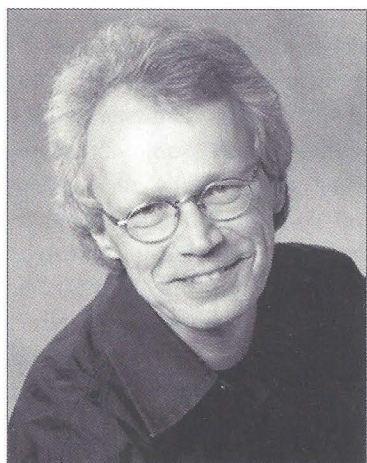


Was tragen Ärzte und Patienten dazu bei?

Nutzenbewertung von Arzneimitteln bedeutet primär, auf der Basis angemessener, hochwertiger klinischer Studien eine ausreichend verlässliche Aussage über die Nutzen- Risiko- Bilanz eines Wirkstoffs treffen zu können. Der „Nettonutzen“ eines Wirkstoffs jenseits derartiger Qualitätsnachweise ergibt sich aber erst aus der Analyse der konkreten Verschreibungspraxis. Die Ausführungen skizzieren hierzu die Rolle von Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten im realen Versorgungsgeschehen.



Professor Norbert Schmacke

Versorgungsforschung interessiert sich bekanntlich dafür, was auf der „letzten Meile“ der Behandlung tatsächlich passiert, welche Faktoren die Ergebnisse der Medizin am Ende maßgeblich beeinflussen (1). Dies ist fraglos auch für die Arzneimitteltherapie ein relevanter Forschungsansatz. Die hier gewählte Fragestellung ist nicht identisch mit der klassischen und vorrangigen Frage nach dem Nutzen von Arzneimitteln, wie sie nun dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zugeschrieben worden ist. Die Darstellung geht vielmehr von der erweiterten Perspektive aus, dass sich der „Nettonutzen“ von Arzneimitteln aus weiteren Quellen speist: aus der in der Praxis vollzogenen Auswahl aus den marktfähigen und nur teilweise nutzenbewerteten Arzneimitteln und somit in hohem Umfang durch unterschiedliches arzt- wie patientenseitiges Verhalten im Umgang mit Erwartungen an Therapie und die konkrete Gestaltung des Behandlungsgeschehens.

Die Rolle der Ärztin/des Arztes

Der Nutzen einer Arzneimittelbehandlung in der konkreten Anwendung ist nach erstem Anschein vor allem von der klinischen und pharmakologischen Kompetenz der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte abhängig. Ohne dass Ärztinnen und Ärzte einen aktuellen Überblick über die relevante Literatur zum eigenen Verordnungsspektrum verfügen ist der potenzielle Nutzen nicht auszuschöpfen. Es war die sprichwörtliche Unüberschaubarkeit der Publikationslandschaft, welche Pioniere wie Cochrane und Sackett veranlassten, sowohl systematische Übersichtsarbeiten wie eine effizientere Schulung der Ärzteschaft zu unverzichtbaren Mitteln der Qualitätssteigerung in der Medizin zu erklären. Dass gegen die evidenzbasierte Medizin fortwährend die Klage geführt wird: „Individuelle Therapien haben das Nachsehen“ (2) ist insofern allenfalls ein tragisches Missverständnis des Ansatzes der evidenzbasierten Medizin – oder eher wohl schon der Verzicht auf die dringend erforderliche Professionalisierung der Unterstützung der Ärzteschaft für angemessenes, Evidenz und Patientenpräferenzen reflektierendes Beraten und Verordnen (3). Weder „ärztliche Therapiefreiheit“ noch „Patientenpräferenz“ lassen sich ja losgelöst von der kritischen Bilanzierung des vorhandenen Wissens über Nutzen

und Risiken verschiedener Behandlungsverfahren thematisieren.

Man muss auch kritisch feststellen, dass die heute mit der Informationstechnologie zur Verfügung stehenden Methoden des Wissensmanagements nicht annähernd ausgeschöpft sind, während sich die Praktiker – verständlicherweise – über die nicht zu bewältigende Publikationsflut beklagen. Der Einsatz von Computern im Prozess des Rezeptierens und Ausliefern von Arzneimitteln könnte bekanntlich auch die Arzneimittelsicherheit deutlich verbessern. Aber auch hier ist ein fast schon fahrlässig zu nennender Zeitverzug zwischen dem Möglichen und dem Tatsächlichen zu verzeichnen (4).

Ein weiteres Thema lautet: Die inhaltliche Qualität und die pädagogische Form der heutigen Fortbildungsmaßnahmen in der Medizin sind – alles in allem – dringend reformbedürftig. Tagungen und

Die inhaltliche Qualität und die pädagogische Form der heutigen Fortbildungsmaßnahmen in der Medizin sind dringend reformbedürftig.

Kongresse sind offenkundig stark von Sponsoreinflüssen geprägt und es wird gar immer wieder infrage gestellt, ob ohne Sponsoring die notwendige

Fortbildung der Ärzteschaft überhaupt finanzierbar ist. So stellt sich die Frage, ob über Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakotherapie überhaupt mit der notwendigen Neutralität und Ausgewogenheit informiert werden kann.

Ein weiteres: Solange die Erkenntnisse der Erwachsenenbildung nicht systematischer als bisher umgesetzt werden, bleiben relevante Informationen auch nicht so haften, wie sie es sollten. Die Ärzteschaft steht zudem traditionell mit den Methoden der Biometrie auf Kriegsfuß,

wobei sich aus dieser Feststellung auch ein Vorwurf an die Forscher und Publizisten ableiten lässt: Es ist nicht sinnvoll und auch nicht nötig, Praktiker in der Fortbildung so zu behandeln wie Experten auf einer internen Fachtagung von Epidemiologen und Statistikern. Hier besteht auch eine Bringschuld der an Evidenz-basierter Gesundheitsversorgung interessierten Forschergemeinde. Die existierenden didaktischen Hilfestellungen werden aber auch nicht so genutzt, wie sie es verdient hätten (5).

Welche Informationen aus der Publikationsflut am Ende von Praktikern wahrgenommen und gedeutet werden und wie sie in Alltagsroutinen umgesetzt werden ist mithin ein zentraler Fokus der Versorgungsforschung. Ärztliche Compliance bzw. die Ursachen für Non-Response unter Ärzten sind in keiner Weise hinreichend erforscht.

Die Rolle der Patientin/des Patienten

Des weiteren hängt das Ausschöpfen der Nutzenpotenziale in der Arzneitherapie selbstverständlich auch vom Verhalten der Patientin/des Patienten ab. Nur dieses Kapitel trägt herkömmlich die Überschrift „Compliance“ und wird in leider stark verkürzter Form als Problem ausreichender oder fehlender Einsichtsfähigkeit der Patienten wahrgenommen. Der Begriff „Fehlende Folgsamkeit“ steht aber nicht nur insofern für eine verkürzte Sicht der Dinge, als das klassisch paternalistische Rollenverständnis der Ärzteschaft unzeitgemäß ist. Er verkennet viel-

mehr vor allem, dass nun gerade die erwünschte Einnahme nutzenstiftender Medikamente vor allem im Falle von langfristigen Rezepturen und bei Mehrfachverordnungen in hohem Maße davon abhängt, dass Rezeptieren als Kommunikationsprozess und nicht als Anordnung verstanden wird (6). Hierum rankt sich der gesamte Diskurs um Informed und Shared Decision Making (7). Er hat leider nach wie vor damit zu kämpfen, dass Patienten häufig unterstellt wird, sie wollten ja gar nicht mitreden.

Im Falle des Typ-1-Diabetes ist inzwischen breit akzeptiert, dass nur der Patient als sein eigener Experte im Dialog mit betreuenden Ärztinnen/Ärzten Garant für eine gute Stoffwechseleinstellung und für die Vermeidung der gefürchteten Spätkomplikationen ist. Das in Deutschland von der Berger-Schule entwickelte damit verbundene Schulungs- und Emanzipationskonzept war lange Zeit unter Diabetologen umstritten – heute wird es in internationalen Fachzeitschriften als Meilenstein auf dem Weg zu einer patientenzentrierten Medizin anerkannt (8). Ob der potenzielle Nutzen in der Arzneimittelbehandlung realisiert wird hängt mit anderen Worten stark davon ab, ob die Patientinnen und Patienten als Empfänger von Expertenbotschaften oder als Partner eines gelegentlich hoch komplizierten Aushandlungs- und Schulungsprozesses gesehen werden.

Zu einem weiteren häufigen Behandlungsansatz, der oralen Antikoagulation, liegt inzwischen ebenfalls der Beleg für

die Sinnhaftigkeit des Selbstmanagements vor – womit nicht gesagt ist, dass dies eine Blaupause für die gesamte Pharmakotherapie ist. Es zeigt sich aber, wie auch scheinbar unüberwindbare Hürden der Aufhebung des klassisch-paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses prinzipiell gemeistert werden können (9). Dabei gilt auch für den Prozess der informierten Patientenentscheidung das von Julian Tudor Hart (1971) so genannte Inverse Care Law, wonach diejenigen in der Regel am wenigsten gesundheitliche Dienstleistungen erhalten, die sie am nötigsten haben.

Es ist sicher noch ein weiter Weg, bis das Dialogprinzip im medizinischen Alltag realisiert ist, denn dazu müssen zum Teil völlig ungewohnte Kommunikationsmuster auf unterschiedlichen Verständnis- und Verständigungsniveaus eingeübt werden. Die Entwicklung derartiger Techniken und unterstützender Medien wird eines der Megathemen moderner Versorgungsforschung werden. Man braucht offenbar einen sehr langen Atem, um diese neue Kultur in der Medizin zu verankern. Einer der Pioniere von Health Services Research, Jack (John) Wennberg, antwortete in einem Interview (10) auf die Frage, ob er angesichts 30-jähriger Bemühungen um den Abbau vermeidbarer Variationen in der Versorgung und eines neuen Arzt-Patient-Verhältnisses nicht frustriert sei: „Well, I guess it depends on how long one is willing to wait. I think that these issues will eventually reemerge as mainstream“.

Prof. Norbert Schmacke,
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität
Bremen, schmacke@uni-bremen.de

Literatur (1)–(10) beim Verfasser; Die Ausführungen basieren zum Teil auf der früheren Darstellung: Schmacke N. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln aus ärztlicher Sicht. Gesundheits- und Sozialpolitik 58; 2004, Heft 5/6: 42-47