischen Patient und Arzt.

Wie kommen Patienten zu ihrer Bewertung des medizinischen Nutzens? Gibt es trotz des individuellen Wertesystems auch übergeordnete Kriterien? Ich meine, ja. In meiner ärztlichen Praxis habe ich verschiedene Beurteilungs- und Bewertungshorizonte kennen gelernt, die bei der individuellen Nutzenbewertung immer wieder eine Rolle spielen.

Erstens fragen die Patientinnen und Patienten nach der medikamentösen Therapie. Die Operation bei einer Basedow-erkrankung der Schilddrüse wird anders bewertet als die Alternative einer Radiojodtherapie. Individuelle Gesichtspunkte und Präferenzen sind hier für die Nutzenbewertung entscheidend. Zweitens geht es um das Wirkungsprinzip einer therapeutischen Maßnahme. Heute wollen die Patientinnen und Patienten darüber mehr wissen: Ist die Maßnahme ausschließlich pathogenetisch orientiert? Oder hat die Maßnahme auch eine salutogenetische Dimension? Ganz konkret fragen die Patienten: „Werde ich – bzw. mein Blutdruck, Fette, Blutzucker – gut eingestellt und bekomme dadurch eine gute oder relativ gute Prognose? Oder unterstützt mich der Arzt zusätzlich in meiner eigenen Kompetenz, wieder gesund zu werden, in der (Re-)Aktivierung meiner körpereigenen Ressourcen?“ Mittlerweile liegen Studien, zum Beispiel für die Diabetologie, vor, die zeigen, dass es sinnvolle salutogenetisch unterstützte Hilfestellungen gibt.

Drittens bezieht sich die Patientennutzenbewertung auf das Verhältnis von erwünschter Wirkung bzw. Wirksamkeit und dem möglichen Schaden (unerwünschte Arzneimittelwirkungen, „UAW“ genannt). Hier sollten wir meiner Meinung nach viel offener mit den Grenzen und Möglichkeiten unserer Medizin umgehen. In Zeiten einer immer stärker ausgeprägten Patientenkompetenz sollten wir uns davon verabschieden, ausschließlich mit Angst und Druck zu arbeiten. Vielmehr sollten wir in der Patienten- Arzt-Beziehung Raum für die individuelle Entscheidungsfindung lassen. Was erst einmal selbstverständlich klingt, ist es aber nicht. Das müssen wir uns erst erobern, und zwar sowohl der Arzt als auch der Patient. Denn eine falsch verstandene Leitlinien-Medizin und der reale ökonomische Druck engen diesen Raum immer mehr ein, so dass wir auch auf der Ärzteseite Mut brauchen, um hier eine größere Entscheidungsfreiheit zu etablieren.

Aber wirklich entscheidend ist eigentlich die vierte Ebene, die auf den Sinn einer Maßnahme abzielt. Im klinischen Alltag habe ich immer wieder erlebt, dass alles, was wir medizinisch tun, sich nur dann als fruchtbar erweist, wenn der Patient den Sinn der entsprechenden Maßnahme sieht und versteht. Ich persönlich bin der Meinung, dass zum Beispiel der Ruf nach aktiver Sterbehilfe nicht deshalb lauter wird, weil wir die Symptome von Schwerstkranken und Sterbenden nicht kontrollieren können, sondern vor allem deshalb, weil diese letzte Lebensphase heute oft durch Sinnentleerung und Sinnentfremdung gekennzeichnet ist. In der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit entwickeln wir deswegen therapeutisch-ärztliche Behandlungskonzepte, die dazu beitragen, gemeinsam mit den Patienten etwas zu suchen, was sinnschaffend sein kann. Ganz im Sinne Viktor Frankls, der den Menschen als Wesen versteht, das auch in scheinbar aussichtslosen Situationen zur Sinnsetzung fähig ist.

Diese vier Bewertungshorizonte sind meiner Meinung nach entscheidend für die Nutzengenerierung und die positive Bewertung von therapeutischen Maßnahmen. In diesem Zusammenhang wird nachvollziehbar, warum unser Bild vom Heilen, unser Heilungsbegriff, selbst mehrere Dimensionen braucht: Auf der physischen Ebene versuchen wir, eine somatische Integrität zu erobern. Darüberhinaus müssen wir versuchen – und das wird von vielen Patienten, die komplementäre Therapieangebote in Anspruch nehmen, immer stärker nachgefragt –, das salutogenetische Potenzial des Patienten zu stärken und die seelische Seite einer Erkrankung stärker berücksichtigen. Auch der Reifungs- und Individualisierungsprozess, der mit einer Krankheit verknüpft sein kann, sollte in unsere Vorstellung vom Heilen einfließen, gemäß dem Leitsatz von Novalis: „Krankheit gehört zur Individualisierung“. Meiner Meinung nach sollte der Gesundheits- oder Heilungsbegriff um den Begriff der Entwicklung und der Individualisierung erweitert werden. Dazu passt ein Satz von Wolfgang Schad, dass die Krankheit eingeschränkte Zukunftsmöglichkeit für den Menschen bedeutet und sich durch das Heilen wieder eine Zukunftsfähigkeit erschließt. Ein solcher erweiterter Heilungsbegriff hängt mit der individuellen Sinnsetzung zusammen: Sehe ich Zukunft? Habe ich eine Perspektive? Ohne Antworten auf diese Fragen gibt es keine Nutzenbewertung. Vielen Dank.