

Nutzenbewertung reflektiert Wertvorstellungen



von Prof. Dr. med. Franz Porzolt

Verschiedene Partner des Gesundheitssystems bewerten den Nutzen von Gesundheitsleistungen aus unterschiedlicher Sicht und mit unterschiedlichen Zielen. Beklagt wird, dass es bisher nicht gelungen ist, dafür eine allgemein akzeptierte Methode zu finden. Wir diskutieren, ob es nicht sinnvoll sein könnte, die jeweils benötigte Methode der Sichtweise und den Zielen anzupassen und bewusst unterschiedliche Methoden der Nutzenbewertung anzuwenden.

tiv empfundenen, d.h. der „gefühlten“ Sicherheit zu unterscheiden. Nur Experten sind in der Lage, Entscheidungen anhand objektiver Sicherheit zu treffen, weil diese Entscheidungen voraussetzen, dass der Entscheidungsträger die konkreten Risiken kennt, und er in der Lage ist, mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen. Laien können beides nicht. Sie kennen weder die konkreten Chancen und Risiken (Eintrittswahrscheinlichkeiten wie z.B. Heilungsraten) noch können sie mit Wahrscheinlichkeiten umgehen. Auch Experten bleibt außerhalb ihres Fachgebiets keine andere Wahl, als Entscheidungen anhand der subjektiv wahrgenommenen Sicherheit zu treffen. Diese gefühlte Sicherheit wird von der verfügbaren Information und vom Vertrauen beeinflusst.

Um ethisch vertretbare und gleichzeitig möglichst nützliche Leistungen zu erbringen, sollten Ärzte in der Lage sein, beide Aspekte der Sicherheit zu vermitteln. Natürlich ist es unethisch, subjektive Sicherheit ohne die objektive zu vermitteln. Unwirtschaftlich handelt aber, wer nur objektive Sicherheit vermittelt, ohne den

Patienten auch die subjektive Wahrnehmung der Sicherheit zu ermöglichen. Ein hohes Risiko unwirtschaftlichen Handelns wird auch eingegangen, wenn die Kosten oder vor allem die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen unzutreffend eingeschätzt werden.

Als **Wirksamkeit** bezeichnen wir jeweils einen konkreten Effekt einer Maßnahme. Das Management einer Erkrankung erfordert in der Regel die Berücksichtigung verschiedener Maßnahmen, die erwünschte und unerwünschte Effekte haben können und mit unterschiedlich validen Methoden gemessen und berichtet werden. Subjektive Sicherheit wird z.B. durch die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, durch Information und Vertrauen vermittelt. Auch diese Kriterien gehen in die Abschätzung des Nutzens ein. Dieser nicht konkret fassbare Nutzen wird im medizinischen Alltag implizit als Entscheidungskriterium bei alternativen Handlungsmöglichkeiten angewandt.

Bereits jetzt wird erkennbar, dass die Stellgröße „Nutzen“ aus der Sicht unterschiedlicher Partner des Gesundheitssystems kaum einheit-

DER KONFLIKT ZWISCHEN Medizin und Ökonomie ist ein Konflikt unterschiedlicher Standpunkte. Mediziner haben die Probleme der Patienten, Ökonomen die Probleme des Haushalts zu lösen. Mediziner gehen von der Bedrohung der Gesundheit aus und vermitteln den Patienten Sicherheit, die von diesen als Nutzen empfunden wird.

Dabei ist zwischen „objektiver“ Sicherheit, d.h. der Reduktion bestehender Risiken, und der subjek-

Fotos: Fotolia.com/A.Rodriguez

In der Nutzenbewertung muss unterschieden werden zwischen objektiver und subjektiver – gefühlter – Sicherheit.

lich zu definieren sein wird und von der Erwartung und dem Standpunkt des Betrachters abhängt. Aus der Sicht eines lebensbedrohlich Erkrankten ist auch eine wenig aussichtsreiche Maßnahme nützlich. Aus der Sicht nicht lebensbedrohlich Erkrankter kann der Nutzen dieser gleichen Maßnahme als marginal eingestuft werden. Da die Probleme, die von Ärzten, Krankenhausmanagern und Politikern zu lösen sind, nur teilweise übereinstimmen, könnten sich unterschiedliche Methoden für die Bewertung des Nutzens aus unterschiedlichen Perspektiven eignen.

Politiker entscheiden, welche Gesundheitsleistungen öffentlich finanziert werden. Zur Berechnung des Nutzens wird dazu in vielen Ländern der Gewinn an qualitätsbereinigten Lebensjahren, Quality Adjusted Life Years¹ (QALYs), berechnet. Jedem QALY wird der gleiche Wert zugemessen. Diese Methode kann für politische Entscheidungen sehr wohl geeignet sein. In der Medizin hat sie für die Erstellung von Leitlinien oder für klinische Entscheidungen keine Bedeutung erlangt, möglicherweise, weil aus Sicht der Medizin zu viele Annahmen und

methodische Verallgemeinerungen getroffen werden müssen: Um die Behandlungserfolge bei sehr unterschiedlichen Erkrankungen miteinander vergleichbar zu machen, müssen generische Instrumente zur Messung der Lebensqualität eingesetzt werden, die auf die unterschiedlichen Situationen gleichermaßen anwendbar sind. Wenn die generelle Anwendbarkeit nur auf Kosten der Sensitivität und Spezifität der Messinstrumente erreicht werden kann, wird unklar, ob diese Berechnungen tatsächlich den Aspekt des „Mehrwertes“ einer Therapie abbilden, der für Entscheidungen am Krankenbett benötigt wird. Krankheitsübergreifende Instrumente, die sich zur Indexbildung eignen – eine Voraussetzung für die Tauglichkeit im QALY-Konzept – sind zu unspezifisch und zu wenig sensitiv. Die lineare Skalierung kann ebenfalls problematisch sein, weil eine geringe Verbesserung bei erheblich eingeschränkter gLQ erheblich mehr bedeutet als eine numerisch identische Verbesserung nahe der maximal erreichbaren Lebensqualität. Fremd- und Selbstbewertungen der gLQ, die in der Praxis nicht einheitlich verwendet werden, messen unterschiedliche Konstrukte. Sie beruhen auf dem Vergleich von Erwartung und Beobachtung. Fremdbewerter nutzen für diese Vergleiche ihre eigenen Erwartungen, die sich von jenen der Betroffenen erheblich

unterscheiden können.

Es gibt aber andere ökonomische Überlegungen, durch welche die Effizienz der Gesundheitsversorgung gesteigert werden könnte. Die Anwendung des Prinzips der Opportunitätskosten würde manchem Kollegen vor Augen führen, welchen Versorgungsmöglichkeiten nicht gewährt werden können, wenn erhebliche finanzielle oder personelle Ressourcen für die Lösung eines Problems verwendet werden, das bei gleicher Versorgungsqualität auch mit erheblich weniger Ressourcen gelöst werden könnte. Das Problem dabei liegt in der Fähigkeit, tatsächlich bestehende von nur scheinbar bestehenden Unterschieden der Versorgungsqualität abgrenzen zu können.

Das Prinzip des abnehmenden Grenznutzens² besagt, dass der Nutzen konsekutiver Maßnahmen, die zur Erreichung desselben Ziels angewandt werden, systematisch abnimmt. Wenn nach einer Operation eine oder mehrere zusätzliche Therapien mit demselben Ziel durchgeführt werden, und die nachfolgenden Maßnahmen mehr Ressourcen binden als die Erstversorgung, sollte für die Entscheidungsfindung klar sein, dass der

Die Bewertung des Nutzens von Gesundheitsleistungen ist abhängig vom Ziel und Standpunkt des Betrachters. Deshalb wird es keine einheitliche Methode geben, die sich für alle Partner zur Nutzenbewertung eignet. Das QALY-Konzept mag für politische Entscheidungen angemessen sein. Weder für Leitlinien noch für den Versorgungsalltag hat sich dieses Konzept jedoch bewährt. Dort werden jeweils andere Kriterien (Validität der Daten bzw. systematisch erhobene Erfahrungen) für Entscheidungen herangezogen. In den kommenden Jahren werden sich aus unterschiedlichen Konzepten zur Nutzenbewertung die geeigneten finden lassen.

¹ QALYs werden als Produkt gewonnener (oder verllorener) Lebensjahre und gewonnener (oder verllorener) Lebensqualität berechnet, wobei Zeit und Qualität ebenso gleich gewertet werden wie Veränderungen am oberen und unteren Ende der Lebensqualitätsskala.

² Der durstlöschende Effekt eines Getränks nimmt mit jedem zusätzlich genossenen Glas ab; die Kosten sind für jedes Glas gleich.

Nutzen, der durch jede der Folgetherapien erzielt wird, deutlich abnimmt. In diesem Fall sollte überdacht werden, ob durch eine andere Verwendung der Ressourcen dem gleichen Patienten mehr genützt werden kann.

Subjektive Sicherheit wird durch die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, durch Information und Vertrauen vermittelt.

Als Ergebnis dieser Überlegungen werden verschiedene Entscheidungsträger den Nutzen von Gesundheitsleistungen jeweils an ihren eigenen Zielen orientieren und mit zielorientierten Methoden bewerten. In der Politik scheint sich dazu das QALY Konzept am besten zu eignen. Für evidenzbasierte ärztliche Empfehlungen sind drei Kriterien bedeutend: die Art des gelösten Problems, die Stärke des Effekts und die Validität der Berichterstattung³. Entscheidungen in der Praxis werden auf Erfahrungen zur Wirksamkeit und zu den Kosten getroffen. Diese Ergebnisse der Nutzenbewertung werden künftig systematisch erfasst und den Beteiligten angeboten. Durch diese zielorientierte Bewertung wird es gelingen, die erforderlichen Daten für die Entscheidungen bereitzustellen, die in den drei genannten Bereichen zu treffen sind. ■

³ Porzolt F, Ackermann M, Amelung V. Konzept zur Bewertung des intangiblen Nutzens von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement 2006; 11:353-364. Porzolt F, Ackermann M, Amelung V. The value of health care – a matter of discussion in Germany. BMC Health Services Research 2007;7:1.



Prof. Dr. med. Franz Porzolt
ist Leiter der Klinischen Ökonomik am
Universitätsklinikum Ulm.

✉ www.aerztepost.net /autoren

Das IQWiG: „Stiftung Medizintest“ oder Rationierungsbehörde?

von Kristian Niemietz

„Rationierung“ ist kein schönes Wort. Man denkt dabei an ärmliche Gestalten, die in einer langen Schlange für einen Teller Suppe anstehen, ein Rationierungsbuch oder eine Lebensmittelmarke in der Hand. Noch viel unangenehmere Assoziationen weckt der Begriff im Kontext von Gesundheitspolitik.

MAN STELLE SICH vor, es gäbe ein „Institut für die Rationierung von Gesundheitsleistungen“: Es wäre sehr bald der Bürger liebstes Hassobjekt, und der Gesundheitsminister, der es eingerichtet hätte, wäre politisch schnell erledigt. Doch da das Gesundheitsministerium über ein ausreichend großes PR-Budget verfügt, spricht man dort natürlich nicht von „Rationierung“, sondern von „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“. Daher trägt unsere Rationierungsbehörde auch nicht den oben vorgeschlagenen Namen, son-

zuständigen Bundesausschuss, das Produkt aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen herauszunehmen. Das IQWiG präsentiert sich gerne als Protagonist einer Gesundheitspolitik neuen Typus. Bislang habe die pharmazeutische Industrie Deutschland als einen Selbstbedienungsladen betrachtet. Sie habe das Land mit einer Fülle von Scheininnovationen überflutet, die zwar die Säcke der Pharmariesen gefüllt, dem Patienten aber kaum etwas genützt und den Beitragszahler Unsummen gekostet

Dirigistische Eingriffe wie Preiskontrollen und Medikamentenbudgets reduzieren mittelfristig die Qualität medizinischer Leistungen

dern sie heißt „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG).

Das IQWiG, gegründet 2004, bewertet den zusätzlichen Nutzen von neuen Medikamenten oder medizinischen Hilfs- und Heilmitteln gegenüber den bislang gebräuchlichen Produkten. Seit April letzten Jahres stellt es diesen zusätzlichen Nutzen auch explizit den zusätzlichen Kosten gegenüber. Schätzt es eine Neuerung als zu teuer ein, so empfiehlt es dem

hätten. Damit solle jetzt Schluss sein. In Zukunft würden pharmazeutische Neuzugänge erst einmal von unabhängiger und kompetenter Stelle gründlich durchleuchtet werden. Harte Fakten, nicht mehr der Druck der Pharmalobby, sollten in Zukunft den Arzneimittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung formen. Für viele Patientengruppen und medizinische Fachverbände ist das IQWiG dagegen nur dazu da, unangenehmen politischen Entscheidungen einen wissen-