

„Gesund ist, wer wählen darf“

Eigenverantwortung im Gesundheitssystem: Der Zusammenhang von Gesund- und Wahlfreiheit

Franz Porzsolt

1



Zusammenfassung

Wer hinterfragen will, ob Wahlfreiheit gesund macht, muss Zirkelschlüsse wie auch kryptonormative Aussagen erkennen und sich mit den unterschiedlichen Effekten auseinandersetzen, die entstehen, wenn Menschen mit starken oder schwachen Präferenzen auf ihre Wahlfreiheit verzichten müssen, um randomisiert werden zu können. Die Bereitschaft, auf die Wahlfreiheit zu verzichten, spaltet Ärzte, Patienten und Wissenschaftler in zwei Lager: Beide Lager verstehen, dass man in einem Heilberuf keine isolierten, spezifischen Effekte vermitteln kann, ohne nicht gleichzeitig unspezifische Effekte zu induzieren. Eines der beiden Lager akzeptiert aber nur Messmethoden, die unspezifische Effekte ausblenden. An ausgewählten Beispielen wird gezeigt, dass dieses Ausblenden auch nicht die gesamte Wahrheit aufdeckt, sondern eben nur eine andere. Dass alle Menschen Risiken vermeiden wollen, haben Nobelpreisträger aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften nachgewiesen. Dass vor allem kranke Menschen nicht nur Risiken reduzieren, sondern sich vor allem sicher fühlen wollen, glaubt jeder. Es ist aber noch nicht nachgewiesen. Wir erklären in unserem Aufsatz zwar den Unterschied zwischen Risikoreduktion und Gefühlter Sicherheit, können aber nicht klären, ob wir wegen des fehlenden Nachweises darauf verzichten sollen, den Patienten Gefühlte Sicherheit – in ethisch vertretbarem Rahmen – zu vermitteln. Es sollte deutlich gemacht werden, dass wir uns das Leben zu einfach machen, wenn wir das Kind einfach mit dem Bade ausschütten. Ob Wahlfreiheit gesund macht, ist deshalb keine triviale Frage, auch wenn manche meinen, es handle sich um eine „Badewissenschaft“. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Gesundheitsversorgung „baden gehen könnte“ wenn wir uns dieser Frage nicht ernsthaft annehmen.

Inhaltsübersicht

Eigenverantwortung im Gesundheitssystem: Der Zusammenhang von Gesund- und Wahlfreiheit.	3
Der Stein des Anstoßes	3
Der Zirkelschluss	4
Der Zusammenhang von Gesundheit und Wahlfreiheit	5
Die evidenz-basierte Schlussfolgerung.	8
Ausblick	11

Eigenverantwortung im Gesundheitssystem: Der Zusammenhang von Gesund- und Wahlfreiheit.

Zunächst ist die Hypothese „Gesund ist, wer wählen darf“ ziemlich kühn. Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Hypothese zu bestätigen oder zu widerlegen. Das ist nicht ganz einfach, weil auch in der Wissenschaft gelegentlich der Fehler eines Zirkelschlusses begangen wird, d.h. auch dort kann sich „die Katze in den Schwanz beißen“. Erschwerend kommt hinzu, dass besonders ein systematisch (nicht zufällig) auftretender Fehler, ein sogenannter Bias, nur schwer nachzuweisen ist. Im vorliegenden Fall ist die Bestätigung oder Widerlegung der Hypothese nicht einfach, weil sie auf kryptonormativen Aussagen beruht. Kryptonormative Aussagen sind Behauptungen mit verpflichtendem Charakter („normativ“) deren Begründung aber verborgen („kryptisch“) bleibt.

Wenn wir die wissenschaftliche Argumentation einhalten wollen, alles andere ist nicht unsere Aufgabe, müssen zunächst Belege beigebracht werden, welche den kryptonormativen Charakter der Aussage, die der „Stein des Anstoßes“ ist, unterstützen. Damit wird deutlich, dass die Bestätigung einer kühnen Hypothese einer kleinen Reise durch eine Welt unterschiedlicher Konzepte und Gedanken gleichkommt, deren Ziel nur über verschiedene Stationen zu erreichen ist. Die Stationen unserer Reise lassen sich benennen als „Der Stein des Anstoßes“, „Der Zirkelschluss“, „Der Zusammenhang von Gesundheit und Wahlfreiheit“, „Die evidenz-basierte Schlussfolgerung“ und „Der Ausblick“. Wir werden unser Bestes tun, Sie über diese Stationen bis zum Ziel zu begleiten.

Der Stein des Anstoßes

Der Stein des Anstoßes ist der schier unerschütterliche Glaube vieler Wissenschaftler an das Prinzip der Randomisation. Dieses auf „Zufall“ beruhende Prinzip ist in der medizinischen Forschung nicht mehr wegzudenken. Es ist auch weder überall noch immer anwendbar. Das segensreiche Prinzip wurde von dem Evolutionsbiologen Sir Ronald Fisher für wissenschaftliche Untersuchungen an Getreidesorten bei unterschiedlicher Beschaffenheit der Felder und anderen Umwelteinflüssen entwickelt. Sein Kollege Sir Austin Bredford Hill, ein Epidemiologe, der über Krankheiten und Patienten geforscht hat, lernte das Prinzip der Randomisation von Fisher kennen und hat es in der klinischen Forschung eingeführt.

Was weder Fisher noch Bredford Hill damals ahnten, betraf den Unterschied zwischen Getreidefeldern, Ärzten und Patienten. Getreidefelder haben keine Präferenzen und lassen sich einfach randomisieren d.h. das Zufallsprinzip kann entscheiden welche Getreidesorte auf welchem Feld ausgesät wird. Die meisten Ärzte und Patienten aber haben Präferenzen, d.h. sie haben eine mehr oder weniger dezidierte Meinung welche der möglichen Handlungsoptionen sie bevorzugen. Präferenzen und Randomisation schließen

sich gegenseitig aus wie Feuer und Wasser. Dazu ein Beispiel aus der Praxis. Ob bei einem malignen Tumor am Unterschenkel eine Strahlentherapie oder eine Amputation vorgenommen werden soll, wird sich in einer randomisierten Studie nur schwer prüfen lassen, wenn die Strahlentherapie von einem Radiologen und die Amputation von einem Chirurgen vorgenommen werden. Jeder der beiden Ärzte wird auf Grund seiner Expertenmeinung bei der Mehrzahl aller Patienten eine der beiden Optionen präferieren. In diesen Fällen stellt sich für die Patienten nicht die Frage, ob sie einer Randomisation zustimmen würden, weil die Studie nicht angeboten wird. Eine Randomisation in der Gesundheitsversorgung setzt demnach voraus, dass beim behandelnden Arzt keine stark ausgeprägte Präferenz für eine der möglichen Handlungsoptionen vorliegt. Um beim Beispiel des Tumors zu bleiben, wird es Ärzte geben, die einer zufälligen Entscheidung „Bestrahlung oder Amputation“ durchaus zustimmen und eine Studie anbieten. Es ist aber auch plausibel, dass einige Patienten eine der Optionen eindeutig präferieren und deshalb die Teilnahme an der Studie verweigern. Fazit: Um eine Randomisation durchführen zu können, darf weder beim betreuenden Arzt noch beim Patienten eine stark ausgeprägte Präferenz vorliegen.

Aus wissenschaftlicher Sicht wird mit diesem Schritt eine nicht unbedeutende Selektion vorgenommen, weil in eine randomisierte Studie nur Patienten eingeschlossen werden, die selbst (und deren Ärzte) keine stark ausgeprägte Präferenz für eine der Behandlungsoptionen haben. Da bekannt ist, dass die Rate der Ärzte und Patienten, die einer Randomisation zustimmen, nur in Ausnahmefällen (z.B. bei kindlichen Leukämien) sehr hoch ist, sollte über zwei Effekte nachgedacht werden: Zum einen führt die unvermeidbare Präferenz der Ärzte und Patienten zu einer erheblichen Vorselektion von Patienten ohne starke Präferenz, weil nur diese in eine randomisierte Studie eingeschlossen werden können. Zweitens, sollte bedacht werden, dass ein erheblicher Teil der evidenzbasierten Medizin auf Ergebnissen beruht, die zwar unter Idealbedingungen, d.h. an einer stark selektierten Population von Patienten ohne ausgeprägte Präferenzen unter weitgehendem Ausschluss häufiger Störfaktoren gewonnen wurden, aber dann unter Alltagsbedingungen an einer Population mit mehr oder weniger stark ausgeprägter Präferenz und unter Einwirkung verschiedener Störfaktoren angewandt werden. Es gibt zahlreiche, sogar systematische Vergleiche randomisierter mit nicht randomisierten Studien, die keineswegs einheitlich bestätigen, dass randomisierte Studien ein „korrektes“ und nicht randomisierte Studien ein „falsches“ Ergebnis zeigen. Wenn Unterschiede in den Effektstärken zwischen randomisierten und nicht-randomisierten Studien beobachtet werden, zeigen nahezu ausschließlich die nicht-randomisierten Studien die stärkeren Effekte.

Der Zirkelschluss

Wenn aus der letztgenannten Beobachtung die Schlussfolgerung abgeleitet wird, dass nicht-randomisierte Studien die „korrekten“ Effekte überschätzen, entspricht das einer

kryptonormativen Aussage, weil ebenso abgeleitet werden könnte, dass die randomisierten Studien den „korrekten“ Effekt unterschätzen. Kryptonormative Aussagen sind fragwürdig, weil sie ein hohes Risiko eines Zirkelschlusses beinhalten. Der Zirkelschluss entsteht durch die unzutreffende Annahme, dass ein „korrektes“ Ergebnis, ein Faktum, nur erzielt werden kann, wenn alle Störfaktoren z.B. durch Anwendung der Evidence-based Medicine ausgeschlossen werden.

Dazu gibt es eine gerichtliche Entscheidung, die am Supreme Court of Appeal of England and Wales getroffen wurde. Im Vorfeld der Klage hatte ein Wissenschaftler, der sich an den Prinzipien der Evidence-based Medicine orientiert, im britischen „The Guardian“ behauptet, die Chiropraktiker würden Methoden anwenden, die nicht evidenz-basiert seien. Diese öffentliche Behauptung induzierte eine Klage des Verbandes der Chiropraktiker gegen den Wissenschaftler. Der Klage folgte ein Urteil gegen welches der Wissenschaftler Widerspruch eingelegt hatte. Im Revisionsverfahren war letztlich zu klären, ob die evidenz-basierten Behauptungen des Wissenschaftlers als Faktum gewertet werden können. Das Gericht hat entschieden, dass evidenz-basierte Aussagen als Meinungen aber nicht als Fakten aufzufassen sind, weil es nahezu unmöglich ist, die Richtigkeit evidenz-basierter Aussagen nachzuweisen, was aber erforderlich wäre, wenn evidenz-basierte Aussagen als Fakten aufgefasst werden sollen. Um die Wissenschaft von der Verpflichtung zu entlasten, die Richtigkeit jeder evidenz-basierten Aussage nachweisen zu müssen, hat das Gericht entschieden, dass auch evidenz-basierte Aussagen nur als Meinungen aufzufassen sind.

Da sich auch nicht alle Befürworter randomisierter Studien mit dieser Gerichtsentscheidung einverstanden erklären werden, sind weitere Indikatoren darzulegen, die darauf hinweisen, dass die Gewähr von Wahlfreiheit für die Gesundheit förderlicher ist als deren Einschränkung.

Der Zusammenhang von Gesundheit und Wahlfreiheit

Natürlich gibt es Beispiele zum Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen, die beweisen, dass die Wahlfreiheit gesundheitsschädlich ist. Bei der Wahl dieser Beispiele ist aber einzuräumen, dass alles, was Vorteile bietet, auch missbraucht werden kann. Hier geht es um die Generalisierbarkeit der Aussage, dass Wahlfreiheit, d.h. die Akzeptanz von Präferenzen im Gegensatz zur Wahlbeschränkung eher zu besseren als zu schlechteren Ergebnissen führt. Ein entscheidender Aspekt ist dabei, dass durch die Beobachtung eines besseren Ergebnisses noch keine Schlussfolgerungen auf den zugrunde liegenden Wirkmechanismus abgeleitet werden können.

Wenn die Gesundheit eines Patienten erfolgreich erhalten oder wiederhergestellt wird, können zwei verschiedene Effekte dafür verantwortlich sein: (A) Die vermeintlich spezifischen Wirkungen biomolekularer Prozesse, die hier umgangssprachlich als „schulmedizi-

nische Therapieerfolge“ zusammengefasst werden. Vorsichtigerweise werden diese Effekte als „vermeintlich“ bezeichnet, weil auch hierbei mitunter unterschiedliche Meinungen bestehen können, wie das Beispiel der Immuntherapie des Nierenzellkarzinoms (s.u.) zeigt. (B) Die unspezifischen, aber ohne jeden Zweifel äußerst bedeutungsvollen Effekte, die durch schwer messbare endogene Mechanismen vermittelt werden wie spontane oder induzierte Selbstheilungskräfte des Körpers oder durch exogene Mechanismen wie die Änderung von Umgebungsfaktoren oder die nicht-schulmedizinischen Maßnahmen von Behandlern, die zum Erhalt oder zur Wiederherstellung von Gesundheit beitragen.

Zwei entscheidende Einflussfaktoren sind sowohl bei den spezifischen wie auch bei den unspezifischen Effekten zu berücksichtigen, der Arzt oder Behandler und die Präferenz des Behandelten. Es ist generell akzeptiert, dass ein Arzt oder Behandler erfolglos sein wird, wenn er nicht (oder zu selten) in der Lage ist, die korrekte Diagnose zu stellen und die angemessene biomolekulare Therapie zur Versorgung seines Patienten auszuwählen. Das ist wohl wahr. Umgekehrt ist es aber äußerst schwierig, den Nachweis einer korrekten Diagnose oder Therapie zu erbringen, weil nicht jeder, der gesund wird, notwendigerweise die korrekte Diagnose und/oder Therapie von seinem Arzt/Behandler erhalten haben muss. Alle Kollegen, die diese Anmerkung als unfair empfinden, mögen bitte weiterlesen. Es kommt nicht so schlimm, sondern anders als Sie befürchten.

Wenn spezifische Wirkungen als vermeintlich bezeichnet werden, wird damit zum Ausdruck gebracht, dass es in den Naturwissenschaften einfacher ist als in den Lebenswissenschaften, z.B. in der Medizin, Gesetzmäßigkeiten zu beweisen. Manches, was vor 50 Jahren in der Medizin noch als Standard gültig war, ist heute längst überholt und ähnlich wird es unseren Kindern ergehen, wenn sie die Standards in 50 Jahren mit unsere heutigen Standards vergleichen.

Als konkretes Beispiel für Interpretationsprobleme unter Zeitgenossen seien die Ergebnisse unseres Cochrane Reviews zur Immuntherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms genannt. Ein Teil unserer Arbeitsgruppe interpretierte die signifikante Verlängerung der Überlebenszeit in der Meta-Analyse als spezifischen Effekt einer Immuntherapie, während ein anderer Teil derselben Arbeitsgruppe den marginalen aber signifikanten Überlebensvorteil als unspezifischen informationsbedingten Placebo-Effekt einer erfolgversprechenden „Immuntherapie“ interpretierte. Beide Interpretationen sind mit denselben Daten im selben Band 2003 der Reihe BMJ books „Evidence-based Oncology“ als getrennte Kapitel publiziert.

Ein Beispiel wie mit unterschiedlichen Meinungen innerhalb einer Projektgruppe nicht verfahren werden sollte, ist die „MAGIC“ Studie. Diese Studie stellt die wissenschaftliche Grundlage für die weltweit etablierte adjuvante Chemotherapie des Magenkarzinoms dar. Nachdem unser kritischer Kommentar in der Online Version einer englischsprachigen Fachzeitschrift die zahlreichen Fehler dieser Studie beschrieben hatte, bekamen wir eine bestätigende Nachricht von einer englischen Universität. Dort wurde unsere berechtigte Kritik bereits vor Publikation der Studie innerhalb der Gruppe zur Sprache gebracht,

aber von dem aggressiv agierenden Studienleiter ignoriert und in der Publikation der Studie nicht erwähnt.

Die oben erwähnten unspezifischen Effekte lassen sich in der großen Familie der Placebo-Effekte zusammenfassen. Aus dieser Familie werden hier lediglich drei bedeutende Effekte im Detail beschrieben: Der Hawthorne Effekt geht auf Experimente zurück, die in den Jahren 1924-32 in den Hawthorne Works der Western Electric Company in der Nähe von Chicago durchgeführt wurden. Die interessanteste der zahlreichen Beobachtungen dieser Studie betraf eine Steigerung der Arbeitsproduktivität der Mitarbeiter - nicht wie vermutet - durch die Ausleuchtung des Arbeitsplatzes, sondern durch die Möglichkeit der Belegschaft, die Helligkeit am Arbeitsplatz selbst zu beeinflussen. Dieses Experiment bestätigt die Bedeutung der Wahlfreiheit bei beobachtbaren Effekten.

Im einem klug angelegten Experiment hat Rebekka Waber am Massachusetts Institute of Technology 82 Studenten in zwei Gruppen geteilt, um in einem randomisierten Vergleich zu prüfen, ob ein Discount-Schmerzmittel (10 Cent/Tablette) ebenso wirksam ist wie das reguläre Schmerzmittel (1 \$/Tablette). Um identische Schmerzsituation in beiden Studentengruppen zu gewährleisten, erhielten beiden Gruppen jeweils eine Serie von Stromstößen zwischen 10 Volt und 80 Volt auf den Fußrücken. Eine Serie von Stromstößen wurde ohne vorherige Gabe von Schmerzmitteln und eine zweite Serie nach vorheriger Gabe von Schmerzmitteln verabreicht.

Die erzielbare Schmerzlinderung war bei beiden Schmerzmitteln im mittleren Bereich der Spannung am deutlichsten, weil bei niedriger Spannung mit und ohne Schmerzmittel kein Schmerz wahrgenommen wurde und bei hoher Spannung die Schmerzmittel nicht ausreichten, um den Schmerz zu lindern. Im mittleren Spannungsbereich bestand ein deutlicher Unterschied in der Schmerzlinderung zwischen dem kostengünstigen und dem teuren Schmerzmittel. Keiner der Probanden wusste allerdings, dass niemand ein Schmerzmittel, sondern alle Probanden nur Placebos erhalten hatten. Das Experiment wäre aus ethischen Gründen an Patienten nicht durchführbar, ist aber bedeutend, weil es zeigt, was alleine durch Information zu erreichen ist. Die einzige Variable, die in den beiden Studentengruppen die Unterschiede in der gemessenen Schmerzreduktion erklärt, ist die übermittelte Information zum Preis des Schmerzmittels. Diese Information zum unterschiedlichen Preis war offensichtlich ausreichend, um unterschiedliche Erwartungshaltungen zu induzieren, die letztlich zu den unterschiedlichen Angaben zur Schmerzreduktion führten. Das Experiment sollte in jedem medizinischen Lehrbuch erwähnt werden, weil es das einzige Experiment ist, welches nur Placebos, kein Verum verwendet und damit ermöglicht, die Macht der Information direkt zu messen. Die durch Information vermittelten Effekte beschränken sich aber nicht auf Schmerzreduktion.

Im Jahr 1994 wurde in Lancet eine Reduktion der Mortalitätsrate um 30% durch einen neuen monoklonalen Antikörper bei Patienten mit kolorektalem Karzinom publiziert; dieser Effekt war sehr wahrscheinlich ebenfalls durch Information zustande gekommen, weil in dieser Studie nur ein Teil der Patienten über das Studienprotokoll informiert wur-

de (Randomisation nach Zelen) und die Lebensverlängerung in der informierten und behandelten gegenüber der nicht informierten und nicht behandelten Gruppe nachgewiesen werden konnte. Der Antikörper ist kurze Zeit später von der Bildfläche verschwunden, was die Annahme dessen begrenzter biomolekularer Wirksamkeit rechtfertigt. Die Publikation dieses Experiments ist bedeutend, weil sie dazu beiträgt, die korrekte Interpretation wissenschaftlicher Publikationen zu diskutieren.

Zusammenfassend lässt sich aus diesen Publikationen zeigen, dass die Messung jedes spezifischen Therapieeffekts durch eine Vielzahl unspezifischer Effekte „verfälscht“ werden kann. Übertragen auf die Situation im Versorgungsalltag wird das Verhältnis zwischen spezifischen und unspezifischen Effekten darüber entscheiden, ob ein Therapieerfolg überwiegend durch spezifische oder unspezifische Therapieeffekte vermittelt wurde. Es ist unsere weitverbreitete Fokussierung auf vermeintlich verstandene, biomolekulare Effekte, die alle unspezifischen Therapieeffekte entweder durch die Wahl geeigneter Studiendesigns ausblendet oder sie schlichtweg ignoriert als wären sie nicht existent. Die bisher diskutierten Untersuchungen liefern indirekte Hinweise, dass durch unspezifische Effekte nicht nur Änderungen der Befindlichkeit sondern sehr wohl auch eine nennenswerte Verlängerung der Überlebenszeit erreicht werden kann. Deshalb ist mit Spannung zu erwarten, wie die Experimente aussehen, mit welchen direkte Hinweise gewonnen werden können, dass Wahlfreiheit wirklich gesund macht.

Die evidenz-basierte Schlussfolgerung.

Die Evidenz zur Beziehung zwischen Präferenz und dem Ergebnis randomisierter Studien wurde zusammen mit Dirk Stengel in einer Meta-Analyse hinterfragt. Es wurde geprüft, ob die Präferenzen (Wahlfreiheit) von Patienten die Ergebnisse von randomisierten Studien (stellvertretend für Gesundheit) beeinflussen können. Erst nachdem wir ein gutes Stück Arbeit in die Auswertung und Publikation der Analyse gesteckt hatten, erschien im Jahr 2005 eine Arbeit in JAMA, die unser Ergebnis bestätigte: Das Zusammenspiel von Präferenz und Randomisation ist in einem Experiment unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien bei Patienten nicht untersuchbar, weil sich die Zuordnung durch Wahlfreiheit und die zufällige Zuordnung gegenseitig ausschließen. Das Problem lässt sich nur lösen, wenn man den Probanden Informationen vorenthält, was Rebekka Waber drei Jahre später in ihrem Placebo-Experiment an Studenten nachgewiesen hat.

Was sich scheinbar nur in experimentellen Modellen darstellen lässt, findet aber durchaus Parallelen im wirklichen Leben. Auch dort gilt, dass die Realisierung bestehender Präferenzen dem Wunsch entspricht, Wahlentscheidungen auf Grund bestehender Wertvorstellungen zu treffen. Dazu ein Beispiel: Im Rahmen eines Workshops der Cochrane Collaboration wurde als Besonderheit der Veranstaltung ein „Random-Dinner“ veranstaltet, bei welchem man die Tischnachbarn nicht frei wählen konnte. Per Zufall wurden die Tischnachbarn vorab ausgewählt. Wenn jemand bereits Erfahrung mit zufällig gewählten

Tischnachbarn hatte, konnte die Wahrscheinlichkeit eines unterhaltsamen Abends bereits ohne Kenntnis des Tischnachbarn vorhergesagt werden. Unter den Unerfahrenen bestand zumindest bis zum Beginn des Dinners eine positive Erwartungshaltung. Als Ergebnis zeigte sich aber, dass die Wahlfreiheit hinsichtlich des Tischnachbarn eines Dinners zumindest die Unterhaltsamkeit des Abends beeinflusst.

In zahlreichen Untersuchungen wurden Daten u.a. von den Nobelpreisträgern für Wirtschaftswissenschaften, Kahneman und Tversky, erhoben, die bestätigen, dass Menschen generell risikoavers sind, d.h. Risiken nach Möglichkeit vermeiden. Unsere Gruppe hat in verschiedenen Modellen das Prinzip der „Gefühlten Sicherheit“ im Gesundheitssystem untersucht und dessen enorme Bedeutung für die Betroffenen bestätigt. Betroffen können Patienten, aber ebenso auch Ärzte sein. Ärzte wollen sich in vielen Situationen „absichern“. Diese Absicherung hat Nachteile, sie kostet Geld und Freiheitsgrade.

Nun kommt aber erschwerend hinzu, dass Sicherheit im Gegensatz zum Risiko nicht darstellbar ist. Risiken lassen sich aus dem Produkt von Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe berechnen. Sicherheit ist aber nicht der reziproke Wert von Risiko. Sicherheit entspricht einem individuell wahrgenommenen Wert. Was von einer Person (oder von einem Patienten) als sicher empfunden wird, muss nicht auch von anderen als sicher empfunden werden. Wer sich unsicher, aber auch wer sich zu sicher fühlt, geht – unabhängig vom objektiv bestehenden Risiko – ein messbar erhöhtes Risiko ein, einen Fehler zu begehen oder sich und seine Gesundheit zu gefährden. Es gibt zahlreiche Daten, die diesen Zusammenhang belegen.

Jede Steigerung von Sicherheit bindet Ressourcen, d.h. sowohl durch die Bindung monetärer Einheiten wie auch durch die Reduktion von Freiheitsgraden. Wer sein Grundstück mit Wachhunden, Warnanlagen und hohen Zäunen schützt, hat das zu bezahlen und schränkt seine eigene Freiheit ein. Ähnliches gilt für die ärztliche Praxis. Einer unserer Doktoranden hat die Laborprofile in allgemeinmedizinischen Praxen miteinander verglichen. Die Ergebnisse bestätigen, dass ein zu umfangreiches Laborprofil vermeidbare Ausgaben erhöht und den eigenen Arbeitsaufwand durch notwendige Kontrollen falsch-positiver oder durch unerklärte und verunsichernde Ergebnisse steigert. Es gibt reichlich Raum zur Optimierung.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wahlfreiheit lässt sich aus den vorliegenden Daten ableiten. Ein direkter Nachweis kann aber verhindert werden, indem der Nachweis der Überlegenheit nur auf der Basis eines zufällig gewählten Vergleichs (Randomisation), nicht aber durch einen präferenz-basierten (an Werturteilen orientierten) Vergleich zugelassen wird. Wenn Individuen die Möglichkeit geboten wird, Entscheidungen zu treffen, die mit den eigenen Werturteilen und Präferenzen übereinstimmen, werden bessere Ergebnisse als ohne diese Möglichkeit erzielt.

Leider werden im Bereich der Therapie die Effekte, die auf präferenz-basierten Entscheidungen beruhen, einheitlich als Placebo-Effekte interpretiert. Diese pauschale Zuordnung beinhaltet jedoch das Risiko, zwei unterschiedliche Effekte zu vermengen: Wenn unter

Idealbedingungen der Nachweis der Wirkung (efficacy) eines neuen Stoffs zu erbringen und dessen Unbedenklichkeit nachzuweisen ist, sollten alle vermeidbaren Störfaktoren ausgeschaltet werden, d.h. dieser Nachweis sollte, wenn immer möglich, unter Idealbedingungen stattfinden. Beim Nachweis der Wirkung (efficacy) sind Placebo-Effekte auszuschließen, weil sie das Ergebnis verzerren würden. Wenn aber nicht die Wirkung, sondern die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness) nachzuweisen ist, sollten auch tatsächlich alle Faktoren berücksichtigt werden, die den Verlauf einer Erkrankung und die Ergebnisse der Versorgung unter Alltagsbedingungen beeinflussen. In dieser Phase der Bewertung sollten Placebo-Effekte nicht ausgeschlossen werden, weil sie auch unter Alltagsbedingungen nicht auszuschließen sind. Diese Ergebnisse (effectiveness) werden sich mitunter erheblich von den Ergebnissen unterscheiden, die unter Idealbedingungen (efficacy) erhoben wurden.

Bisher standen einerseits die Methoden nicht zur Verfügung, um die effectiveness-Ergebnisse unter Alltagsbedingungen abzubilden. Hierzu vollzieht sich soeben ein Wandel: In der Literatur werden zunehmend konkrete Vorschläge zur Beschreibung der effectiveness diskutiert. Es ist zu bedenken, dass diese effectiveness-Daten immer Summationseffekte darstellen, die aus den als spezifisch eingestuften „schulmedizinischen“ Effekten und aus sogenannten „unspezifischen“ Effekten bestehen. Die unspezifischen Effekte werden immer wirken, sobald spezifische Methoden angewandt werden. Unklar ist allerdings zum einen das Verhältnis der spezifischen und unspezifischen Effekte und zudem die variable Abhängigkeit der spezifischen und unspezifischen Effekte von den Einstellungen, den Fähigkeiten und dem Wissen des Behandlers. Man kann sich vorstellen, dass ein Behandler aus der alternativen Szene kaum spezifische Methoden anwenden wird, aber in der Anwendung „unspezifischer“ Methoden, z.B. dem Zuhören und der Gewährung von Zuwendung über erhebliche Erfahrung verfügt, während bei einem Schulmediziner absolut gegensätzliche Einstellungen und Fähigkeiten vorliegen. Eine dritte Gruppe von Behandlern wendet Verfahren aus beiden Bereichen an.

Da es keine Daten gibt, die uns zeigen, bei welchen Patienten, unter welchen Bedingungen wie häufig Versorgungsziele von Schulmedizinern und von anderen Behandlern erreicht werden, ist es nahezu unmöglich, wissenschaftlich fundierte Entscheidungen über die gerechtfertigte Einschränkung der Wahlfreiheit im Gesundheitssystem zu treffen. Wenn Einschränkungen vorgenommen werden, ist zu bedenken, dass diese auf der Grundlage von Annahmen erfolgen und möglicherweise mehr Schaden induzieren als Nutzen stiften.

Alle Patienten wollen sich in sicheren Händen wissen, unabhängig von der Qualifikation des Arztes oder Behandlers, d.h. sie werden sich einem Arzt oder Behandler nicht anvertrauen, wenn sie sich dabei unsicher fühlen. Wer Patienten versorgt hat, weiß, dass die meisten von ihnen sehr wohl in der Lage sind, eine wenig vertrauenswürdige Arzt-Patient-Beziehung bzw. die Notwendigkeit eines Arztwechsels zu erkennen. Zusammenfassend: Das Risiko, eine Fehlentscheidung in der Gesundheitsversorgung zu treffen, ist geringer, wenn Wahlfreiheit gewährt wird.

Ausblick

Die aktuellen Entscheidungen sind im Zustand der Unsicherheit zu treffen, weil die Datenlage unbefriedigend ist. Unsere Gruppe legt im Rahmen der Versorgungsforschung kurzfristig ein konkretes Konzept zur Erhebung von Versorgungsdaten vor. Sobald die Versorgungsergebnisse unter Alltagsbedingungen vergleichend dargestellt werden, wird eine weitaus verlässlichere Datenbasis vorliegen, um entscheiden zu können, wieviel Wahlfreiheit zu gewähren ist, um eine optimale Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten anbieten zu können.

Wir Deutsche sollten uns in Erinnerung rufen, dass wir zur Perfektion neigen. Um zu vermeiden, dass sich der potentiell vorteilhafte Perfektionismus schädlich auswirkt, ist hinreichend sorgfältig und umsichtig zu prüfen, ob durch unser Vorhaben nicht gerade das Gegenteil dessen erreicht wird, was angestrebt wird. Ähnliches steht bereits in der Bibel, wurde vom griechischen Dichter Äsop in einer Fabel beschrieben und von den Römern mit dem Satz ausgedrückt „*Quidquid agis prudenter agas et respice finem*“.

Literatur beim Verfasser.

Autor

Prof. Dr. Franz Porzsolt • Institute of Clinical Economics
(ICE) e.V. • 89081 Ulm • sekretariat@ice-ev.de

Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie • Universitätsklinikum Ulm • 89070 Ulm

Herausgeber

Stiftung Privatmedizin für eine freiheitliche Beziehung
zwischen Patient und Arzt • Widenmayerstr. 9 • 80538
München • Vorstand: Stefan Tilgner, Lars Lindemann,
Dr. Rolf Koschorrek • kontakt@stiftung-privatmedizin.de