

Werden wir immer kränker? Oder: wie viel Medizin verträgt der Mensch?

Zahllose Botschaften in den Massenmedien wie auch in Fachpublikationen nähren den Eindruck, die Bevölkerung in Deutschland werde vor allem infolge der sogenannten Überalterung immer kränker. Man könnte von einem „Immer-mehr-ismus“ als neuer Medienkrankheit sprechen: Am Ende sind wir alle herzkrank, dement oder depressiv. Gleichzeitig hat sich fast schon als Gewissheit in das öffentliche Bewusstsein eingegraben, dass unser Gesundheitssystem den medizinischen Fortschritt auf Dauer nicht mehr allen Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status garantieren könne. Ohne nun damit die vorhandenen Veränderungen im Krankheitenspektrum der Bevölkerung und daraus abgeleitete ökonomische Konsequenzen auf die leichte Schulter nehmen zu wollen, seien deshalb zu Beginn dieses Textes einige gesundheitswissenschaftliche Rahmendaten genannt, ehe ausführlicher die Zweischneidigkeit des Themas „Innovationen“ diskutiert wird. Es geht um die Frage, woher wir eigentlich wissen können, dass biomedizinische und andere Neuerungen tatsächlich auch einen spürbaren Fortschritt für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Der Blick hierfür wird durch die scheinbar paradoxe Frage geschärft: „Wieviel Medizin verträgt der Mensch?“¹

Rahmendaten zur Gesundheit

Nach wie vor liefert die Lebenserwartung bei Geburt eine wichtige Orientierung beim Nachdenken über den generellen Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Wenn man sich die Grafik im letzten Gesundheitsbericht des Bundes anschaut, so wird deutlich, dass sich in dem kurzen Zeitraum von 1990 bis 2004 die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen noch einmal deutlich gesteigert hat². In diesem Zeitraum stieg die Lebenserwartung bei Frauen

¹ Dazu ausführlicher Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Kompart, Bonn 2005

² Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt. Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 14f.

um 2,81, bei Männern um 3,76 Jahre. Damit liegt die Lebenserwartung bei Geburt für Frauen heute bei knapp über 81 Jahren, bei Männern über 76 Jahren.

Wenn man die Daten etwas anders aufbereitet, so ist zu erkennen, dass die verbleibende Lebenszeit im Alter von 65 Jahren für Frauen und Männer 2004 bei etwa 19,5 bzw. etwa 16 Jahren lag³. Wer ein Gespür für geschichtliche Zusammenhänge hat, wird unschwer erkennen, dass diese auf hohem Niveau weiter steigende Lebenserwartung eine fantastische Entwicklung widerspiegelt. Es fällt recht schwer, daraus einen grundsätzlichen Pessimismus in Sachen Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung abzuleiten.

Nun zeigt die konkrete Betrachtung der einzelnen Krankheitshäufigkeiten, dass es auch Wahrheiten gibt, mit denen wir erfahrungsgemäß weniger gelassen umgehen können. Höheres durchschnittliches Lebensalter geht einher mit wachsenden Erkrankungsraten an Demenz, Schlaganfall und Krebs. Wenn man aus internationalen Statistiken übereinstimmend ablesen kann, dass bei etwa einem Fünftel der über 85-Jährigen eine Demenz diagnostiziert werden kann⁴, so weist dies ohne Frage auf wachsende Betreuungs- und Behandlungsprobleme hin. Es hat seinen guten Grund, dass in der aktuellen Debatte um die Pflegeversicherung zusätzliche Leistungen zur Betreuung von Demenzkranken immer an erster Stelle eingefordert werden. Noch verstörender mag auf den ersten Blick sein, dass eine ganze Reihe von Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit zunimmt. Diesen Trend werden wir durch noch so wirkungsvolle Präventionsstrategien nicht aufhalten können: Die Biologie ist hier ganz offenkundig mächtiger als der Einfluss sozialer Gegensteuerung.

Manche befürchten nun, dies alles führe zum Kollaps der medizinischen Versorgungssysteme und zu direkter, auch eine relevante Therapie ausschließender Rationierung in der Medizin. Der Begriff der „Kostenexplosion“ wird seit Jahrzehnten verwendet, obwohl ein dramatischer Ausgabenanstieg gemessen am Bruttosozialprodukt bisher nicht nachweisbar ist⁵. Aber trotz dieser tendenziellen Entwarnung bleibt die Frage nach dem Verhältnis von Investitionen in die medizinisch-pflegerische Versorgung und dem Ertrag für die betroffenen Kranken eine Schlüsselfrage. Selbst wenn die Ausgabendynamik auch

³ Ebendort, S. 14f.

⁴ Ebendort, S. 32f.

⁵ Ebendort, s. grundlegend hierzu Braun B, Kühn H, Reiners H. Das Märchen von der Kostenexplosion. Fischer, Frankfurt 1998.

in den kommenden Jahrzehnten prinzipiell gut beherrschbar bleiben sollte (Prophet ist natürlich niemand!), dann stellen sich gleichwohl eine Reihe wichtiger Fragen:

- Wie sehr trägt die kurative Medizin, die den größten Teil der Kosten verursacht, tatsächlich auch zur Verlängerung der Lebenserwartung bei?
- Wie sehr trägt die Medizin zur Verbesserung der Lebensqualität bei?
- Bestehen Chancen, Mittel aus übertensorgten Bereichen in unterversorgte Felder umzulenken?
- Gibt es Einsparmöglichkeiten ohne Qualitätsverluste?
- Und nicht zuletzt: Für welche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren liegen gute Daten zu Nutzen und Schaden vor – anders gewendet: Wie lässt sich der Zusatznutzen neuer Verfahren mit der notwendigen Zuverlässigkeit bestimmen?

Innovationen in der Medizin

Es ist eine erstaunlich selten gestellte Frage: Stimmt die Balance zwischen Nutzen und Schaden bei der Anwendung moderner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden? „Innovation“ kann geradezu als Zauberwort in der Debatte um den medizinischen Fortschritt gewertet werden. Dabei heißt Innovation nüchtern betrachtet nicht mehr als „neue Entwicklung, Erfindung“. Es schwingt aber etwas ganz anderes mit: „Neu“ wird von vornherein im Sinne von „besser“ und „moderner“ verstanden. Dabei kommt das Nachdenken über andere Fragen zu kurz: Sind Innovationen bedeutsam für die Patientenversorgung? Sind sie dem vorhandenen Standard tatsächlich überlegen? Und liegen Aussagen zur Nutzen-Schaden-Bilanz vor? Ausgerechnet die letzte Frage wird gern mit dem Satz „keine wirksame Therapie ohne Nebenwirkungen“ abgetan, ganz so, als gebe es ein schicksalhaft hinzunehmendes Schadenspotenzial. Die mangelnde Beschäftigung mit diesen ketzerischen Fragen ist wohl in erster Linie einer unglaublichen Ausstrahlungskraft der modernen Medizin geschuldet. Wir hören nur zu gern, dass damit alles Leid dieser Welt besiegt ist. Das enorme Urvertrauen gegenüber der Medizin beruht jedoch nicht zuletzt auch auf den tatsächlichen Fortschritten, die in zahlreichen Bereichen der Versorgung alltäglich erfahren werden.

Die Medizin hat – gemessen an den Erfahrungen voriger Generationen – in den letzten Jahrzehnten, vor allem seit Ende des 2. Welt-

tisch keine Altersgrenze selbst für komplizierte Operationen mehr gibt. Kombiniert mit technischen Errungenschaften wie z. B. dem künstlichen Hüftgelenkersatz bedeutet dies, dass auch hochbetagte Menschen nach einer Schenkelhalsfraktur eine reelle Chance haben, bald wieder auf eigenen Beinen zu stehen. Früher bedeutete dies häufig ein sich über einige Wochen hinziehendes Siechtum mit Todesfolge.

Mit der Erfindung des Penicillins und anderer Antibiotika verloren Syphilis, Tuberkulose und Lungenentzündungen ihr lebensbedrohliches Potenzial. Impfungen bieten Schutz vor einer Reihe bedeutender Infektionskrankheiten.

Wir sind es gewohnt, dass Menschen nach schweren Verkehrsunfällen rasch in ein geeignetes Unfallkrankenhaus geflogen oder gefahren werden und dort auch dramatische Mehrfachverletzungen überstehen können.

Für bestimmte Tumorerkrankungen stehen wirksame Behandlungskonzepte mit Chirurgie, Bestrahlungen und Chemotherapie zur Verfügung, die die Überlebenszeit spürbar verlängern können.

Die Schmerzbehandlung bewegt sich auf hohem Niveau und kann sehr häufig auch schlimmste Schmerzzustände eindämmen.

Mit anderen Worten: Die Medizin ist im Alltag der Menschen segensreich erfahrbar geworden. Sie kann mit Recht stolz auf ihre Leistungen sein. Dadurch kann sie aber auch immer häufiger unrealistische Erwartungen wecken und ihre Grenzen überschreiten.

Minimal-invasive Chirurgie

Technischer Fortschritt hat es ermöglicht, dass die Chirurgie heute bei einer Reihe von Eingriffen das Operationsgebiet erreicht, indem starre wie bewegliche Lichtquellen, Endoskope und Operationsinstrumente über kleine Öffnungen eingeführt werden statt das Operationsfeld großflächig freizulegen und unter direkter Sicht zu arbeiten. Diese „minimal-invasive“ Chirurgie wird vor allem von der Annahme begleitet, sie sei weniger belastend. Entsprechend ist die Zahl derartiger Eingriffe sprunghaft gestiegen. Insbesondere die Herstellung immer dün-

Ursachen für Gelenkbeschwerden zu ermitteln. Aus einem Hightech-Eingriff wurde schrittweise ein neuer Routineeingriff. Parallel nutzten die Operateure die Situation, um nicht mehr nur abgerissene Menisken zu entfernen sondern den Knieinnenraum auch ohne grobe Meniskus- oder Bandverletzungen einer gründlichen Reinigung zu unterziehen. Rauigkeiten an den Gelenkflächen werden beseitigt wie in einer Feinmechanikerwerkstatt. Die Spezialisten waren davon überzeugt, auf diese Weise vielen Menschen mit bislang ungeklärten Kniebeschwerden helfen zu können: Ein „gesäubertes“ Gelenk muss dem gesunden Menschenverstand nach weniger Schmerzen bereiten. „Plausibilitätsannahmen“ nennt man so etwas.

2002 veröffentlichten amerikanische Wissenschaftler eine Studie, bei der der Nutzen dieser minimal-invasiven „Knireinigung“ im Vergleich einem vorgetäuschten Eingriff ermittelt wurde, wobei die Patienten nach dem Zufallsprinzip der Behandlungs- oder der Scheinbehandlungsgruppe zugewiesen wurden. Letztere erfuhr lediglich einen Hautschnitt, um den operativen Eingriff zu simulieren. Zwei Jahre später konnten Untersucher, die nicht wussten, wer tatsächlich und wer nur scheinbar operiert worden war, hinsichtlich der Kniebeschwerden keinen Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen feststellen.⁶ Mit anderen Worten: Ein plausibel wirkendes Behandlungsverfahren ist in die Breitenversorgung eingeführt worden, ohne zuvor den Nachweis erbracht zu haben, dass es dem bisherigen Standard in der Behandlung überlegen ist.

Gegen diesen Studientyp, so genannte randomisiert-kontrollierte Studien (abgekürzt RCT), die möglichst „doppelblind“ erfolgen (weder der Patient noch der auswertende Forscher weiß, wer zu welcher Patientengruppe gehört) wird immer wieder eingewandt, dass sie den Alltagsbedingungen nicht entsprechen und somit die wirkliche Versorgung nicht abbilden könnten. Dieses Beispiel zeigt jedoch, wie sich der Alltag in der Medizin verändern kann, ohne dass überhaupt ein Nutzensnachweis geführt worden ist. Mehr noch: Die Kniegelenkspiegelung ist auch in der Hand des Geübten keineswegs ein völlig harmloser

⁶ Moseley JB; O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. (2002): A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. The New England Journal of Medicine 347: 81-8.

Eingriff. Auch wenn bleibende Schäden, etwa Gelenkversteifungen nach Infektionen, sehr selten sind, ist eine gewissenhafte Indikationsstellung eine absolute Notwendigkeit.

Invasive Kardiologie

Während die Chirurgen sich bemühen, immer schonender zu operieren, haben die gern als eher zögerlich beschriebenen Internisten in den letzten Jahrzehnten die Grenze zum heroischen Eingriff überschritten. Sie profitieren dabei von den modernen, hoch auflösenden bildgebenden Verfahren. Die Behandlung von Verengungen in den Herzkranzgefäßen war lange Zeit die Domäne der Herzchirurgen, die die Engstelle mit Umgehungskreisläufen überbrückten (Bypass-Operation). Seit einigen Jahren jedoch lassen sich Herzkranzgefäße mit dem Herzkatheter immer besser und genauer darstellen, und vor allem können die Verengungen gleich behandelt werden, indem sie mithilfe eines aufblasbaren Ballonkatheters an die Wand des Blutgefäßes gedrückt werden und so die Bahn für einen ungehinderten Blutfluss freigemacht wird. Nun sind zwei Dinge bemerkenswert. Zum einen werden viel zu viele Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt, obwohl unter Kardiologen Konsens ist, dass der Herzkatheter nur dann Vorteile bringt, wenn die konventionelle Beratung und Behandlung nicht ausreichend ist⁷. Zum anderen ist die Studienlage zum Einsatz der sogenannten Stents außerordentlich unbefriedigend. Konkret: wegen der relativ hohen Rate an erneuten Ablagerungen und Verschlüssen des Blutgefäßes war ein Nachbessern erforderlich, und so kam man auf die Implantation eines hauchdünnen Drahtgeflechts (Stents) an die aufgedehnte Stelle. Diese Technik ist vermutlich für bestimmte Gruppen von Patienten ein echter Fortschritt, auch wenn Langzeitdaten zu Nutzen und Sicherheit noch ausstehen.

Nun musste man jedoch die Erfahrung machen, dass auch diese Stents häufiger als erwartet erneute Gefäßverschlüsse nach sich ziehen, weshalb sie mit einer medikamentösen Beschichtung versehen wurden, die verhindern sollte, dass neue Blutgerinnsel und Gefäßverschlüsse entstehen. In der Praxis entwickelte sich bereits von Anfang an ein enormer Druck auf die Kostenträger, dass nur noch derartige – deutlich teurere – beschichtete Stents eingelegt werden dürften und es wur-

7 s. zuletzt im Überblick: Yusuf S, Natarajan M, Karthikeyan G, Taggart D. Management of stable angina. *BMJ* 2009; 339: 470-471

de diskutiert, ob es ethisch noch vertretbar sei, unbeschichtete Stents zu verwenden. In zwei großen Gesamtauswertungen aller klinischen Studien wurde dann entgegen allen Erwartungen der Kardiologen deutlich, dass die beschichteten Stents keine Vorteile im Gesamtüberleben für die Patienten bewirken sondern vielleicht sogar mit mehr Todesfällen behaftet sind⁸. Der international bekannte Kardiologie Yusuf kommentierte diese Daten als einer der ersten Skeptiker dahingehend, dass weltweit zu diesem Zeitpunkt zwar schon sechs Millionen beschichteter Stents implantiert worden seien, dass es aber trotzdem keine ausreichenden Studien gebe, welche die Überlegenheit und ein vertretbares Schadenspotenzial gezeigt hätten.⁹

Diese Situation ist exemplarisch: Zwar ist in diesem Fall das größere Schadenspotenzial (mehr Todesfälle) noch nicht mit der notwendigen methodischen Sicherheit bewiesen, aber entscheidend ist: Es wurden nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt die erforderlichen Anstrengungen unternommen, die Überlegenheit dieser beschichteten Stents durch eine gute Studie mit ausreichend langer Laufzeit zu belegen und mit der Empfehlung für den routinemäßigen Einsatz so lange zu warten, bis angemessene Ergebnisse vorliegen. Stattdessen wurden zahlreiche methodisch unzulängliche Studien aufgelegt, welche alle die einzig relevanten Fragen für die Patienten nicht beantworten konnten. Patienten könnten und müssten all dies wissen, wenn es ihnen vor dem Eingriff gesagt würde; wenn eine Kultur bestünde, über Erfolge, Grenzen und Unsicherheiten der Medizin ungeschönt zu sprechen. Patienten haben einen Anspruch darauf, derartige umfassende Informationen zu erhalten, um einschätzen zu können, ob „Innovation“ für sie bedeutet, sich einem ausreichend gesicherten Verfahren zu unterziehen oder ob Nutzen und Sicherheit in methodisch guten Studien erst noch ausreichend untersucht werden müssen.

8 Nordmann AJ, Briel M, Bucher HC. Mortality in randomized controlled trials comparing drug-eluting vs. bare metal stents in coronary artery disease: a metaanalysis. *Eur Heart J* 2006; 27: 2784-27814 sowie Lagerqvist B, James SK, Stenestrand U et al. Long-Term Outcomes with Drug-Eluting Stents versus Bare-Metal Stents in Sweden. *New Engl J Med* 2007; 356: 1009-1019

9 zitiert in *Clin Res Cardiol* 2006, Suppl 1, S. 80

Rückenschmerzen

Zur Behandlung des akuten Rückenschmerzes gehörte neben der Schmerzbekämpfung lange Zeit die Bettruhe. Schonung kann generell bis in die jüngste Zeit als ein großartiges medizinisches Ritual gelten. In einem Extremfall wie etwa dem akuten Herzinfarkt schien alles dafür zu sprechen, dass man den hochgradig verletzten Herzmuskel nicht zusätzlich durch Bewegung provozieren darf. Erst vergleichende Studien haben gezeigt, dass eine wochenlange Bettruhe nach einem Herzinfarkt nicht mit einer besseren, sondern mit einer schlechteren Prognose verbunden ist als die tendenzielle Frühmobilisierung.

Aber auch weniger dramatische Krankheitsbilder wie der Hexenschuss rufen förmlich nach sofortiger Schonung. Und die meisten Patientinnen und Patienten fügten sich wohl gern der entsprechenden ärztlichen Anordnung, die schnellere Heilung verspricht und zudem anfänglich mit einer zunächst ausgesprochen wohltuenden Entlastung verbunden ist.

Im Falle des – nicht durch akute neurologische Schädigungen komplizierten – Rückenschmerzes ist nun dieses weit verankerte Behandlungsprinzip ins Wanken geraten. Der amerikanische Versorgungsforscher Deyo spricht sogar von einem Paradigmenwechsel und fasst die heutigen Empfehlungen wie folgt in drei Sätze:

„For simple back ache: radiography, imaging, and specialist referral are unnecessary; psychosocial factors should be considered.“ (bei unkomplizierten Rückenschmerzen: Erst einmal nicht röntgen, keine Einschaltung von Spezialisten, psychosoziale Faktoren berücksichtigen)

„Bed rest is not recommended; patients are advised to stay as active as possible and continue normal daily activities.“ (Bettruhe wird nicht empfohlen, Patienten sollten ermutigt werden, so aktiv wie möglich zu bleiben und ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen)

„Patients who have not returned to ordinary activities and work by six weeks should be referred for an exercise programme.“¹⁰ (wenn sich nach sechs Wochen die Beschwerden nicht gelegt haben, ein Trainingsprogramm verschreiben).

10 Deyo RA. Acute low back pain: a new paradigm for management. BMJ 1996; 313: 1343-1344.

Das bedeutet einen Abschied von drei Ritualen:

1. bei Rückenschmerzen immer röntgen zu müssen
2. automatisch Bettruhe bzw. Schonung zu verordnen
3. automatisch in fachärztliche Betreuung zu überweisen, wenn die Beschwerden fortbestehen.

Gute Leitlinien haben diesen Erkenntnisstand in Deutschland inzwischen sehr wohl aufgenommen, die Praxis jedoch sieht noch anders aus und fördert leider die Chronifizierung von Rückenschmerzen. Auch steigt die Zahl der Bandscheibenoperationen und Wirbelsäulenversteifungen weiter an und dies führt häufig nicht zu der erwünschten Beschwerdefreiheit. Die sorgfältige Beachtung der modernen Leitlinien¹¹ könnte viel Leid ersparen.

Depressionstherapie

Ein gut gehütetes Geheimnis ist die Studienlage zur Depressionsbehandlung. Bereits 1965 publizierte der englische Medical Research Council eine Studie, in der die bis dahin als Goldstandard betrachtete Elektrokrampfbehandlung mit dem noch relativ neuen trizyklischen Antidepressivum Imipramin und einem Placebopräparat verglichen wurde. Seither gilt als sicher, dass die „weichere“ medikamentöse Therapie der bis dahin sehr breit eingesetzten Schocktherapie mindestens ebenbürtig ist. Sowohl für die elektrische wie die pharmakologische Behandlung gilt, dass die Effekte in der Regel nur wenige Wochen, hin und wieder einige Monate, extrem selten ein Jahr Bestand hatten. Die Elektrokrampfbehandlung wird heute für schwere Verläufe chronischer Depressionen erneut als wirksam beschrieben, auch wenn die Erholungsphasen nur Monaten anhalten. Die Frage, ob die Elektrokrampfbehandlung anhaltende Gedächtnisstörungen nach sich zieht, ist nicht befriedigend untersucht.

Im Falle der medikamentösen Therapie wurde die Entwicklung der selektiven Serotonin-Aufnahmehemmer als großer Fortschritt gefeiert,

11 Becker A, Chenot JF, Niebling W, Kochen MM. Leitlinie „Kreuzschmerzen“. Eine evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete 2004; 142: 716-719. Zur Patientenversion: http://www.degam.de/leitlinien/patinfo_kreuz.pdf.

vor allem, weil sie weniger Nebenwirkungen als die klassischen Trizyklika vom Typ Imipramin aufzuweisen schienen. Bis vor wenigen Jahren konnten von den Fachgesellschaften grundsätzliche Zweifel an dieser Hypothese unterdrückt werden, ob Medikamente – gleich welchen Typs – bei der Depressionsbehandlung größere Effekte zeigen als Placebos. Auch wenn es sich ungeheuerlich anhört: „Die Unterschiede zwischen den Effekten von Antidepressiva und Placebos sind erstaunlich klein. Es sind dringend weitere Studien mit aktiven Placebos nötig, welche die Nebenwirkungen der Antidepressiva so gut es geht, imitieren.“¹² Führende Vertreter der deutschen Nervenärzte kommen in einer Grundsatzstellungnahme zu diesem verstörenden Ergebnis zu der Aussage: „Die echte Effektstärke von Antidepressiva ist also im schlimmsten Fall nicht bekannt, jedenfalls aber klinisch relevant“¹³. Dieser Satz wird nicht logischer, wenn man ihn mehrfach gelesen hat.

Nun kann all dies natürlich kein Anlass sein, für die Behandlung der schweren Depressionen Nichtstun zu predigen. Man wird nicht ohne Medikamente auskommen können. Auf der anderen Seite ist es kaum zu fassen, wie das Verschreiben von Antidepressiva im Alltag immer mehr ausgeweitet worden ist, bis hinein in Bereiche reiner Befindlichkeitsstörungen und zur extremen Ausweitung der Indikationen in alle Fachbereiche der Medizin¹⁴.

Beschwerden in den Wechseljahren

Vielleicht ist der Umgang mit dem Thema „Beschwerden in den Wechseljahren“ das Beispiel schlechthin für die Medikalisierung des Lebens. Aus der Tatsache, dass Frauen bis zum Einsetzen der Wechseljahre im Vergleich zu Männern relativ selten einen Herzinfarkt erleiden und dass die Infarkthäufigkeit anschließend deutlich steigt, haben Forscher die Schlussfolgerung gezogen, dass Frauen in und nach den Wechseljahren das vom Körper nicht mehr in hohen Dosen produzierte Östro-

12 Moncrieff J, Kirsch I. (2005): Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal* 331: 155-157.

13 Fritze J, Aldenhoff J, Bergmann F, Maier W, Müller H-J. (2005): Antidepressiva: Lebensgefährliche Placebos? *Arznei-Telegramm: fahrlässiges Journal. Psychoneuro* 31: 480-484.

14 In England gab es eine öffentliche Debatte um den Nachweis von Spuren von Prozac (der meist verkaufte Vertreter der sogenannten Serotonin-Aufnahmehemmer im Trinkwasser <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3545684.stm>).

gen genau so künstlich zugeführt bekommen müssen wie Diabetiker das Insulin. Die Verbände der Frauenärzte gingen soweit zu behaupten, man könne sogar den Alterungsprozess der Frauen damit grundsätzlich aufhalten. Die langfristige bis dauerhafte Gabe von Hormonpräparaten – zum Teil über Jahrzehnte – wurde eine Routine frauenärztlichen Handelns.

Erst innerhalb des großen amerikanischen Forschungsprojekts „Women's Health Initiative“¹⁵ wurde gezeigt, dass die in vielen Beobachtungsstudien ermittelten Vorteile für Frauen durch Einnahme weiblicher Hormone in und nach der Menopause ein methodisches Artefakt darstellen, während tatsächlich eine Schadensbilanz besteht, die völlig inakzeptabel ist: Das Risiko für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Brustkrebs wird erhöht, Alterungsprozesse lassen sich nicht aufhalten¹⁶. Die Lektion der Geschichte der sogenannten Hormonersatztherapie ist im Medizinsystem immer noch nicht wirklich angekommen¹⁷: Die plausibel wirkende Annahme, Frauen seien nach Eintritt der Wechseljahre „Östrogenmangelwesen“, führte aber zu schrecklichen therapeutischen Irrtümern. Erst im September 2009 rang sich endlich die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. durch, eine interdisziplinäre Leitlinie zur „Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause“ vorzulegen, welche die bis dahin vehement zurückgewiesenen Kritikpunkte an einem übermäßigen Verschreiben von Hormonen aufgenommen hat¹⁸. Es hat anders gesagt seit der Veröffentlichung der entscheidenden WHI-Studie sieben Jahre gedauert, bis auch die zuständige Fachgesellschaft sich dem Forschungsstand gefügt hat.

Bildgebende Verfahren

Das Beispiel der Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Herzkatheter und Kontrastmittelgabe hat es schon verdeutlicht: Nichts löst vermutlich so große Faszination aus wie die modernen bildgebenden Ver-

15 www.whi.org/.

16 Im Überblick hierzu Klauber J, Mühlbauer N, Schmacke N, Zawinell A. Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellungen in der Praxis. WiDO, Bonn 2005.

17 Ebendort.

18 http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/01_PI-Neue%20S3-Leitlinie%20HT_DGGG_090907.pdf

fahren in der Diagnostik. Im Millimeterbereich lassen sich normale und auffällige Gewebestrukturen darstellen, durch Hochleistungsrechner werden dreidimensionale Darstellungen möglich. Die Beweise für das Vorliegen von Krankheiten sind zum Greifen nah. Und doch ist auch in diesem Bereich Skepsis angezeigt, ob alles, was man sieht oder zu sehen glaubt, sich dann auch in gut begründete Behandlungskonzepte ummünzen lässt. Erfahrene Kliniker haben früher davor gewarnt, aufgrund der Abbildung sogenannter Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule auf den klassischen Röntgenbildern Aussagen zur Behandlungsbedürftigkeit zu treffen. Als es dann möglich wurde, Bandscheibenvorfälle gewissermaßen punktgenau im Computertomogramm aufzuzeigen, warnten wiederum erfahrene Praktiker, keinesfalls „Befunde zu operieren“, sondern sich immer nach dem konkreten Beschwerdebild zu richten.

Nicht immer ist also belegt, dass modernere bildgebende Verfahren den Krankheitsverlauf tatsächlich günstig beeinflussen. Ein jüngstes Beispiel liefert der Einsatz der Magnetresonanztomographie (MRT, auch Kernspin genannt) zur Sicherung der Diagnose „Multiple Sklerose“. Mit dieser Methode lässt sich Nervengewebe gut darstellen, die Erwartungen waren insofern hoch. Die Auswertung aller bis dahin vorliegenden Studien zur Aussagekraft der MRT bei der Diagnostik der Multiplen Sklerose zeigte 2006, dass sich diese Krankheit damit erstaunlicherweise weder ausreichend zuverlässig feststellen noch ausschließen lässt.¹⁹ Multiple Sklerose bleibt im Kern eine klinische Diagnose. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis: Eine gute Studie, welche den Zusatznutzen der MRT in der Frühdiagnostik der Multiplen Sklerose belegt, gibt es nicht. Die MRT wird aber nun seit gut zehn Jahren bei Verdacht auf Multiple Sklerose häufig als Routinemethode eingesetzt. Wenn man dies verstehen will, so könnte man zunächst vermuten, dass ökonomische Gründe wie die Amortisierung von Geräten ausschlaggebend sind. Das könnte in der Tat eine wichtige Rolle spielen. Vielleicht ist aber mindestens ebenso wichtig, dass die zitierte wissenschaftliche Untersuchung der vorliegenden Daten zum Stellenwert der MRT „kontraintuitiv“ ist: Sie passt nicht mit der Überzeugungskraft der Bilder zusammen. Das Vertrauen in die Technik ist gewaltig: wenn ich äußerst plastisch kleine Herde im Nervengewebe sehen kann – oder wenn ich „nichts“ sehe und hoffe, dass alles „gut“ ist. Dass Tech-

19 Whiting P, Harbord R, Main C, Deeks JJ, Filippini G, Egger M, Sterne JAC. Accuracy of magnetic resonance imaging for the diagnosis of multiple sclerosis: systematic review. *British Medical Journal* 2006; 332: 875-884.

nik sich in beide Richtungen irren kann, ist angesichts der hohen Qualität der Bilder nicht mehr ohne Weiteres einsichtig.

Das Einfordern von Rezepten

Arzneimittel-Rezepte gehören so sehr zum Alltag ärztlichen Handelns, dass es fast künstlich wirkt, die hier vorhandenen Routinen grundsätzlich infrage zu stellen. Interessant wird es aber sofort, wenn man die Frage untersucht, ob es wirklich stimmt, dass Patienten immer derartige Rezepte wollen. Das vermuten nämlich viele, und Ärztinnen und Ärzte gehen häufig von dieser Annahme aus. Auch diese Frage ist wissenschaftlich untersucht worden – und mit durchaus erstaunlichen Ergebnissen. Allgemeinmediziner der Universität Göttingen haben eine Studie publiziert²⁰, in der die Patientenzufriedenheit nach erfolgter Behandlung in der Sprechstunde in Beziehung zum Ausstellen von Rezepten untersucht wurde. Richtig ist danach, dass sehr viele Patientinnen und Patienten mit der Erwartung in die Praxis kommen, sie erhielten dort gegen ihre Beschwerden ein Medikament. Die „Verweigerung“ führt aber keineswegs zwangsläufig zu geringerer Zufriedenheit, wie Himmel u. a. im direkten Vergleich ermittelten. Viele Patienten akzeptieren demnach sehr wohl, ohne Rezept die Arztpraxis zu verlassen, wenn ihnen erläutert worden ist, dass es keine Indikation zu einer gewünschten Arzneimittelbehandlung gibt. Die Beliebtheit des Rezeptes aus ärztlicher Sicht erklären die Forscher wie folgt: Rezeptieren ist ein „short cut“, eine Abkürzung der Kommunikation: „Der vorgebrachte Wunsch des Patienten ist ein willkommener Anlass für den Arzt, die Unsicherheit im Abschluss der Begegnung zu überspielen und Sicherheit anzubieten – und ein abgekürztes Verfahren anstelle einer zeitaufwändigeren Kommunikation“. Rezeptieren von Arzneimitteln ist damit ein festes Ritual ärztlichen Handelns, nicht selten ein Ersatz für etwas, das nicht stattfindet, vor allem das Beleuchten der Patientensituation für den Arztbesuch.

20 Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied if they receive a prescription? – The effect of patient expectations in general practice. *Scan J Prim Health Care* 1997; 15: 118-22.

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

Wenn man sagt, dass es keine wirksame Therapie ohne Nebenwirkungen geben kann, werden die meisten Menschen zustimmen. Wenn man sagt, dass Therapie immer den Beweis antreten muss, besser zu sein als Abwarten, werden viele Menschen sagen: das ist doch selbstverständlich. Das wäre aber nur dann der Fall, wenn wir immer ausreichende Informationen über das Schadenspotenzial durch medizinische Eingriffe hätten. Noch wichtiger ist, das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden offen zu diskutieren: das ist aber leider häufig nicht der Fall.

Nun ist in der Tat unstrittig, dass es eine nebenwirkungsfreie Medizin nicht geben kann. Aber auch in den Fällen, in denen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren als angemessen betrachtet werden können, stellt sich eine weitere Frage: Lässt sich der Umfang der Schädigung durch medizinische Maßnahmen verringern? Diese Diskussion wurde in den USA 1999 massiv entfacht, als das Institute of Medicine eine Studie mit dem Titel „To err is human“ vorlegte²¹. Ein Kernsatz aus dieser Studie lautet: „Es sterben jährlich mehr Menschen infolge von Behandlungsfehlern als durch Autounfälle, Brustkrebs oder AIDS“. Die vorgelegten Zahlen sind teils vehement bestritten worden, die Publikation hat aber maßgeblich dazu beigetragen, dass die Suche nach einer Verbesserung der Qualität in der Versorgung unter dem Motto „Fehlervermeidung“ ernsthafter als früher betrieben wird.

Qualitätssicherung lässt sich mit zwei Fragen umreißen: Werden die richtigen Dinge getan und werden die richtigen Dinge mit der gebotenen Qualität umgesetzt?²² Die laienhafte Vermutung, die Medizin wisse immer, was „richtig“ ist, stimmt keineswegs. Amerikanische Gesundheitsforscher haben schon Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts anhand von so genannten kleinräumigen Vergleichen gezeigt, dass die Häufigkeit operativer Eingriffe nicht immer den tatsächlichen Bedarf

21 To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine 1999. (<http://www4.nas.edu/news.nsf/isbn/0309068371?OpenDocument>)

22 Im Englischen: Are we doing the right things? Are we doing the right things right? Eines der Schlüsseldokumente: Donabedian, Avedis. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Q* 1972; 50: 103-153. Im Überblick zur Debatte um die Qualitätssicherung s. auch Schmacke N. Qualitätsmanagement in der Medizin. Güte fängt nicht erst beim Siegel an. *Gesundheit und Gesellschaft* 2 (Heft 11); 1999: 34-39.

widerspiegelt. Zu diesem Zeitpunkt war, so Wennberg und andere²³, im US-Staat Maine in einigen Regionen 60 Prozent aller 80-jährigen Männer die Vorsteherdrüse wegen gutartiger Vergrößerung (so genannte benigne Prostatahypertrophie) entfernt worden, in anderen Regionen nur 20 Prozent. Eine Aufklärungskampagne unter Männern über Nutzen und Schaden dieser Operation führte in relativer kurzer Zeit zu einer Senkung der Eingriffsraten um 40 Prozent. Der bisherige „Routineeingriff“ wurde so schrittweise zu einem indizierten, tatsächlich erforderlichen Eingriff. Die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens erklärt sich im Grunde von selber. Nun erscheint die Aussage „keine Therapie ohne Nebenwirkungen“ im richtigen Licht: Dieser scheinbar kleine Eingriff ist nämlich auch bei sorgfältigster Durchführung immer mit einer beträchtlichen Rate an Nebenwirkungen verbunden: am besten belegt ist offenbar die Rate an narbenbedingten Verengungen der Harnröhre, die bis zu zehn Prozent betragen kann²⁴. Auch wenn die Komplikationen nach der so genannten transurethralen Prostataresektion in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen haben, bleibt das Gebot der strikten Indikationsstellung.

Qualitätssicherung hat inzwischen einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Es erscheint gleichwohl weiter sinnvoll, nach dem Umfang nicht indizierter Eingriffe zu fragen. So heißt es im Bericht der vom Gesetzgeber eingerichteten Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2003: „In Deutschland wurden im Jahr 2003 2.483 Hysterektomien – d. h. Gebärmutterentfernungen – bei Frauen unter 35 Jahren mit gutartiger Grunderkrankung in 984 von insgesamt 1027 Krankenhäusern dokumentiert. Da zwingende Gründe für eine Hysterektomie sehr selten sind, soll nach Ansicht der Fachgruppe eine Überprüfung der Indikation in jedem Einzelfall angestrebt werden“.

Hannoveraner Sozialmediziner haben untersucht, welche Haltung Ärztinnen und Ärzte zu Behandlungsempfehlungen ihrer Fachgesellschaft im Falle eigener Betroffenheit haben. Dazu befragten sie 200 Fachärztinnen und Fachärzte zu einer Reihe von Standardsituationen in der Medizin. Die Zustimmung zu den ausdrücklich empfohlenen Behandlungsmaßnahmen lag unter 50 Prozent für folgende Therapien: Bandscheiben-OP, Bypass-Operation an den Herzkranzgefäßen,

23 Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variation in health care delivery. *Science* 1973; 182: 1102-8.

24 Rassweiler J et al. Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) – Incidence, management, and Prevention. *European Urology* 2006; 50: 969-980.

Gebärmutterentfernung bei gutartigem Myom, Entfernung der Vorsteherdrüse bei gutartiger Vergrößerung²⁵. Dies sagt noch nicht aus, wie die Befragten sich am Ende tatsächlich verhalten würden. Es drängt sich aber doch die Frage auf, ob es Situationen gibt, in denen die Ärzteschaft den Patienten Behandlungen empfiehlt, die sie für sich selber ablehnt. Es geht also um die Sorge, dass geläufige Expertenstandards über das Maß des Sinnvollen hinausgehen.

In der zweiten Frage „wird das Richtige auch richtig durchgeführt?“ gibt es ein enormes Umdenken in der Medizin. Verließ man sich früher darauf, dass Aus-, Fort- und Weiterbildung automatisch für gute Qualität im Alltag sorgen, wird heute immer häufiger die tatsächlich erreichte Qualität anhand von verlässlichen Indikatoren gemessen, um Lerneffekte zu erzielen. Seit einigen Jahren gewinnt ein neues Konzept an Gewicht, das davon ausgeht, dass das Erkennen und Besprechen von Beinahe-Fehlern ein wichtiges Instrument der Qualitätsverbesserung darstellt. Das Vorbild lieferte die Luftfahrt, die das Ziel verfolgte, die Sicherheit im Flugverkehr dadurch zu erhöhen, dass Piloten und Bordteams angehalten wurden, über gerade noch gemeisterte Probleme zu berichten, ohne dass damit Sanktionen verbunden waren²⁶. Der Ansatz firmiert allgemein unter der Überschrift „Fehlerfreundlichkeit“ in der Debatte um die Qualitätssicherung. Schweizer Anästhesisten haben dies für die Medizin nutzbar gemacht²⁷, zuletzt hat die Abteilung für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt ein ähnliches System für Hausarztpraxen entwickelt.²⁸ Auf Bundesebene wurde 2005 das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ aus der Taufe gehoben²⁹. Es ist zu hoffen, dass sich hieraus tatsächlich eine neue Kultur in der medizinischen Versorgung entwickelt.

Einer der Vorläufer für diese neue Qualitätskultur war die Krankenhaushygiene, die vor allem das Ziel verfolgt, die Zahl der im Krankenhaus erworbenen (sogenannten „nosokomialen“) Infektionen so weit möglich zu verringern. Es geht vor allem um die Infektion innerer wie

25 Schwartz FW et al. Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potenziale für die Qualitätssicherung? Die Krankenversicherung 1996; 48: 75-83.

26 Ein instruktiver Übersichtsartikel zu dem Gesamthema: Thomeczek C, Ollenschläger G. Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Bedeutung von Fehler- und „Incident-Reporting-Systems“ in Industrie und Medizin. www.springerlink.com/content/5472465156465247/fulltext.html.

27 www.cirsmmedical.org.

28 www.jeder-fehler-zahlt.de.

29 www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/.

äußerer Wunden nach operativen Eingriffen. In einem Bericht des auf Bundesebene zuständigen Robert-Koch-Instituts heißt es dazu: „Insgesamt kann von etwa 500.000 bis 800.000 Fällen nosokomialer Infektionen im Jahr in Deutschland ausgegangen werden ... Durch geeignete Maßnahmen des Qualitätsmanagements kann eine Reduktion um ca. ein Viertel ... erreicht werden.“³⁰ Dies setzt voraus, dass eine gute Statistik geführt wird und durch Verbesserung der Arbeitsabläufe und der Kommunikation tatsächlich ein Qualitätsbewusstsein im Alltag eingeübt wird.

Die Zukunft der Innovationsfrage

Der medizinische Fortschritt ist davon abhängig, dass innovative Konzepte entwickelt werden, sowohl bezüglich einzelner Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wie bezüglich der Entwicklung ganzer Behandlungskonzepte. Es ist gut zu verstehen, dass die Medizinindustrie ein Interesse daran hat, ihre Innovationen so rasch wie möglich in das Gesundheitswesen hineinzubringen. Und es ist ebenfalls verständlich, dass Patientinnen und Patienten darauf setzen, dass ihnen Neuerungen so rasch wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein konnte die Industrie ihre neuen Produkte praktisch ohne Auflagen im Gesundheitsmarkt einführen. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlte fast immer. Möglich war dies, weil die Mittel dafür vorhanden waren, dem Glaubenssatz zu folgen, wonach uns für Gesundheit nichts zu teuer sein dürfe. Diese Prosperitätsphase dürfte definitiv vorbei sein. Nachdenken über den Nutzen neuer Verfahren wird somit fortan zur Pflicht. Die oben geschilderten Beispiele haben aber gezeigt, dass dieser Trend auch deshalb sinnvoll ist, weil es eben nicht etwa nur um Kosten-, sondern ganz entscheidend um Sicherheitsfragen geht.

Mittlerweile bedienen sich alle Länder mit einem entwickelten Gesundheitssystem der kritischen Bewertung des Nutzens und Schadens neuer medizinischer Verfahren. In Deutschland sind vom Gesetzgeber der Gemeinsame Bundesausschuss und das ihn beratende Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit

30 www.rki.de/cln_011/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/nosokomiale__infektionen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/nosokomiale_infektionen.pdf.

diesen Aufgaben betraut worden³¹. Die Methodik der Bewertung der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Studien ist in hohem Maß international konsentiert. Man kann diese Entwicklung zu den positiven Seiten der Globalisierung zählen.

Wieviel Medizin verträgt der Mensch?

In ärmeren Ländern dieser Welt steht erst einmal die Frage im Vordergrund: Wieviel Medizin braucht der Mensch? Je entwickelter das Versorgungssystem wird, umso wichtiger wird der zusätzliche Blick auf die Frage, wieviel Medizin der Mensch verträgt: Über- und Fehlversorgung können ohne ausreichende Qualitätssicherung ein nicht akzeptables Gewicht erlangen. Um Aussagen über die Angemessenheit der Versorgung unter dem Aspekt der möglichst raschen Verfügbarkeit von echtem medizinischen Fortschritt treffen zu können, sind eine Reihe von Voraussetzungen zu erfüllen:

- Für die Zulassung neuer Verfahren müssen bessere Belege der Nutzen-Schaden-Bilanz verlangt werden. Es wird immer wieder von der Industrie argumentiert, der Nachweis der Sicherheit im Versorgungsalltag könne nicht dem Unternehmer abverlangt werden. Da es so ist, dass derartige Langzeitstudien bislang praktisch nicht durchgeführt werden, muss die Einsicht massiv gefördert werden, dass es sich hierbei um ein prinzipiell vermeidbares und im Grunde nicht akzeptables Risiko für die Patientinnen und Patienten handelt. Relevante Wissenslücken müssen im Sinne des Patientenschutzes geschlossen werden.
- Es ist überfällig, den Nutzen nicht-medikamentöser Verfahren für die Behandlung insbesondere chronisch Kranker in derartigen Versorgungsstudien systematisch zu untersuchen. Die Medizin ist in vielen Bereichen vermutlich unnötig arzneimittellastig. Aus diesem „vermutlich“ ein „eindeutig“ zu machen, bedarf wissenschaftlicher Belege. Für einige Situationen liegen solche interessanten Studien vor, etwa zur Behandlung älterer Patientinnen und Patienten mit Depression: Hier gibt es gute Belege dafür, dass Kurzzeit-Psychothe-

31 www.g-ba.de, www.iqwig.de. Hier finden sich fortlaufend die aktuellen Bewertungen und Beschlüsse.

rapien genau so wirksam sind wie eine Arzneimitteltherapie, ohne zwingend teurer zu sein³².

- Die Ärzteschaft, wie alle therapeutisch tätigen Berufe, müssen von Beginn an systematisch trainiert werden, gute von schlechten wissenschaftlichen Studien unterscheiden zu können³³. Und sie müssen in die Lage versetzt werden, ein professionelles Wissensmanagement für ihren Praxisalltag zu erlernen und zu realisieren. Die Zeiten der primär industriefinanzierten Fortbildungen für die Ärzteschaft müssen beendet werden.
- Es gibt einen Riesenbedarf an guten Patienteninformationen³⁴. Das beginnt damit, dass genau ermittelt wird, welche Informationen Patienten erwünschen und benötigen: eine nur scheinbar einfache Frage. Und es geht bis zu der Frage, wie Patienten mit Informationen umgehen und ob sie durch qualitativ gute Materialien in der Lage sind, ihr verbessertes Wissen bei der Klärung des Behandlungsauftrags und im Verlauf der Therapie angemessen einzubringen.
- Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat schließlich die Frage, wie es gelingen kann, das Selbstbewusstsein und den Stolz der Gesundheitsfachberufe in der heutigen Zeit höherer Qualitäts- und

32 Ward E et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal* 2000; 321: 1383-1388. Bower P. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal* 2000; 321: 1389 – 1392.

33 Es gibt weltweit eine breite Debatte um die Auswirkungen der Finanzierung klinischer Studien durch die Industrie, um wirtschaftliche Interessenkonflikte von Wissenschaftlern, um die Abhängigkeit vieler Fachzeitschriften von der Anzeigenschaltung der Industrie, um die Unterschlagung negativer Studienergebnisse. Schließlich wurde jüngst belegt, dass sich Berichte über echte Innovationen in der Medizin durch nachfolgende Forschung häufig als unbegründet optimistisch herausgestellt haben. Es wird immer deutlicher, wie nötig methodisch gute Belege der Überlegenheit neuer Verfahren in Studien mit ausreichender Laufzeit sind. Im Überblick zu dieser Problematik Etheredge LM. A Rapid-Learning Health System. What would a rapid-learning health system look like, and how might we get there? *Health Affairs* 2007, 26: w107-w118.

34 Auch hier hat der Gesetzgeber das IQWiG beauftragt, systematische Beiträge zur Verbesserung der Patienteninformationen zu wichtigen Gesundheitsthemen zu leisten. Zum aktuellen Stand s. <http://www.gesundheitsinformation.de/index.de.html>.

Wirtschaftlichkeitsanforderungen wie der Verstärkung der Patientensouveränität zu fördern: viele fühlen sich offenkundig nicht mehr ausreichend wertgeschätzt, sondern unnötig kritisiert und gegängelt. Das fast Absurde an dieser Situation ist, dass die Medizin wirklich noch nie so stolz auf das Erreichte sein konnte wie heute: Die Fortschritte der letzten Jahrzehnte sind alles in allem überragend.

Schlussbetrachtung

Es ist zumindest einen Versuch wert, die häufig aufgeregte Debatte um den medizinischen Fortschritt, genauer: um die sofortige Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren weniger emotional zu führen. Der Blick auf die eingangs genannte Kurve der Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Ländern wie Deutschland könnte ein guter Startpunkt für solche Diskussionen sein. Irgendetwas kann ja an der Theorie nicht stimmen, dass wir kontinuierlich kränker werden. Natürlich nehmen bestimmte Erkrankungen wie die Demenz mit dem Alter in einer nicht beliebig beeinflussbaren Weise zu: Es fragt sich aber, ob man dies prinzipiell kulturpessimistisch sehen will. Und zur These einer gewachsenen Innovationsfeindlichkeit im deutschen Gesundheitswesen passen diese Kurven auch nicht gut. Es bleibt im Sinne des Gebotes zuverlässiger Nutzen-Schaden-Bilanzen bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren eine fortwährende Aufgabe, stärker als bisher auch öffentlich über die Regeln nachzudenken, die eingehalten werden sollten, bevor der flächendeckende Einsatz von Innovationen ermöglicht werden kann. Neu ist nicht immer besser: das sollte gerade in der Medizin keine unmögliche Botschaft bleiben.