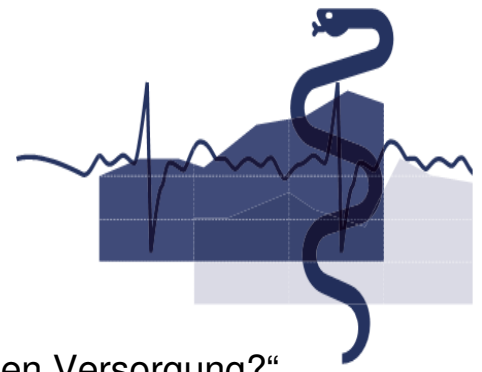


Gesundheitspolitisches Forum

Berlin, 26. November 2008



Symposium „Wer bestimmt den Nutzen der medizinischen Versorgung?“

Dass die Medizin nutzen und nicht schaden soll, ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Und doch wird immer wieder in Frage gestellt, was tatsächlich Nutzen bringend in der Medizin ist und wer die Deutungshoheit über diesen zentralen Begriff hat. Inzwischen zeigt sich, dass eine offene und auch kritische Diskussion zu diesen Fragen immer dringender gebraucht wird. Denn in der heutigen Medizin haben die Verteilungskämpfe um die knapper werdenden finanziellen Ressourcen längst begonnen. Auch die Patientinnen und Patienten nehmen wahr, dass – bestimmte – medizinische Leistungen nicht mehr selbstverständlich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden (können), weil der medizinische (Zusatz)-Nutzen in Frage gestellt wird. Umso wichtiger, zu klären: Was heißt medizinischer Nutzen? Gibt es einen kollektiven Nutzen? Inwiefern können individuelle Präferenzen in diesen Begriff einfließen und ist eine individuelle Therapiegestaltung in Zukunft überhaupt noch möglich?

Um sich diesen Fragen zu stellen, fand am 25. November 2008 in Berlin das erste Symposium des *Gesundheitspolitischen Forums* unter dem Titel „Wer bestimmt den Nutzen der medizinischen Versorgung?“ statt. Das *Gesundheitspolitische Forum*, gegründet im September 2006, hat sich zum Ziel gesetzt, durch interdisziplinäre Fragestellungen neue Sichtweisen in die gesundheitspolitische Debatte einzubringen. In einer bewusst weiter gefassten Auseinandersetzung sollen die verschiedenen philosophischen, ökonomischen, juristischen und gesundheitspolitischen Perspektiven miteinander verbunden und damit die aktuelle Diskussion neu akzentuiert werden. Zum *Gesundheitspolitischen Forum* gehören Vertreterinnen und Vertreter der Patienten, Ärzte und der nicht-ärztlichen Heilberufe sowie der Gesetzlichen Krankenversicherung. Erweitert wird der Kreis durch wirtschaftliche und juristische Expertinnen und Experten.

Von der Ökonomie zur Ethik

Im Grußwort, das Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, in Vertretung für Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, sprach, wurde schnell deutlich, dass sich die Medizin an einem kritischen Punkt befindet: Der finanzielle Rahmen wird enger, gleichzeitig steigt die Erwartungshaltung an die moderne Medizin, bestehende Strukturen werden aufgelöst, mit neuen wird experimentiert. In dieser Phase des Umbruchs geht es vor allem um den Nutzen – allerdings aus ganz verschiedenen Blickwinkeln: „Leistung in der Medizin ist weniger das, was der Arzt macht als das, was beim Patienten ankommt“, so der Präsident der Berli-

ner Ärztekammer. Daher sei es dringend nötig, die Perspektive zu erweitern, um die Versorgungsrealität, in deren Mitte der Patient steht, mit einbeziehen zu können.

Mit dem Beitrag von Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach (Frankfurt/Main) begann die interdisziplinäre Auseinandersetzung: Der Ökonom zeigte auf, dass die heutige gesundheitspolitische Verwendung des Nutzenbegriffs in der Medizin problematisch ist: „Erstens bleibt der Begriff ziemlich vage, zweitens werden Tatsachenaussagen mit normativen Wertungen vermischt und drittens bleibt der Nutzenbegriff individuell verengt. Aus der Summe individueller Nutzen wird auf einen gesellschaftlichen Gesamtnutzen geschlossen“. Auch Prof. Dr. Eckhard Nagel (Bayreuth) begann seine Ausführungen mit der Frage, ob der medizinische Nutzen überhaupt beschrieben werden könne. Dennoch gäbe es einen übergreifenden Kontext, in dem sich ärztliches Handeln darstellt – den Beziehungsaspekt: „Nur wenn dieser Aspekt ins Zentrum der Patientenbehandlung rückt, wird das Vertrauen in eine hoch spezialisierte und technisch ausgerichtete Medizin erhalten werden können“. Allerdings werde der ärztliche und pflegerische Handlungsspielraum im klinischen Alltag eingengt: „Behandlungsoptionen werden zu knappen Gütern“. Umso mehr müsse neben dem fachlichen Wissen des Arztes auch die soziale sowie die emotionale Intelligenz in der Ärzteausbildung gefördert und gefordert werden.

Verschiedene Dimensionen des Nutzens

Mit der Arzt-Patienten-Beziehung setzte sich auch Rolf Heine (Filderstadt) auseinander: „Das Fundament der Medizin ist die Beziehung von Mensch zu Mensch“. In der akuten Situation sei damit natürlich der Arzt gemeint, bei chronischen Krankheiten, funktionellen Störungen oder Behinderungen aber eher die professionelle Pflege sowie die sozialen Schnittstellen im Lebensumfeld des Patienten (Schule, berufliches Umfeld, Nachbarschaftshilfe). Deutliche Worte zur Patientenperspektive gab es von Judith Storf, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft für PatientInnenstellen: „Zwischen den aktuellen Entscheidungen der Gesundheitspolitik und den Patientenbedarfen und -bedürfnissen gibt es eine klare Diskrepanz.“ Denn der individuelle Nutzen werde überhaupt nicht berücksichtigt: „Stellt man diesen individuellen Nutzen in den Vordergrund der medizinischen Versorgung, ergibt sich daraus auch ein entscheidender kollektiver Nutzen, nämlich Kostenreduktion und Vertrauensbildung.“ Am Unterschied von kollektivem zu individuellem Nutzen setzte Prof. Dr. Gisela Fischer (Hannover) an: „Es entsteht ein Gap zwischen der wissenschaftlichen Nutzenbewertung, die den kollektiven Nutzen beschreibt, und dem Nutzen, der bei der Anwendung einer Intervention am individuellen Patienten resultiert“. In der Praxis sei das Ineinandergreifen dieser beiden Perspektiven bisher keineswegs durchgängig gelöst. Welche verschiedenen Dimensionen der individuelle Nutzen hat, schilderte Dr. Matthias Girke (Berlin): Erstens erwartet der Patient für sich einen Nutzen, bei dem es um die messbaren Befunde seines Krankheitsbildes geht. Zweitens wird in der Regel gewünscht, dass eine medizinische Maßnahme längerfristig wirksam ist und die körpereigenen Ressourcen stärkt. Drittens geht es um die seelische Dimension, die berücksichtigt werden sollte und viertens um einen Nutzen, der kontextuelle Bezüge hat, also eine Krankheit in

Relation zur individuellen Biografie stellt. Am Beispiel der Palliativmedizin zeigte Prof. Dr. Christof Müller-Busch anschließend, dass beim medizinischen Nutzen die Perspektive durchaus wechseln kann. Gerade in der Palliativsituation gehe es darum, sorgfältig abzuwägen, ob eine bestimmte medizinische Handlungsmöglichkeit dem Patienten tatsächlich nützt: „Das Sterben zulassen und den verbleibenden Tagen mehr Leben zu schenken, aber nicht dem Leben um jeden Preis mehr Tage, ist eine der Grundannahmen der Palliativversorgung“.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Um rechtliche Aspekte des Begriffs ging es bei Prof. Dr. Robert Francke (Bremen), der ausführte, dass der rechtliche Rahmen einen für alle gleichen Standard des Wirksamkeitsnachweises normiere – mit all den daraus abzuleitenden Problemen. Aber immerhin „zwingt das Gesetz zur Diskussion“. Ruth Schimmelpfeng-Schütte (Celle) wies als letzte Rednerin eindrücklich darauf hin, dass der Gesetzgeber eine Definition des medizinischen Nutzens an den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert habe, der aber nicht nach demokratischen Grundsätzen gebildet sei: „Das ist verfassungswidrig. Die 13 Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss werden weder unmittelbar noch mittelbar gewählt“. Trotzdem wurde das Gremium befugt, weitreichende Beschlüsse zu fällen, da im Gemeinsamen Bundesausschuss der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt wird.

Diskussion und Fazit

In der folgenden Diskussion wurde der rote Faden, der sich durch die Veranstaltung zog, noch einmal sehr deutlich: Der medizinische Nutzen hat sowohl eine kollektive als auch eine individuelle Dimension, in die subjektive Präferenzen einfließen. Diese Vielfalt bildet die jetzige (gesundheitspolitische) Diskussion aber überhaupt nicht ab. Stattdessen träume man von einer strengen und ausschließlichen naturwissenschaftlichen Orientierung, so Friedhelm Hengsbach. Gleichzeitig wurde kritisiert, dass die heutige Evidenz-basierte Medizin zur Nutzenbewertung inhaltlich nicht ausgeschöpft werde, weil zum Beispiel die ärztliche Erfahrung und die Patientenpräferenz nicht in das Konzept integriert werden. Dazu wurde von Matthias Girke angemerkt, dass momentan (noch) eine Methodik fehle, wie die Ärzte ihr Erfahrungswissen strukturieren können – erste Ansätze werden aber mit der so genannten Cognition-based Medicine gemacht. Auch die Versorgungsforschung orientiert sich an dem, was in der Behandlungsrealität konkret umgesetzt wird – und wirkt (oder auch nicht). Es liegt auch an den Ärzten, sich trotz des alltäglichen Zeitdrucks mit der Frage nach dem individuell erwarteten Nutzen auseinanderzusetzen: „Es ist eine professionelle Leistung, sich mit der individuellen Nutzen-Erwartung des Patienten auseinanderzusetzen“, so Gisela Fischer in ihrem abschließenden Statement.

Pressekontakt:

Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V. (DAMiD)

Natascha Hövener, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Chausseestr. 29, 10115 Berlin, Telefon 030-28 87 70 94, E-Mail hoevener@damid.de