

© N-Media-Images - Fotolia.com



EBM und ihre Kritiker

1. Einleitung

Im Jänner dieses Jahres hat sich eine Gruppe von Ethikern und Medizinern kritisch des Themas EBM (Evidence-based Medicine) angenommen. Dazu wurde von ihnen ein „Positionspapier“¹ erarbeitet, in welchem vor allem die Gefahren und Befürchtungen einer strikten EBM-Orientierung formuliert werden. Auch wenn es universitär veröffentlicht wurde, enthält es so gut wie keine wissenschaftliche Analyse der Fragestellung, sondern primär Meinungen und Behauptungen.

Diese bestehen vor allem darin, dass durch die „Einführung einer fast ausschließlich EBM-orientierten Priorisierung von Behandlungsweisen [...] Menschen eine sachgerechte, rechtzeitige und vollständige Behandlung nach dem umfassenden Stand des medizinischen Wissens vorenthalten wird. Eine solche Entwicklung stünde im Widerspruch zur Menschenrechtskonvention für Biomedizin“ (Schlussatz der Einleitung). Diese drohende Gefahr führt die Autoren zu der Konklusion, EBM sollte lediglich „für das Wissensmanagement und zur Wissensgeneration eingesetzt“ werden (2.4). EBM wäre demzu-

folge nur dort von wirklichem und vertretbarem Nutzen, wo es um die Genese von Wissen im Blick auf bestimmte Technologien geht, nicht jedoch im konkreten ärztlichen Einsatz vor Ort oder gar als Vorgabe durchzuführender bzw. nicht durchzuführender Behandlungen und Diagnosemethoden im Rahmen bestimmter Indikationen. Im Folgenden sollen einige kritische Überlegungen zum vorliegenden Positionspapier angestellt werden. Diese Überlegungen führen zu dem Schluss, dass es zwar sinnvoll und richtig ist, neue Entwicklungen und Technologien in diesem Rahmen kritisch und ethisch zu begleiten, die vorgelegten Folgerungen aber nicht überzeugen. Zunächst wird dabei den Argumenten des Positionspapiers nachgegangen und abschließend auf die von der Stellungnahme kritisierten Texte² eingegangen. Dabei zeigt sich, dass diese Texte sehr ausführlich, umfassend, kritisch, methodisch sorgfältig, behutsam und überlegt mit den neuen Herausforderungen umgehen.

Vorauszuschicken ist, dass hier die Perspektive des „sozialen Gesundheitssystems“ zugrunde zu legen ist und damit § 133 (2) ASVG für die gesamte Dis-



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1 Die Anwendung von Evidence-Based-Medicine (EBM) zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Österreich als ethisches Problem. Ein Positionspapier von Univ. Prof. em. Dr. Günter Virt, a.o. Prof. DDR. Hans Schelkshorn et al.
 2 Von den Autoren des Positionspapiers wird vor allem auf folgende Texte Bezug genommen: Metaleitlinie. Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz, Version 1.0 (2010); Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, Version 1.0 (2010); Methodenhandbuch für Health Technology Assessment, Version 1 (2010); Österreichische Quelleitlinie zur präoperativen Patientenevaluierung (2012).

Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

kussion von fundamentaler Relevanz ist: „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.“ Und KAKuG § 19 a (4) besagt: „Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass 1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird.“ Von vornherein ist im Blick, dass therapeutische Maßnahmen jeweils auf ihre wirtschaftliche Verträglichkeit hin zu überprüfen sind, ohne dadurch das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen zu tangieren. Notorisch strittig ist freilich die genaue Verhältnisbestimmung zwischen dem, was man als ausreichend und zweckmäßig, und jenem, was man als notwendig und wirtschaftlich betrachtet. Den verwendeten Begriffen ist ein Deutungsspielraum inhärent, der zu durchaus unterschiedlichen Konsequenzen führen kann. Dies liegt zunächst daran, dass diese Begriffe auf weitere, im Hintergrund stehende Bestimmungen bezogen sind, die ihrerseits strittig sind. Dies betrifft vor allem die konkreten Konzepte von Gesundheit, Krankheit oder Behinderung. Was man hierunter jeweils zu verstehen beabsichtigt, unterliegt mehreren Faktoren. So sind die jeweiligen diesbezüglichen Setzungen historisch bedingt und damit auch wandelbar. Sie besitzen somit einen unübersehbaren konstruktionalen Charakter.

Zudem können sie nicht rein medizinisch oder naturwissenschaftlich festgelegt werden, da stets Hintergrundannahmen einfließen müssen, die ihrerseits nicht Gegenstand dieser Disziplinen sind. Zentral betrifft dies die Frage, was überhaupt der Mensch ist. Wir haben es hier somit mit anthropologischen Grundfragen zu tun, die die weiteren, darauf aufsetzenden Bestimmungen bedingen. Je nach vorausgesetztem Menschenbild ergeben sich divergierende Folgebewertungen, an denen jedoch die anfangs genannten Begriffe (ausreichend, zweckmäßig, notwendig) partizipieren. Daraus wird ersichtlich, dass ohne Darstellung und Offenlegung der jeweils leitenden Hintergrundannahmen eine differenzierte

Diskussion und Bewertung von Folgen unzureichend ist.

Legt man z. B. die Gesundheitsdefinition der WHO zugrunde, ist leicht ersichtlich, dass diese nicht nur unrealistisch, sondern beinahe durch quasireligiöse Züge überhöht ist. Gesundheit sei demzufolge „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Im anschließenden Satz heißt es: „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens.“ Das Notwendige wäre hier zugleich das Bestmögliche. Überträgt man die Verantwortung für die Realisierung dieses „Grundrechtes“ an die Gemeinschaft, so führt der Ressourcenverbrauch zu einer Reduktion des sozialen Wohlbefindens der Mitglieder der Gemeinschaft, da ihnen die Mittel für die Selbstverwirklichung ihrer Lebensentwürfe entzogen werden. Überträgt man mit der Verantwortung auch Mittel zur Umsetzung an die Gemeinschaft, kann dies nur durch Reduktion der Autonomie der Individuen erfolgen. Auch diese Vorgehensweise kann sowohl das geistige als auch das soziale Wohlergehen reduzieren. Unter solchen Voraussetzungen wird aber klar, dass sich keine Gesellschaft ein derartiges Gesundheitssystem leisten können – und es sinnvollerweise auch nicht wollen kann.

Religiöse Anleihen wirken in der geforderten „Vollständigkeit“ nach, welche doch eher auf einen eschatologisch-endzeitlichen Zustand verweist denn auf real vorkommende Menschen in einer nun einmal so seienden Welt. Diese Idealvorstellung verstellt geradezu den Blick auf realistische Vorstellungen. Zudem würde hierdurch die gesamte menschliche Sozietät pathologisiert werden, da wohl von niemandem diese Bedingungen realisiert werden. Der Slogan „Nobody is perfect“ scheint uns zwar unmittelbar einzuleuchten, ließe sich aber auch im Sinne einer Massenpathologisierung interpretieren. Nichtperfektheit und Krankheit müssen notwendig voneinander unterschieden werden.

Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit muss in einem modern und realistisch verorteten Gesundheitssystem eigens thematisch sein. Dies umso mehr, als angesichts gegenwärtiger globaler Entwicklungen auf dem Finanz- und Wirtschaftssektor verstärkt auf Kostendämpfungen gedrängt werden muss. Kostenreduktion im Gesundheitswesen muss natürlich, und hierin ist dem Positionspapier zuzustimmen, dem primären Zweck, nämlich der Würde des Menschen und seiner Selbstbestimmung, subordiniert werden.



Dr. Andreas Klein
ist Assistenzprofessor am
Institut für Systematische
Theologie und Religions-
wissenschaft an der
Universität Wien.

Jede Rolle – Versichertengemeinschaft, Leistungserbringer und Patienten – hat eigene ökonomische Interessen.

Strittig ist allerdings, wie eine plausible Verhältnisbestimmung genau auszusehen hat. Das Positionspapier scheint dahin zu tendieren, Maximalansprüche zu erheben und damit zugleich den ärztlichen Behandlungsspielraum unter diese Maximalperspektive subsumieren zu wollen. Das Papier präsentiert sich sowohl als Anwalt von Patienten als auch von Ärzten und lehnt eine einseitige ökonomische Orientierung ab. Eine solche ist jedoch mit Rekurs auf EBM in den von den Autoren kritisierten Texten gar nicht intendiert und zu erwarten. Gleichzeitig wird jedoch mit keinem Wort erwähnt, dass hinter der Devise der Behandlungsautonomie ebenfalls ökonomische Interessen stehen können. Dieser Gesichtspunkt hat in der bisherigen Diskussion noch kaum eine Rolle gespielt. Kann denn ausgeschlossen werden, dass durch die erhobenen Forderungen nicht auch ökonomische Gesichtspunkte und Interessen eine Rolle spielen? Steht wirklich nur der Patient im Mittelpunkt? Kommt es nicht auch vor, dass Maßnahmen zum scheinbaren Wohle des Patienten – der sich noch dazu krankheitsbedingt in einer Ausnahmesituation befindet – ergriffen werden, deren Nutzen zumindest umstritten ist? Patienten sind in ihrer Ausnahmesituation häufig gerne bereit, das Empfohlene auch ohne genaue kritische Prüfung zu akzeptieren. Und wie weit ein angemessener „informed consent“ faktisch stattfindet, ist nicht immer leicht zu sagen. Hier wäre u. a. auch auf alternative Behandlungsmethoden einzugehen. Diese müssen berücksichtigt werden, wenn von den Autoren eingefordert wird, dass die Wirksamkeit einer Behandlung auch dann vorliegen kann, wenn sie nicht durch wissenschaftliche Nachweise belegt ist, sondern durch ein ärztliches „Erfahrungswissen“. Damit kommen wir bereits zu den wissenschaftstheoretischen Überlegungen.

2. Wissenschaftstheoretische Überlegungen

Das Positionspapier setzt an verschiedenen Ebenen an, darunter auch an wissenschaftstheoretischen Fragestellungen (2.1). Hier gibt es im Prinzipiellen wahrscheinlich recht wenig Dissens. Dies ändert sich, wenn man auf die Konsequenzen blickt. Dass Wissenschaften generell und Naturwissenschaften im Besonderen immer nur mit Abstraktionen operieren und diese auch nur begrenzt Einsicht in „die Wirklichkeit“ generieren können, ist Common Sense. Ebenso ist evident, dass auch hier stets ökonomische Interessen mitlaufen. Das ist aber nicht nur ein Pro-

blem der Wissenschaften, sondern jeglicher Praxis und jeglicher „Kunst“, als welche auch das ärztliche Handeln im Papier charakterisiert wird (mit Rekurs auf Aristoteles). Es sollte jedoch betont werden, dass Wissenschaften – und davon sind auch Ethik und Theologie nicht ausgenommen – zwar stets nur selektiv, perspektivisch und segmentierend auf Wirklichkeit zugehen können, dass sie aber gleichwohl auf die Wirklichkeit im Ganzen als Ideal abzielen. Das Ziel der Wissenserweiterung macht prinzipiell vor keinen epistemischen Grenzen halt.

Von den Autoren werden jedoch die „ökonomisch bedingten Ausblendungen möglicherweise relevanter Phänomene und Wirklichkeitsbereiche“ (2.1) beklagt, ohne dass dies eigens ausgewiesen wird. Kehrtwendend wird aber darauf insistiert, dass „ein beachtlicher Teil ärztlicher Therapien [...] nach wie vor auf allgemein bewährtem und individuell vom einzelnen Arzt und der Ärztegemeinschaft durch langjährige Praxis erworbenem Erfahrungswissen“ basiert (2.1.). Diese könnten möglicherweise – zumindest teilweise – in Zukunft dem Rotstift zum Opfer fallen, wenn primär an EBM ausgerichtet wird. Zwar könnte es sein, worauf auch die Autoren hinweisen, dass manche Praktiken schon aus prinzipiellen Gründen nicht erschöpfend durch EBM eingefangen werden können. Daraus lässt sich aber schwerlich ein grundsätzliches Argument ableiten. Es lässt sich gar nicht einsehen, warum diese Praktiken, sofern sie tatsächlich ein entsprechendes „Erfahrungswissen“ darstellen, durch eine stärkere EBM-Inkludierung ausgehebelt werden sollten, warum EBM diese gut beglaubigten Praktiken nicht im Gegenteil selbst ausweisen können sollte – sofern nicht prinzipielle Einschränkungen vorliegen. Es geht in den vorliegenden Texten nämlich gar nicht primär um Eliminierung, sondern um Qualitätssicherung bzw. -steigerung, Transparenz, Patientenzufriedenheit und -sicherheit, Effizienz usw.

Man operiert hier mit Undeutlichkeit und Vagheit. Wenn es ein gut fundiertes („allgemein bewährtes“) Erfahrungswissen gibt, warum sollen sich diese Fundamente nicht auch hinreichend angeben und validieren lassen? Die Autoren verweisen dabei auf die „Appendektomie“, die „nie mit den Methoden der EBM untersucht und priorisiert“ wurde. Aber dieses Beispiel ist mehrfach unplausibel: Einerseits lässt



sich die prinzipielle Tauglichkeit dieser Intervention ohne Umschweife empirisch dartun. Andererseits gibt es aber auch Fälle, in denen z. B. in der Vergangenheit ohne ersichtlichen Grund regional erheblich mehr Appendektomien vorgenommen wurden als nötig.³ Steht hier im ärztlichen Erfahrungswissen stets der Patient im Mittelpunkt? Meinen die Autoren unter denjenigen Maßnahmen, die einen „beachtlichen Teil“ der ärztlichen Therapien ausmachen sollen, Eingriffe dieser Art? Wahrscheinlich ist an sehr viel weitere Interventionsmöglichkeiten gedacht, die keinen oder keinen hinreichenden EBM-Status aufweisen, aber dennoch fundamentales „Erfahrungswissen“ darstellen sollen.

Dies würde nun zu der Frage führen, was hier genau unter „Wissen“, „Erfahrung“ und „Erfahrungswissen“ verstanden werden soll. Unter „Wissen“ versteht man seit der Antike so etwas wie wahre, gerechtfertigte Behauptung oder Meinung. Eigentlich wissen wir aber nie, ob Wissen vorliegt – denn unsere Theorien können sich prinzipiell immer ändern. Darum spricht man in der Wissenschaft prinzipiell von „Hypothesen“ und von „Arbeitshypothesen“ (Popper). Eine Arbeitshypothese (oder bewährte Theorie) ist eine solche, die bislang nicht falsifiziert wurde – und somit vorläufig weiter genutzt werden kann. Es ist aber noch kein Wissen im strengen Sinn. Umgekehrt ist der Begriff „Erfahrungswissen“ insofern undeutlich, als Wissen meistens auf Erfahrung zurückgeht, Wissen also meistens auch (wenn auch nicht ausschließlich) mit Erfahrung zu tun hat. Auch EBM geht – was auch sonst? – auf Erfahrung zurück und ist somit „Erfahrungswissen“. Hier eine kategoriale Kluft orten zu wollen, ist unplausibel. Darum lässt sich auch das zitierte ärztliche Erfahrungswissen prinzipiell empirisch eingliedern, denn immerhin sollte es doch auf wissenschaftlichen Beinen stehen (vgl. ÄrzteG § 2 Abs. 2). Analog gilt dies auch für die behauptete Wirkung bestimmter ärztlicher Interventionsmöglichkeiten. Jedenfalls wird man dem Pars-pro-Toto-Schluss nicht automatisch zustimmen können, dass aus der prinzipiellen Möglichkeit der Wirksamkeit von Nicht-EBM-Behandlungen der Normalfall und insbesondere ein kausaler Zusammenhang abgeleitet wird. Mit der prinzipiellen Möglichkeit wird auch in den neuen Zusammenhängen der zitierten Textgrundlagen durchaus gerechnet. Die Wirksamkeit von Placebo-Medikamenten ist (auch) bewiesen.

Wenn jemand gezielt und systematisch dokumentiert und auswertet, so ist die auf diese Weise gewonnene „Erfahrung“ jedenfalls zu beachten (das kann schon die Qualität einer NIS erreichen und wäre dann zu registrieren!). erinnerte individuelle Anekdoten kön-



nen dies freilich nicht in wünschenswerter und erforderlicher Weise. Zudem ist zu bewerten, ob die jeweiligen Erfahrungen auf Basis der Fallzahlen und der Zeiträume überhaupt gewonnen werden können. Als Beispiel soll die Evidenz der Behandlung akuter Appendizitis diskutiert werden. Eine akute Appendizitis geht unbehandelt (früher insbesondere im Kindesalter) mit einer hohen Letalität einher. Selbst in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts war die Mortalität trotz Operation noch hoch (etwa sieben Todesfälle auf 1.000 Erkrankungsfälle; siehe Pledger, H. G./Buchan, R.: Deaths in children with acute appendicitis, Br Med J. 1969/4, 466–470). Der Tod trat dabei überwiegend in den ersten beiden Tagen nach Diagnosestellung/Operation ein. Ohne Operation ist von einer deutlich höheren Mortalität auszugehen. Unter diesen Voraussetzungen ist die systematische Analyse und Beobachtung auch in einem einzelnen Krankenhaus innerhalb von wenigen Jahren in der Lage, Fallzahlen für eine Beurteilung der Verbesserung der Prognose durch eine Operation zu belegen. Randomisierte Studien sind dafür nicht erforderlich und zulässig; eine Verblindung wäre überhaupt nicht möglich.

Als zweites Beispiel soll die Behandlung von Patienten nach Herzinfarkt mit einem cholesterinsenkenden Medikament untersucht werden. Die Daten werden aus der „4S“-Studie entnommen (Lancet: Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study [4S], 1994 Nov 19; 344 (8934), 1383–1389). Die Auswertung wird mittels der „Vier-Felder-Tafel“⁴ vorgenommen. 2.221 Patienten wurden mit einem Verum behandelt, 2.223 bekamen ein Placebo. Von den Behandelten waren nach fünf Jahren 182 verstorben, in der Placebogruppe gab es 256 Todesfälle. Der Nachweis der

Erfahrungswissen kann durch sorgfältige Dokumentation einer ausreichenden Fallzahl gewonnen werden.

3 Wennberg, John E.: Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care, Oxford 2010.

4 http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72443 &p_tabid=5



© chagin - Fotolia.com

Wirksamkeit steht damit außer Zweifel. Individuelle ärztliche Erfahrung ist allerdings nicht in der Lage, diesen Umstand zu erkennen. Die „number needed to treat“ (NNT) von 30,1 besagt, dass 30 Patienten fünf Jahre lang behandelt werden müssen, damit bei einem Patienten ein Unterschied erkennbar wird.

Wie sind nun diese Ergebnisse zu interpretieren?

Die farbige Visualisierung des Ergebnisses zeigt den Vergleich Placebo gegen Verum bezogen auf 100 Personen. Nur für 3 (in Orange) ergibt sich ein Unterschied, 89 (in Grün) sind jedenfalls am Leben und 8 (in Schwarz) auch trotz Behandlung verstorben. Eine Prognose für eine konkrete Person ist natürlich nicht möglich!

Nur durch die Beobachtung von Patienten unter Alltagsbedingungen ist diese Risikoreduktion von 29 % (!) eigentlich nicht erkennbar. Dies liegt vor allem an der langen zeitlichen Distanz zwischen Entscheidung und Auswirkung. Auch die mit 11,5 % geringe „control Event rate“ trägt zu dieser Schwierigkeit bei, da dadurch die relative Risikoreduktion von 29 % absolut nur 3 % beträgt.

Die folgende Schlussfolgerung kann daraus gezogen werden:

- Erfahrung bleibt eine Notwendigkeit bei der Krankenbehandlung
- Erfahrung kann Wirksamkeit erkennen bei
 - hohem absolutem Risiko
 - kurzem Zeitraum zwischen Entscheidung und Auswirkung
 - ausreichender Häufigkeit des Gesundheitsproblems

Dies belegt, dass jedenfalls dort, wo dies möglich ist, die besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Kriterien und Qualitätsstandards zur Anwendung kommen sollten.

Die Autoren möchten aber einen „kategorialen Unterschied“ zwischen „wissenschaftlicher Evidenz und sachlich begründeter Behandlungsweise“ konstatieren. Worin soll aber dieser kategoriale Unterschied bestehen? Droht hier nicht geradezu ein Wildwuchs von Methoden, die sich immer auf diese Unterscheidungen zurückziehen könnten? „Sachgerecht“ und „wissenschaftliche Evidenz“ können nicht derart kategorial kontrastiert werden. Jedenfalls müsste dann eigens gezeigt werden, worin die Sachlichkeit im Gegenüber zur wissenschaftlichen Evidenz zu suchen ist. Offenbar müsste man an dieser Stelle noch weiter über den Begriff der „Sachlichkeit“ – und, für die Autoren damit verbunden, über die „sinnvollste Behandlungsstrategie“ – nachdenken.

Spricht man von der „Wirksamkeit“ einer Methode, dann müsste diese *prinzipiell* auch entsprechend ausgewiesen werden können. Denn für Wirkungen machen wir gewöhnlich bestimmte Ursachen verantwortlich, und diese wären prinzipiell jedenfalls benennbar, reproduzierbar und dadurch nachvollziehbar (auch wenn dies im Moment noch nicht hinreichend möglich ist). Andernfalls droht eine Form der Selbstimmunisierung und Selbstreferentialität, die sich gar nicht auf andere Überprüfungsstrategien einzulassen braucht. Es trifft darum auch nicht zu, dass EBM die Gefahr einer Medizin als „Kochbuchwissenschaft“ (2.1) heraufbeschwört. Dies wird zwar oft behauptet, es sollten aber die Definitionen und Quellen auch angeführt werden:

„Evidence-based medicine (EBM) or evidence-based practice (EBP) aims to apply the best available evidence gained from the scientific method to clinical decision making. It seeks to assess the strength of evidence of the risks and benefits of treatments (including lack of treatment) and diagnostic tests. Evidence quality can be assessed based on the source type (from meta-analyses and systematic reviews of double-blind, placebo-controlled clinical trials at the top end, down to conventional wisdom at the bottom), as well as other factors including statistical validity, clinical relevance, currency, and peer-review acceptance.

EBM/EBP recognizes that many aspects of health care depend on individual factors such as quality- and value-of-life judgments, which are only partially subject to scientific methods. EBP, however, seeks to clarify those parts of medical practice that are in principle subject to scientific methods and to apply these methods to ensure the best prediction of outcomes in medical treatment, even as debate continues about which outcomes are desirable.“⁵

5 Entnommen aus http://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine, 13.2.2012.

Die deutsche Fassung einer Grundlagenarbeit zu EBM aus dem Jahr 1996 ist im Internet abrufbar.⁶ Es muss hinzugefügt werden, dass auch die Ärztekammern (zusammen mit einigen anderen zentralen Stakeholdern) für die „Metaleitlinien“ verantwortlich zeichnen und darum von vornherein in die neuen Entwicklungen eingebunden sind.

Als äußerst problematisch muss die von den Autoren formulierte Aufgabe der Ärzte betrachtet werden, wonach diese im Zusammenwirken mit dem Patienten dessen „Gesamtumfeld mit seiner biografischen, sozialen, psychischen und spirituellen Dimension zu erfassen“ haben (2.1). EBM leiste – so die Autoren – diese Aufgabe nicht. Aber Ärzte leisten diese Aufgabe auch nicht! Es lässt sich kaum vorstellen, dass alle Ärzte diese Aufgabe als Selbstbeschreibung oder Selbstbeauftragung akzeptieren würden (vgl. ÄrzteG § 2 Abs. 2). Denn weder werden sie in dieser umfassenden Perspektive ausgebildet, noch kann dies sinnvollerweise von ihnen erwartet oder gefordert werden.

Inwiefern sind Ärzte/Ärztinnen etwa in spirituellen Fragen geschult? Hier kommen neuerlich Maximalansprüche, wie sie auch in der WHO-Definition zum Tragen kommen, zur Geltung, die ihrerseits wieder quasireligiöse Versatzstücke darstellen. Diese würde zu einer Überforderung des Arztes und zu einer ungerechtfertigten Überfrachtung des ärztlichen Berufs führen, wodurch gewissermaßen eine Alleinständigkeit resultiert. Würden Ärzte/Ärztinnen in dieser Perspektive eigens ausgebildete Seelsorger ersetzen? Wie sollen sich dann Ärzte/Ärztinnen selbst verstehen, die sich als „spirituell unmusikalisch“, atheistisch oder agnostisch betrachten? Das kann keine sinnvolle und überzeugende Aufgabenbeschreibung sein. Wer selbst einmal Patient war, wird sich kaum daran erinnern können, dass eine derlei umfassende Aufgabe von Ärzten angezielt wurde.

Ein Blick in aktuelle Studienpläne sollte hier zu einer realistischeren Perspektive verhelfen. Es ist bislang schon schwierig genug, ausreichend ethische Fragestellungen entsprechend zentral in die medizinische Ausbildung einzubinden.

3. Ethik

Das Positionspapier geht sodann auf ethische Grundüberlegungen ein (2.2). Hier wird zunächst einer kantischen Ethik gegenüber einer utilitaristischen der Vorzug erteilt. Allerdings wird nicht erläutert, warum eine utilitaristische Ethik, die vor allem im angloamerikanischen Raum ein breites Standing besitzt, zurückgewiesen wird. Utilitaristische Ethiken sind meist besser als ihr Ruf. Denn ihnen geht es nicht nur um das „größtmögliche Glück für die größ-

Evidence-based Medicine fordert eine Behandlung entsprechend dem besten verfügbarem und passendem Wissen.

te Zahl an Individuen“, sondern auch um die Perspektive der Leidvermeidung oder Leidreduzierung (schon bei John Stuart Mill). Selbstverständlich haben auch utilitaristische Konzepte mit Problemen zu kämpfen. Aber auch der Rekurs auf Kant sollte zurückhaltender und differenzierter angegangen werden, als dies im vorliegenden Papier der Fall ist. Mit Kant werden wir daran festzuhalten haben, dass wir uns an der Würde des Menschen und damit an seiner Selbstzwecklichkeit orientieren müssen. Jedes Wesen, so Kant, das sich das Gesetz seines Handelns (Sittengesetz, kategorischer Imperativ) selbst gibt und geben muss, ist dadurch Zweck an sich selbst (Grundlage zur Metaphysik der Sitten, 428 f. u. ö.). Insofern darf der Mensch niemals nur als Mittel zum Zweck, sondern als Zweck an sich selbst betrachtet werden (GMS, 429). Jegliches Wesen, das Zweck an sich selbst ist, hat einen „unendlichen Wert“ und damit „Würde“ (GMS, 434 ff., 439, 345 u. ö.). Kant wurde damit zu einer Wurzel des modernen Menschenrechtsgedankens.

Vorsichtig sollte man mit dem Rekurs auf Kant allerdings aus mehreren Gründen sein. Denn was diese grundsätzliche Bestimmung des Menschen nun genau in der Konsequenz heißt, ist nicht umstandslos klar. Kant selbst formuliert einige Beispiele, an denen der Grundgedanke illustriert werden soll. Allerdings ist die Plausibilität dieser Illustrationen bis heute strittig.

Ein anderes Beispiel ist jedoch aufschlussreich: Kant wäre im Bedarfsfall bereit, seinen besten Freund gegenüber mordenden Schächern zu verraten, weil für ihn das Wahrheit-Sagen oberste Priorität besitzt und keine Verletzung duldet (Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen, 1797). Die Wahrheit müsse unter allen Umständen gesagt werden, weil nach seiner Ansicht andernfalls das gesamte gesellschaftliche Gefüge zusammenbrechen würde, da dieses auf Wahrhaftigkeit basiere. Auch wenn der Freund schlussendlich von den Schächern ums Leben gebracht wird, sieht Kant dadurch für die Handlung des Wahrheit-Sagens kein Problem auftauchen. Kant rechtfertigt sich damit, dass das schlussendliche Ermorden des Freundes durch die Schächer ein Fall von „Zufall“ sei und damit nicht vom Handelnden (Kant) direkt intendiert ist. Dieser Winkelzug ist jedoch naiv und blauäugig. Denn dass sein Freund mit größter Wahrscheinlichkeit sein Leben verwirken wird, da

⁶ <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/wasistebm>

**Die Wirklichkeit ist von
widerstreitenden Grund-
sätzen geprägt.**

wird man schwerlich von Zufall und selbst dabei in Redlichkeit schwelgen können. Ein zentrales Problem besteht darin, dass Kant seinen eigenen Grundsatz der Selbstzwecklichkeit missachtet, weil er das Leben dieses Menschen (des Freundes) dem Zweck der Wahrheit aufopfert; damit wird aber der Freund Mittel zum Zweck. Nicht nur aus diesem Grund haben sich neuere Ethikkonzepte – gegen Kant – darauf konzentriert, insbesondere die *Folgen* einer Handlung ins Zentrum zu stellen (Verantwortungsethik, Utilitarismus usw.).

Bei diesem Fallbeispiel hätte jedoch gerade der gescholtene Utilitarismus anders optiert und die Lüge in Kauf genommen, um den Freund zu schonen. Und das war auch und gerade diejenige Vorgehensweise, die etlichen jüdischen KZ-Flüchtlingen im Dritten Reich das Leben rettete, weil Bürger sie bei sich zu Hause versteckten und das Versteck nicht preisgaben. Kant war zudem der Überzeugung, dass Tiere durchaus als Mittel zum Zweck betrachtet und verwendet werden können. Und auch das hat der Utilitarismus stets anders gesehen, weil es dort auch um Leidminimierung geht und Tiere nun einmal empfindungs- und leidensfähig (jedenfalls schmerzfähig) sind. Sodann hatte Kant auch wenig Probleme mit der Todesstrafe, die er selbst als „den besten Ausgleich vor der öffentlichen Gerechtigkeit“ und als „kategorischen Imperativ der Strafgerechtigkeit“ bezeichnet (GMS, A 333 ff.). Entsprechend müssten auch die auf einer Insel inhaftierten Mörder, wenn sich die Inselbevölkerung auflösen beschließt, noch rasch hingerichtet werden. Die Ablehnung der Todesstrafe quittiert Kant als „teilnehmende Empfindelheit einer affektierten Humanität“ (GMS, A 334 f.).

Angesichts dieser Überlegungen sind die „positiven“ Folgerungen, die das Positionspapier zieht, kritisch zu prüfen: Es können „keine Regelungen normative Gültigkeit beanspruchen [...], die nicht von allen Betroffenen als Ausdruck eines allgemeinen Interesses akzeptiert werden können“. Diese ebenfalls mit Maximalforderungen verknüpfte Auskunft kann durchaus recht unterschiedlich verstanden werden. Zunächst ist es einmal selbstverständlich, dass immer wieder Regelungen getroffen werden müssen, die nicht von allen Betroffenen als Ausdruck eines allgemeinen Interesses akzeptiert werden. Müsste etwa eine einzige Nein-Stimme eines Betroffenen zur Zurückweisung der geplanten Regelung führen oder sollte man diesem Menschen aufzeigen, dass er sich im Blick auf das „allgemeine Interesse“ irrt? Wie lässt sich überhaupt dieses

„allgemeine Interesse“ eruieren? Umgekehrt könnte es ein allgemeines Interesse geben, das dennoch ethisch nicht vertretbar sein könnte (Kant spricht davon, ob wir das, was wir *wollen*, auch wollen *sollen*). Es könnte z. B. durchaus ein allgemeines Interesse sein, z. B. die Eizellspende in Österreich zu legalisieren. Ähnliche Fragen ergeben sich etwa auch im Rahmen der Euthanasie. Es war bereits schwierig, Patientenverfügungen in Österreich zuzulassen. Hier geht es also um das Problem des Verhältnisses von Individual- und Kollektivrechten. Und es müsste stets eigens erörtert werden, welche gesellschaftlichen Regulierungen wirklich die Personwürde untergraben und welche nicht. Die Berufung auf Menschenwürde darf jedenfalls nicht zu einem Totschlagargument gegen Neuerungen degradiert werden. In unserem Kontext ist nicht zu sehen, warum EBM *per se* die Würde des Menschen unterlaufen sollte.

Darum ist es auch voreilig und suggestiv, den Gedanken der Personenwürde in die Frage zu kleiden: „Kann ich auch einem Reglement an Therapiemaßnahmen zustimmen, wenn ich möglicherweise zu jener Risikogruppe gehöre, die von diesem Reglement aus Kostengründen ausgeschlossen wird?“ (2.2.1) Es kann aber gar nicht vorab gesagt werden, wie die Antwort an dieser Stelle ausfällt. Warum sollte der Einzelne nicht auch ein derart gemeinschaftliches Interesse an Einsparungen vertreten können, auch wenn dies mit Nachteilen für seine eigene Person verbunden ist? Umgekehrt könnte diese Suggestivfrage auch darauf hinauslaufen, sämtliche Gemeinschaftsgüter dem eigenen Egoismus unterzuordnen. Und schließlich geht es bei der Implementierung von EBM überhaupt nicht um einen Ausschluss, sondern um Ziele wie Patientenzufriedenheit und -sicherheit, Qualitätsstandards und Qualitätssteigerung, Transparenz und einen sinnvollen und Kosten schonenden Umgang mit Ressourcen und Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Zudem ist auch zu fragen, ob nicht das grundlegende Prinzip dem Patienten nicht zu Schadens (*nihil nocere*), durch maximale Forderungen verletzt wird, da auch Diagnosen und Therapien zunächst einmal ein gewisses Schadenspotential mit sich bringen, das möglicherweise gar nicht realisiert werden müsste. Maximalforderungen können auch ins Gegenteil umschlagen, selbst wenn dadurch der geforderten ärztlichen Autonomie bei Behandlungsentscheidungen entsprochen wird.

Abschließend hierzu ist schwer einzusehen, warum EBM mit Art. 3 der Menschenrechtskonvention für

Ein zentrales Problem besteht darin, dass Kant seinen eigenen Grundsatz der Selbstzwecklichkeit missachtet, weil er das Leben dieses Menschen (des Freundes) dem Zweck der Wahrheit aufopfert; damit wird aber der Freund Mittel zum Zweck.

Biomedizin (MRB) konfliktieren sollte (2.2.1). Dieser lautet: „Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung: Die Vertragsparteien ergreifen unter Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse und der verfügbaren Mittel geeignete Maßnahmen, um in ihrem Zuständigkeitsbereich gleichen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität zu schaffen.“ Nicht nur, dass das Zitat in der vorliegenden Studie selektiv wiedergegeben wird – denn dort wird sehr wohl auf die „verfügbaren Mittel“ Bezug genommen –, sondern auch das Wort „angemessen“ verweist auf einen Handlungs- und Entscheidungsspielraum. Der „gleiche Zugang“ im Sinne einer Kostentragung im sozialen Gesundheitssystem wird durch EBM nicht in Frage gestellt, aber vereinheitlicht. Man kann EBM jedenfalls nicht nachsagen, dass dort eine „strikte Patientenorientierung aufgegeben wird“. Ebenso unzutreffend ist, dass durch EBM automatisch eine „Aushöhlung der Verantwortlichkeit“ der Behandelnden (2.2.2), ihre „Entmündigung“ (2.2.3) folgt und diese als „moralische Subjekte negiert werden“. Wer dies unterstellt, zieht an den eigentlichen Beweggründen vorbei.

4. Qualitätssteigerung: Zielperspektiven

Es muss noch darauf hingewiesen werden, dass Health Technology Assessment (HTA) und EBM ethischen Gesichtspunkten explizit einen zentralen Stellenwert einräumt und in dieser Weise auch begleitet wird.⁷ Die Würde des Menschen, seine Autonomie und Selbstbestimmung stehen im Mittelpunkt. Die vier von Beauchamp und Childress⁸ zusammengestellten und erörterten ethischen Kriterien stellen einen konstitutiven Bestandteil dar.⁹ Die diesbezüglichen ethischen Erörterungen gehen äußerst umsichtig und differenziert vor und integrieren zahlreiche Aspekte – auch und gerade von Beteiligten.

Es ist also keineswegs so, dass EBM lediglich ökonomisch aufgestellt ist und durch pharmaindustrielle Interessen gelenkt wird. Die Leitliniengruppe, die für die bereits erwähnte „Metaleitlinie“ verantwortlich zeichnete, besteht aus Ärztekammern, ARGE Selbsthilfe Österreich, Patientenanwaltschaft, ÖGKV, dem Bundesverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen, dem Österreichischen Berufsverband für Psychotherapie und einigen anderen mehr. Man



© Aaron Amat - Fotolia.com

wird schwerlich behaupten wollen, dass es diesen Gruppen nicht zentral um das Wohl von Patienten geht oder Gesundheitsdienstleister zu Befehlsempfängern degradiert werden sollen. Die Metaleitlinien sollen regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Die Ziele der Vereinheitlichung von Qualitätsstandards und die Qualitätssteigerung, Transparenz, Patientenzufriedenheit und -sicherheit müssen sehr wohl begrüßt werden. Diese Initiativen sind keine starren Gebilde und erlauben begründete Abweichungen von Handlungs- und Entscheidungsgrundlagen. Festgehalten wird explizit: „Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten erstreckt sich von der Entwicklung bis zur Veröffentlichung der Bundesqualitätsleitlinien“ (Metaleitlinie, 2.7). Weiterhin wird eigens eine Evaluierung durchgeführt, „wobei neben der Versorgungswirkung auch der Akzeptanz- und Umsetzungsgrad in die Beurteilung einfließen“ (2.15).

Unrichtig ist somit die Aussage des Positionspapiers, dass die „Bundesqualitätsstrategie“ „HTA und EBM als einzig relevante Entscheidungskriterien“ heranzieht. Vielmehr sollen diese „unterstützend“ eingesetzt werden (Bundesqualitätsstrategie, S. 6). Insgesamt wurde grundlegend festgehalten: „Im Sinne der Patientenorientierung sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, sich aktiv daran zu beteiligen. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie des Systems stehen dabei im Vordergrund. Die Leistungen sollen effektiv im Sinne des bestmöglichen Ergebnisses und effizient im Sinne eines wirt-

Leitlinien sollen die Qualität des (Be-)Handelns erhöhen.

7 Siehe u. a. im „Handbuch“ Abschnitt 9 und dort herangezogenen Expertisen.

8 Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2009): Principles of Biomedical Ethics, Oxford u. a.

9 Vgl. etwa INAHTA's Working Group on Handling Ethical Issues. Final report 2005 (<http://www.inahta.org/upload/Final%20report%20Ethics%20in%20HTA%20Nov%2007.pdf>); EUnetHTA 2008: HTA Core Model Handbook for diagnostic technologies 1.0 (<http://www.eunetha.eu/upload/WP4/Final%20Deliverables/HTA%20Core%20Model%20for%20Diagnostic%20Technologies%201%200r.pdf>); EUnetHTA 2008: HTA Core Model Handbook for medical and surgical interventions (<http://www.eunetha.net/upload/WP4/Final%20Deliverables/HTA%20Core%20Model%20for%20Medical%20and%20Surgical%20Interventions%201%200r.pdf>); Lühmann, Dagmar/Raspe, Heiner (2008): Ethik im Health Technology Assessment – Anspruch und Umsetzung, Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 102, 69–76; Lühmann, Dagmar/Bartel, Carmen/Raspe, Heiner (2007): Ethische Aspekte und gesellschaftliche Wertvorstellungen in HTA-Berichten zu genetischen Testverfahren, in: Brand, Angela u. a.: Genetik in Public Health, Teil 2: Integration von Genetik in Public Health, Bielefeld, 349–415.

Wer ist „berufen“, Entscheidungen zu treffen? In der klinischen Situation der Patient und nicht der Arzt! Fehlt für eine „sinnvolle Behandlungsstrategie“ der wissenschaftliche Beweis, so ist diese (hohe) Unsicherheit dem Patienten zu erklären, damit er eine informierte Entscheidung treffen kann.

schaftlichen Mitteleinsatzes erbracht werden. Die Gleichbehandlung von Bürgerinnen und Bürgern beim Zugang und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird von allen Entscheidungsträgern und Gesundheitsdienstleistern unterstützt. Partizipatives und kooperatives Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung der Qualitätsstrategie sichert deren nachhaltige Wirkung. Da Entscheidungen auf Grund rationaler, evidenzbasierter Überlegungen getroffen werden, kann sich das Gesundheitswesen zu einem lernenden System entwickeln. In diesem System sollen Anreize vor Sanktionen gesetzt sowie ein berufsgruppenübergreifender und sektorenübergreifender Ansatz unterstützt werden. Größtmögliche Transparenz fördert die kontinuierliche Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen“ (S. 4). Die von den Kritikern vorgebrachten Bedenken finden hier keine Stützung.

5. Präoperative Diagnostik

Ab 2.3 geht das Positionspapier auf die „Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik“ ein und kritisiert anhand dieses Beispiels den Ansatz der Qualitätsverbesserung des medizinischen Handelns durch Leitlinienentwicklung. Stellt EBM die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der klinischen Behandlung von Patienten in den Mittelpunkt und unterstützt HTA Entscheidungen auf Ebene des Gesundheitssystems, so ist zuerst das Einsatzfeld von „Leitlinien“ zu untersuchen. Um die Variabilität im Behandlungsgeschehen zu verringern und die Qualität der Betreuung von Patienten zu stan-

dardisieren, werden Leitlinien eingesetzt. Sie zielen auf die Organisation des Leistungsgeschehens und als Disease-Management-Programme auf Abläufe für Personen mit bestimmten Krankheiten.

In § 2 des Gesundheitsqualitätsgesetzes GQG findet sich folgende Bestimmung:

13. „Bundesqualitätsrichtlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards

14. „Bundesqualitätsleitlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen als Orientierungshilfe empfohlene Standards.

Diese Richtlinien und Leitlinien im Sinne dieses Gesetzes sind anhand international anerkannter Methoden zu erstellen. Eine Übersicht über derartige Methoden bietet die bereits besprochene und von der Gesundheit Österreich GesmbH publizierte Metaleitlinie. Auch hier ist zu beachten, dass nicht für alle Fragen sichere Antworten gefunden werden können. Die Beurteilung der Anwendbarkeit einer Leitlinie im Einzelfall bleibt daher immer der Erfahrung des Behandlers überlassen.

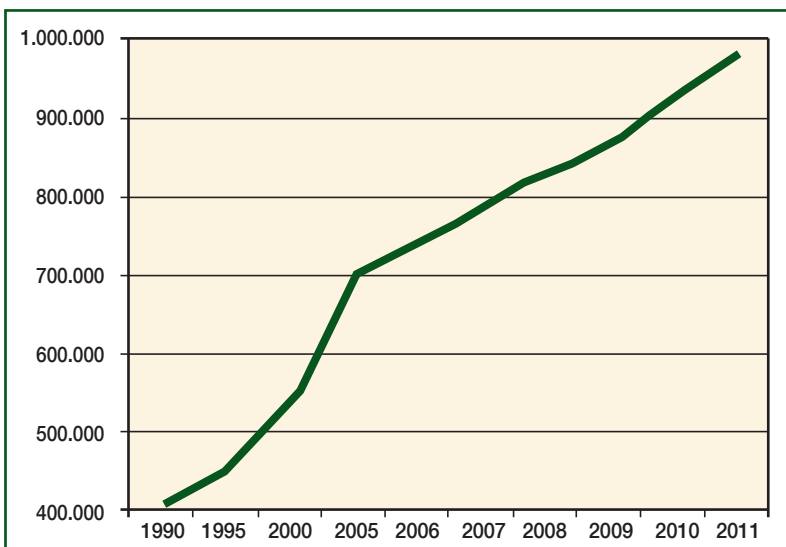
Warum ist es aber nötig, Leitlinien zu erstellen? Das Positionspapier verweist auf 25.154 Literaturstellen, welche bei der Literatursuche zur Erstellung dieser Leitlinie untersucht wurden. Auf das Ärztegesetz wurde bereits hingewiesen:

„Ärztegesetz 1998: § 2. (1) Der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen. (2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird [...]“

Damit ergibt sich für Ärzte/Ärztinnen die (unrealistische) Verpflichtung, die wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche zu der jeweiligen Krankheit oder Tätigkeit Informationen liefern, zu kennen. Die methodisch nachvollziehbare und sorgfältige Aufbereitung in einer Leitlinie ist daher die einzige Möglichkeit, eine handhabbare Zusammenfassung zu erstellen.

2012 wird vermutlich die Schwelle von einer Million Publikationen pro Jahr überschritten. Pro Stunde sind damit 114 Artikel zu lesen, um auch nur die in „PubMed“ eingetragenen Quellen kennen zu lernen. Eine Behandlung nach dem „Stand der Wissenschaft“ ist daher im Routinebetrieb nur durch die Verwendung von Leitlinien möglich.

Es soll noch das Beispiel „a) Mortalitätsrisiko“ des



Positionspapiers untersucht werden. Es ergibt sich bei diesem Beispiel eben kein statistisch signifikanter Unterschied. Der angegebene Unterschied ist als „zufällig“ einzustufen und nicht als kausal. Die Beispiele b) bis f) zeigen ein vergleichbares Argumentationsmuster. Es wird dabei versucht, die Belastbarkeit der Leitlinienempfehlungen in Frage zu stellen. Den Autoren ist offenbar nicht bekannt, dass es ein wissenschaftlich evaluiertes Verfahren zur Qualitätsbeurteilung von Leitlinien gibt. Dies verwendet allerdings nicht anekdotengestützte Expertenmeinungen, sondern ermöglicht es jedem, der die Leitlinie gelesen hat, eine systematische Bewertung vorzunehmen. Dazu wird das AGREE-Instrument verwendet.¹⁰

Die ÖGARI-Leitlinie für präoperatives Patientenmanagement¹¹ zu lesen und mit der deutschen Übersetzung des AGREE-Instruments zu bewerten, ist lehrreich und sinnvoller, als die Argumentation des Positionspapiers zu analysieren.

Punkt g) soll noch angesprochen werden. Die Einschränkung auf „neuere“ Literatur wird kritisiert. Dabei ist es bekannt, dass neue Literatur (ausreichender Qualität!) immer nicht nur eigene Daten präsentiert, sondern auch auf die „alte Literatur“ im Sinne von Zitierungen Bezug nehmen muss. Wird ein „systematic review“ erstellt, bedeutet dies, dass die für die Fragestellung relevante Literatur auch bezüglich ihrer Quellen beurteilt wird und diese – falls geeignet oder erforderlich – in den Review mit einbezogen werden.

6. Zusammenfassung

Die „Positionen“ der Autoren laden mangels eigener Definition zu einer Spekulation über die Hintergrundannahmen und Motive ein. Dabei wird eine uneinheitliche Landschaft von Werten erkennbar.

Wer ist „berufen“, Entscheidungen zu treffen? In der klinischen Situation der Patient und nicht der Arzt! Fehlt für eine „sinnvolle Behandlungsstrategie“ der wissenschaftliche Beweis, so ist diese (hohe) Unsicherheit dem Patienten zu erklären, damit er eine informierte Entscheidung treffen kann. Wird hier die (undokumentierte) persönliche Erfahrung als ausreichende „wissenschaftliche“ Begründung angesehen, so entsteht ein keiner Diskussion oder Überprüfung zugänglicher Entscheidungsbereich. Da nur sorgfältiges Behandeln, aber kein konkretes Ergebnis „geschuldet“ wird und die Asymmetrie der Information zugunsten des Behandlers ihm ein Entscheidungsmonopol sicherstellt, kommt man zur Umsetzung des (alten) Zuganges einer „paternalistischen“ Medizin. Entscheidungen auf der Ebene des Gesundheitssystems hängen davon ab, ob es sich um ein „markt-

wirtschaftliches“ oder ein „soziales“ System handelt. Im ersten Fall sind Entscheidungen Angelegenheit der Partner des Behandlungsvertrages – Patient und Gesundheitsdienstleister. Öffentliche Aufgabe ist dabei nur, eine Schutzfunktion im Sinne einer „Marktzulassung“ zu übernehmen. In einem sozialen Gesundheitssystem hingegen entsteht eine Entscheidungskompetenz auch bei der Gemeinschaft der „Zahler“.

Das Positionspapier argumentiert in manchen Punkten aus der Sicht eines marktwirtschaftlichen Systems. Nur im Zusammenhang mit „Einsparungen“ wird unterstellt, dass es eine öffentliche Verpflichtung gäbe, ein derartig marktwirtschaftliches System zu finanzieren, ohne auf Inhalte Einfluss nehmen zu können. Auf Systemebene erhebt sich auch die Frage, wer Entscheidungen zu treffen, wer sie zu verantworten und wer die Entscheidungsgrundlagen aufzubereiten hat. Dabei ist festzustellen, dass die Beurteilung von Forschungsergebnissen nicht alleine eine „Sache der ärztlichen ‚Scientific community‘ ist“. Dazu wird Sachkenntnis aus mehreren Wissensgebieten benötigt und die „Bewertung“ im Sinne eines „appraisal“ hat mit Medizin nur sehr wenig zu tun. Medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse können eine Entscheidung – neben anderen Informationen – unterstützen und beeinflussen. Auf der Ebene des Gesundheitssystems werden keine „medizinischen“ Entscheidungen getroffen. Der letzte Satz in 2.1 des Positionspapiers widerspricht der (eigenen) Argumentation (Zitat Aristoteles; Metaphysik I, 1) – Ärzte behandeln (einzelne) Menschen und nicht die Menschheit; HTA hingegen bewertet Interventionen auf der Ebene der Bevölkerung (Population/Menschheit).

Die dargestellten Positionen sind damit auf die eigentlichen Fragestellungen in einem sozialen Gesundheitssystem nicht anwendbar. Sie sind allerdings in ihrer Behauptung und Emotionalität als „Werbung“ (Lobbying) für Entscheidungsmacht von Interessensgruppen geeignet. Als eine solche Werbepotschaft ist das Positionspapier trotz seiner Präsentation durch eine universitäre Einrichtung zu werten.



© Frank Seifert - Fotolia.com

Transparenz der Entscheidungen wird durch nachvollziehbare Aufbereitung des Wissens erreicht.

10 <http://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/the-original-agree-instrument-translations>, abgefragt am 25.2.2012.

11 <http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205>, abgefragt am 25.2.2012.