

# Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten?

## Perceived Safety – A Decision Criterion for Patients?

Autor

F. Porzsolt

Institut

Klinische Ökonomik, Universität Ulm

### Schlüsselwörter

- Sicherheit
- gefühlte
- subjektive
- Reform
- Bedürfnisse

### Key words

- safety
- perceived
- subjective
- reform
- needs

### Commissioned article

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-993184  
 Online-Publikation: 2007  
 Z Allg Med 2007; 83: 501–506  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. F. Porzsolt**  
 Klinische Ökonomik  
 Universitätsklinikum Ulm  
 Frauensteige 6  
 89075 Ulm  
 franz.porzolt@uniklinik-ulm.de

### Zusammenfassung



**Hintergrund:** In der Gesundheitsversorgung werden Risiko und Sicherheit aus der Sicht der Ärzte (Experten) getroffen. Entscheidungsträger werden mit traditionellen, objektiven Eintrittswahrscheinlichkeiten beschrieben. Patienten (Laien), die nicht über die gleichen Informationen verfügen, treffen ihre Entscheidungen auf dem Boden anderer Kriterien. Diese unterschiedlichen Kriterien führen bei Experten und Laien zu divergierenden Schlussfolgerungen und sind Ursache von Konflikten.

**Ziele:** In der vorliegenden Arbeit werden die Entscheidungskonflikte zwischen Experten und Laien an konkreten Beispielen dargestellt. Die Relevanz dieser Konflikte für das Gesundheitssystem wird dargelegt und ein Lösungsweg wird durch die Diskussion des Konzepts der gefühlten Sicherheit skizziert.

**Methoden:** Unsere Überlegungen zur gefühlten Sicherheit, die Anwendung des Konzepts auf das Gesundheitssystem und das abgeleitete Konzept eines Lösungsweges beruhen auf praktischen Beispielen verschiedener Lebensbereiche und auf Daten aus der Literatur.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse lassen sich in fünf Aussagen zusammenfassen. 1. Gefühlte Sicherheit ist ein menschliches Grundbedürfnis. Dieses Grundbedürfnis kann für jedes Szenario spezifisch quantifiziert werden. Es wird im Gesundheitssystem bisher zu wenig beachtet, stellt aber für Entscheidungen in diesem System einen bedeutenden Faktor dar. 2. Konkrete Entscheidungskonflikte werden dargestellt, die durch die unterschiedlichen Sichtweisen von Sicherheit bei Experten und Laien zustande kommen. 3. Als Ursachen dieser Konflikte werden das Unvermögen von Laien, mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen, und die Macht der Emotion diskutiert und mit Beispielen belegt. 4. Nachdem diskutiert wurde, dass das Konzept der gefühlten

### Abstract



**Background:** Risk and safety are described in health care from the physician's (expert's) point of view. Decisions are based on traditional, objective probabilities. Patients (lay persons), who are not aware of the same information like experts base their decisions on different information. These different informations lead to different conclusions in experts and lay persons and cause conflicts.

**Goals:** In this paper we use examples to describe decision conflicts among experts and lay persons. The importance of these conflicts for the health care system is demonstrated and a possible solution is offered discussing the concept of perceived safety.

**Methods:** Our considerations on perceived safety, the application of this concept to the health care system, and the derived solution of conflicts are based on practical examples from various areas of daily life and literature.

**Results:** The results can be summarized in five statements. 1. Perceived safety is one of the basic human needs. This need can be specifically quantified for any scenario. It is not paid sufficient attention in health care despite of its important role for decision making. 2. Explicit conflicts of decisions are described which are caused by different views of experts and lay persons on safety. 3. As reasons for these conflicts we discuss the inability of lay persons to deal with probabilities and the power of emotions and provide examples for illustration. 4. Based on considerations that the concept of perceived safety causes conflicts when integrated in the present system we discuss either to accept these conflicts or to change the system. 5. Finally a possible solution of the conflict is offered in three points. Change from a cost-based to a value-based medicine. Health services and structures have to be adapted to the

Sicherheit im bestehenden Gesundheitssystem nicht akzeptiert werden kann, wird erörtert, den vorhandenen Konflikt im bestehenden System zu akzeptieren oder eine Änderung des Systems einzuleiten. 5. Abschließend wird die Möglichkeit zur Lösung des Konflikts in drei Punkten zusammengefasst: Wechsel von einer Kosten-orientierten zu einer Werte-orientierten Medizin. Orientierung der Versorgungsleistungen und -strukturen an den Bedürfnissen des Patienten und Messung von patientenrelevanten Outcomes einschließlich der Gesamtkosten der Versorgung.

**Schlussfolgerungen:** Gefühlte Sicherheit ist ein im Gesundheitssystem bisher kaum beachtetes Grundbedürfnis, das jetzt erkannt, quantifiziert und diskutiert werden kann. Die bestehenden Strukturen unseres Gesundheitssystems sind allerdings wenig geeignet, um das Konzept der gefühlten Sicherheit in die Praxis umzusetzen.

Im medizinischen Alltag verstehen wir unter Sicherheit die Vermeidung von gesundheitlichen Risiken. In der Diagnostik gilt es die Fehldeutung von Zeichen und die unzutreffende Zuordnung von Symptomen zu einem Krankheitsbild zu vermeiden. Analoges gilt für jede Form der Therapie. Unser Verständnis von Sicherheit in der Medizin bezieht sich zweifellos auf den Patienten, wird aber aus der Perspektive des Arztes wahrgenommen. Die elektronische Gesundheitskarte soll die Qualität und Sicherheit der Therapie verbessern [5] und entstammt dieser traditionell-rationalen Sicht von Sicherheit. Qualitätssicherung bindet einen nicht unerheblichen Teil unserer Ressourcen, die absolut sinnvoll verwendet werden, wenn – und das sollte eine der dringend zu klärenden Fragen sein – wenn als Resultat dieser Anstrengungen Schäden vermieden werden. Im Umkehrschluss sollte man auch die Frage zulassen, ob eine Form der Qualitätssicherung, die keine Schäden vermeidet, ein hohes Risiko in sich birgt, wertvolle Ressourcen zu binden, die für andere Aufgaben nicht mehr verfügbar sind. Die Investition in Sicherheitsmaßnahmen ist demnach nicht ohne Risiko.

Man kann sich nun die Frage stellen, ob die Wahrnehmung von Sicherheit und Risiken aus der Sicht des Arztes, d. h. des Experten, der mit den Wahrscheinlichkeiten erwünschter oder unerwünschter Ereignisse vertraut ist, mit der Wahrnehmung durch Patienten übereinstimmt. So würde die elektronische Gesundheitskarte möglicherweise anders bewertet, wenn wir Daten hätten, die beschreiben, dass Patienten dieses Angebot als Steigerung ihrer Sicherheit empfinden.

Sofern Patienten aber davon ausgehen, dass jede Form einer Sicherheitsmaßnahme nützlich ist, wird die Nachfrage nach diesen solidarisch finanzierten Leistungen unabhängig von deren Wert und Preis durch das Angebot stimuliert. Da sich für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems daraus problematische Konsequenzen ergeben können, ist die Vermittlung der „gefühlten Sicherheit“ bei unseren Patienten eine zwar essenzielle aber sicher keine unproblematische ärztliche Aufgabe. Wir möchten deshalb das Konzept und die möglichen Effekte der gefühlten Sicherheit zur Diskussion stellen.

### Gefühlte Sicherheit als Grundbedürfnis



Aus der Diskussion mit Experten lernten wir, dass durch Schwimmwesten an Bord eines Verkehrsflugzeugs noch kein Leben gerettet wurde. Daraus die Nutzlosigkeit von Schwimmwes-

ten und deren Verbannung aus Passagierflugzeugen abzuleiten, wäre ebenso unzutreffend wie die Annahme, dass es in einem Wald keine Pilze gäbe nur weil man selbst dort keine gefunden hat. Unter Wissenschaftlern ist diese Regel wohl bekannt: absence of evidence does not constitute evidence of absence. Da dieses Beispiel Anlass zu verschiedenen Überlegungen gibt, die letztlich zu einer neuen Betrachtungsweise von Systemen – z. B. auch des Gesundheitssystems – führen können, ist es sinnvoll, sich damit auseinander zu setzen.

**Conclusions:** Perceived safety is a basic human need that is paid not enough attention in health care systems. It can now be quantified and its future role in health care decisions can be discussed. The structures of our health care systems are, however, not optimal for implementing the concept of perceived safety.

Das Beispiel bestätigt, dass es nahezu undenkbar ist, Schwimmwesten aus Passagierflugzeugen zu verbannen, weil die Öffentlichkeit ebenso wie verschiedene Behörden für die Entfernung der Schwimmwesten keinerlei Verständnis aufbringen. Alleine die Chance, durch die Schwimmwesten Leben retten zu können, scheint ihren Verbleib zu rechtfertigen. Die rationale Begründung dafür ist möglicherweise die „gefühlte Sicherheit“, die bei den Passagieren durch die gesetzlich vorgeschriebene Demonstration zum Gebrauch der Schwimmwesten immer wieder in Erinnerung gerufen wird. Gefühlte Sicherheit ist offensichtlich ein bisher unterschätztes, ausgeprägtes Bedürfnis, das selbst die Anwendung scheinbar irrationaler Maßnahmen rechtfertigt. Es drängt sich die Frage auf, ob eine Regelung, die für Fluggäste akzeptiert wird auch für Patienten gelten kann.

Nach Maslow's Postulat [7] – das bereits vor mehr als 50 Jahren aufgestellt wurde – gehört Sicherheit nach den physiologischen Lebensbedingungen wie Wasser, Luft und Nahrung zu den menschlichen Grundbedürfnissen die erst erfüllt sein müssen bevor weiter entfernt liegende Bedürfnisse, z. B. die sozialen Bedürfnisse wie Partnerschaft, Familie und Selbstverwirklichung angestrebt werden. Aufbauend auf diesen Informationen entwickelt unsere Arbeitsgruppe seit zwei Jahren psychometrische Instrumente, mit welchen die Faktoren identifiziert werden können, die in spezifischen Szenarien die gefühlte Sicherheit beeinflussen. Mit diesen Faktoren lassen sich Instrumente konstruieren, die eine Quantifizierung der gefühlten Sicherheit ermöglichen. Konkrete Beispiele wie die gefühlte Sicherheit von Patienten in stationärer Versorgung oder die gefühlte Sicherheit von Lesern einer Arzneimittelpackungsbeilage zeigen, dass die Messinstrumente auf das jeweilige Szenario abgestimmt sein müssen. Wenn Maslows Postulat auch auf die Gesundheitsversorgung zutrifft, wird dem Prinzip Sicherheit dort bisher ein zu geringer Stellenwert eingeräumt.

## Das Grundbedürfnis als Konflikt

Abgesehen von ethischen Aspekten ist es unproblematisch, Maßnahmen, die gefühlte Sicherheit vermitteln, als privates Gut anzubieten. Wer gefühlte Sicherheit als privates Gut in Anspruch nehmen möchte, z.B. durch eine elektronische Überwachung des eigenen Grundstücks, wird auch für den Aufwand aufkommen, der dafür zu erbringen ist. Es ist auch weitgehend unproblematisch, gefühlte Sicherheit als öffentliches Gut anzubieten. Beispiele hierfür sind die für Rüstung oder für zivile Sicherheit verwendeten Ausgaben.

Problematisch ist das Angebot der gefühlten Sicherheit als solidarisch finanziertes Gut, z.B. als Gewährung teurerer Gesundheitsleistungen, deren Wirksamkeit bisher nicht hinreichend nachgewiesen ist oder die in aussichtslosen Situationen angeboten und verständlicherweise nachgefragt werden. Dort entsteht ein Konflikt zwischen der ethischen Rechtfertigung irrational erscheinender Maßnahmen und der Forderung, diese nur anzubieten, wenn das Angebot durch eine akzeptierte Theorie, z.B. durch verfügbare wissenschaftliche Evidenz, unterstützt wird. Dabei handelt es sich keineswegs nur um ein theoretisches Problem. Verzweifelte Patienten oder deren Angehörige haben in lebensbedrohlichen Situationen die Gewährung ungeprüfter Therapien mit Erfolg gerichtlich eingeklagt oder in einem anderen Fall eine ausbildende akademische Institutionen zu Schadensersatz verklagt, weil diese für Empfehlungen verantwortlich zeichnete, die aus Sicht der Wissenschaft zwar korrekt, aus Sicht der Betroffenen aber unmenschlich sind. Es handelte sich dabei um eine unterlassene Empfehlung einen PSA-Test durchzuführen, der aus wissenschaftlicher Sicht unzureichend geprüft war aber im konkreten Fall die Erkrankung (in bereits unheilbarem) Stadium entdeckt hätte [8, 15].

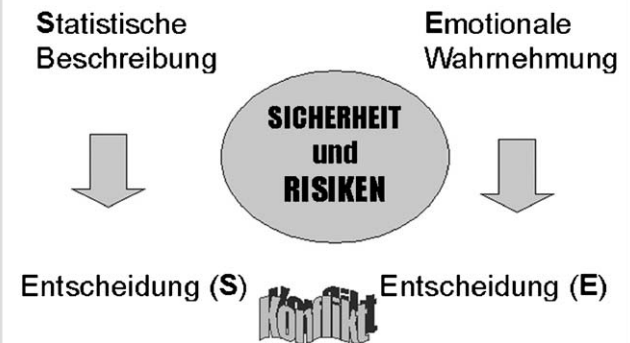
Diese Beispiele bestätigen, dass alleine der Optionscharakter (das Versprechen) medizinischer Maßnahmen aus ökonomischer Sicht [17] zu einem intangiblen Nutzen führt, zu dessen Messung bisher noch keine Methoden angeboten wurden. Man könnte aber auch die Ansicht vertreten, dass nicht nur ein wertfreier intangibler Nutzen in Aussicht gestellt wird. Wenn man die Macht der Emotion akzeptiert und die Tragweite der In-Aussicht-Stellung berücksichtigt – man überlege, welche Opportunitätskosten Menschen in verzweifelten Situationen bereit sind, auf sich zu nehmen – wird evident, dass der Stellenwert, die Macht und die Möglichkeiten, Information zur Induktion von Bedürfnissen wie gefühlter Sicherheit zu missbrauchen, einer dringenden Erörterung bedürfen.

## Mögliche Ursachen des Konflikts

Der erwähnte intangible Nutzen der gefühlten Sicherheit ist keineswegs auf das Gesundheitssystem begrenzt. Gefühlte Sicherheit steigert die Nachfrage nach allen Dienstleistungen und Gütern, welche die gefühlte Sicherheit erhöhen. Diese gesteigerte Nachfrage wird durchaus kontrovers diskutiert. Wir sehen zwei wesentlich Ursachen, welche diese kontroverse Diskussion erklären könnten, das Unvermögen mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen und die Macht der Emotion.

**Das Unvermögen mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen**  
Gerd Gigerenzer [4] hat anhand zahlreicher Experimente gezeigt, dass die meisten Menschen nicht in der Lage sind, mit Wahrscheinlichkeiten und Risiken umzugehen. Besorgniserre-

## Konzept der Sicherheit



**Abb. 1** Wenn unterschiedliche Personen Sicherheit und Risiken statistisch oder emotional wahrnehmen, werden sie unterschiedliche Entscheidungen ableiten, die Ursache von Konfliktsituationen sein können.

gend sind seine Beobachtungen an offiziellen Gesundheitsberatungsstellen, die bei klar definierbaren Risiken ungenaue und erheblich streuende Auskünfte erteilt haben. Demnach nehmen wir, weil wir in den meisten Lebensbereichen Laien sind, statistisch beschriebene Risiken in der Regel als subjektiv empfundene Risiken wahr. Da wir das Unvermögen von Laien, mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen, kaum ändern können, entsteht der Konflikt, dass Risiken und Sicherheit von Experten und Laien unterschiedlich wahrgenommen werden (☉ **Abb. 1**). Unter den gegebenen Bedingungen ist ein Konflikt nicht vermeidbar, da wir auf Systemebene rationale Entscheidungen z.B. bezüglich der Erstattungs-fähigkeit von Arzneimitteln zu treffen haben, während bei den gemeinsamen Entscheidungen zwischen Arzt und Patient rationale Kriterien alleine nicht ausreichen. Bestehende Präferenzen bei Ärzten und Patienten, Hoffnungen und Sicherheitsgefühle die durch nicht vermeidbare Vorinformationen aus den unterschiedlichsten Quellen induziert wurden, können die Entscheidungsfindung im Praxisalltag erheblich erschweren.

Es ist problematisch, von Laien eine andere als die emotionale Wahrnehmung von Risiken zu erwarten, weil wir aufgrund der Brückenprinzipien wissen, dass es nicht zulässig ist, jemandem eine Forderung abzuverlangen, wenn er diese Forderung nicht erfüllen kann. Die Brückenprinzipien wurden erstmals 1968 von dem Wissenschaftstheoretiker Hans Albert beschrieben und kürzlich von Hans Russ [16] ausgearbeitet. Demnach ist zu akzeptieren, dass Patienten Sicherheit und Risiken laienhaft emotional wahrnehmen. Die oben angesprochenen Gerichtsurteile, aber auch zahllose Entscheidungen im medizinischen Alltag stimmen damit offensichtlich überein.

## Die Macht der Emotion

Niemand käme auf den Gedanken, eine Versicherungsleistung im Fall eines Sachschadens zu erwarten, wenn für diesen Schadensfall vorab kein Versicherungsvertrag geschlossen wurde. Das Verständnis für diese Bedingung jeder Versicherung stößt in Extrembereichen, wenn die Gesundheit oder sogar das Leben ernsthaft bedroht sind, an die Grenzen unserer Akzeptanz. Rationale Argumente verlieren ihre Gültigkeit. An ihrer Stelle werden Entscheidungen mit emotionalen Argumenten begründet. Nahezu jeder wird in solchen Extremsituationen Hilfe erwarten

auch wenn anderslautende Vereinbarungen dadurch nicht eingehalten werden. Es ist nachvollziehbar, dass Ärzte, die keine Möglichkeit sehen, einem Patienten in einer Ausnahmesituation wegen der Unumgänglichkeit festgelegten Budgets gerecht zu werden, unzufrieden werden. Die Beispiele des Royal Court of Justice und andere Gerichtsurteile bestätigen, dass bei lebensbedrohlichen Entscheidungen rationale Argumente nicht mehr zwingend greifen und die Gesellschaft auch nicht bereit ist, in diesen Situationen ausschließlich rationale Argumente zu akzeptieren. Auch triviale Situationen, wie z.B. die Wartezeit von Patienten zeigen, dass Messung und subjektive Wahrnehmung nicht übereinstimmen [19]. Es ist deshalb ernsthaft zu hinterfragen, ob komplexe Entscheidungen zu Gesundheit und Leben durch einfache Regeln sinnvoll gesteuert werden können oder „begrenzte Freiräume“ für angemessene Lösungen benötigen. Ingenieure gehen zunehmend davon aus, dass bei Entscheidungen über den Umgang mit Risiken auch emotionale Aspekte zu berücksichtigen sind. Sie stellen Risiken als statistische Größen (Anzahl der Betroffenen/Anzahl der dem Risiko Ausgesetzten) dar. Ob sich eine Person im sicheren Bereich befindet, wird durch Übereinkunft festgelegt: Für ein bestehendes Risiko wird ein Grenzwert definiert, dessen Überschreitung den Übergang in einen anderen Sicherheitszustand signalisiert. Es bedarf keiner umfassenden Erörterung, dass diese einfache Beschreibung aus der Sicht von Experten aber nicht aus der Sicht von Laien dem tatsächlichen Sachverhalt gerecht wird.

In den letzten Jahren sind auch von Ökonomen zunehmend Stimmen wahrzunehmen, die in die gleiche Richtung weisen. So soll es nicht mehr selbstverständlich sein, dass Menschen ausschließlich rational und eigennützig handeln. Soziale Präferenzen und intrinsische Motivation gewinnen an Bedeutung ebenso wie das uneigennützige Verhalten zur Überwindung eines sozialen Dilemmas [3]. Der amerikanische Ökonom Richard H Thaler hat vorhergesagt, dass ein Wandel stattfinden wird von einer Sichtweise, die nur ökonomischen Kriterien unterliegt, zu einer Sichtweise, die auch andere Aspekte, z.B. emotionale und soziale, berücksichtigt [18].

Die Beispiele aus der Rechtsprechung, die Sicht der Ingenieure und die Vorhersagen der Ökonomen unterstützen die Annahme, dass unsere Entscheidungen den Bedürfnissen der Menschen näher kommen, wenn emotionale Aspekte mitberücksichtigt werden. Wenn wir zudem berücksichtigen, dass es für die meisten Menschen kaum möglich ist, aus Wahrscheinlichkeiten Entscheidungen für das tägliche Leben abzuleiten, kommen wir der Realität im Praxisalltag möglicherweise doch näher, wenn wir emotionaler Aspekte dabei berücksichtigen. Das ist realisierbar, wenn es gelingt, „begrenzte Freiräume“ zu schaffen

## Mögliche Folgen des Konflikts

### ▼ Soll das Konzept der gefühlten Sicherheit im Gesundheitssystem akzeptiert werden?

In mehreren Wissenschaftszweigen scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass unsere Entscheidungen nicht nur durch sogenannte rationale z. B. statistische oder mathematische Überlegungen getroffen werden. In anderen Wissenschaften, wie z.B. in der Medizin haben wir soeben einen entscheidenden Schritt in die andere Richtung getan. Die Einführung der Evidence-ba-

sed Medicine (EBM) war auch – oder sogar besonders – in Deutschland von heftigen, kontroversen Diskussionen begleitet. Während die einen forderten, dass unsere Entscheidungen über Gesundheit einer rationalen Grundlage bedürfen, warnten andere vor dem Verlust der ärztlichen Autonomie und der notwendigen Entscheidungsfreiheit. Dieser natürliche Konflikt ist durch die unterschiedlichen Grundlagen erklärt, auf welche medizinische Experten und praktizierende Ärzte ihre Entscheidungen stützen. Beide Entscheidungsstrategien können nicht gleichzeitig von einer Person praktiziert werden: Entweder man vertraut einer Therapie und kann dieses Vertrauen seinen Patienten vermitteln oder man vertritt den ebenfalls notwendigen skeptischen Standpunkt und kann dann aber keinen Anspruch erheben, Vertrauen zu vermitteln [12]. Wer erwartet, beide Standpunkte gleichzeitig vertreten zu können, sollte auch gegen sich selbst Schachspielen können.

Niemand bezweifelt, dass sich belastbare Entscheidungen ohne rationale Grundlagen kaum treffen lassen und die erwähnten Beispiele haben gezeigt, dass Ingenieure, Richter und Ökonomen ihre Entscheidungen nicht mehr alleine auf rationalen Argumenten aufbauen. In den Gesundheitssystemen verschiedener Länder haben wir Behörden eingerichtet, welche die Rationalität von Gesundheitsleistungen untersuchen. Diese Institutionen stellen nun fest, dass viele der angebotenen Gesundheitsleistungen rational nicht hinreichend unterstützt sind und deshalb nicht befürwortet werden können. Obwohl diese Entscheidungen zum Wohl der Betroffenen fallen, sind viele Betroffene unzufrieden.

Ungeachtet der Tatsache, dass nicht alles solidarisch finanzierbar ist, was am Gesundheitsmarkt angeboten und nachgefragt wird, stellt sich die Frage, ob der Weg der Entscheidungsfindung optimal gewählt ist, wenn nur rational begründbare Argumente zählen. In diesem Fall ist das Risiko zu erwägen, die Entscheidungsgrundlagen unzutreffend einzuschätzen. Aufgrund der jetzt eingeschlagenen evidenzbasierten Strategie ist es nahezu undenkbar, die gefühlte Sicherheit bei Entscheidungen einzubeziehen, weil wir doch eben den Schritt in die andere Richtung vollzogen haben und unsere Entscheidungen auf eine rationale Basis stellen möchten.

Dieser Schritt ist sicher gut, er kann aber zu viel des Guten sein, wenn wir übersehen, dass ein wesentlicher Teil unserer Entscheidungen auch im Gesundheitssystem auf gefühlter Sicherheit beruht. Durch die Trennung der Zuständigkeit für die wissenschaftliche Bewertung von Gesundheitsleistungen und die Entscheidung über ihre solidarische Finanzierung wird die Möglichkeit offengehalten, andere als rational erklärbare Kriterien zu berücksichtigen.

Wenn die Macht der gefühlten Sicherheit tatsächlich so bedeutend ist, wie wir annehmen, wird ihre Zurückweisung als politisches Entscheidungskriterium einer unregulierten Zwei-Klassen-Medizin Vorschub leisten. Diese ist bei Beibehaltung der Strukturen unseres Gesundheitssystems nicht zu verhindern, sie kann aber sozialverträglich gestaltet werden, wenn wir unser System so gestalten, dass begrenzte Freiräume für die am dringlichsten nachgefragten Formen von wahrgenommener Sicherheit als menschliches Grundbedürfnis anerkannt werden können.

## Die Folgen der Akzeptanz des Konzepts der gefühlten Sicherheit

Mit der Akzeptanz des Konzepts werden aber nicht nur Probleme einer Lösung näher gebracht. Es entstehen auch neue Pro-

<sup>1</sup>Als begrenzter Freiraum ist z. B. ein über Kopfpauschalen definiertes Budget eines Versorgungszentrums zu verstehen.

bleme: Entscheidungen über Sicherheit werden auf dem Boden emotionaler Entscheidungen, d.h. der gefühlten Sicherheit getroffen. Wenn es zusätzlich um ein hoch geschätztes Gut z.B. um Gesundheit geht, werden rationale Entscheidungen zunehmend durch emotionale Entscheidungen ersetzt. Riskante Lebensgewohnheiten wie der überhöhte Konsum von Genuss- und Arzneimitteln, werden in Kauf genommen, obwohl deren Risiken bekannt sind. Rational erscheinende Argumente, die eine gewisse Form von Selbstdisziplin erfordern, werden von emotional erscheinenden Argumenten, die ad hoc mehr Lebensqualität zu gewähren scheinen, verdrängt.

Ähnlich beliebt wie die Inanspruchnahme riskanter Lebensgewohnheiten sind passive Maßnahmen der primären oder sekundären Prävention. Alleine der Entschluss an einem Präventionsprogramm teilzunehmen, vermittelt gefühlte Sicherheit. Da die meisten Präventionsprogramme nicht evaluiert sind, ist häufig unbekannt, wie lange eine Präventionsmaßnahme durchgeführt werden muss, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Ein Präventionsprogramm mit unerwartet negativen Auswirkungen war die Empfehlung, Babys in Bauchlage schlafen zu lassen, um die Aspiration von Erbrochenem zu verhindern [2]. Als Folge dieser Empfehlung wurden mehrere zehntausend Kinder durch Sauerstoffmangel geschädigt oder sind erstickt. Es war wahrscheinlich die gefühlte Sicherheit, die die Mütter dazu bewegte, diese unzureichend geprüfte, nachteilige Empfehlung anzuwenden. Kritische Fragen lassen sich bei nahezu allen Präventions- und Früherkennungsprogrammen stellen. Ungeachtet dieser offenen Fragen werden Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung in der Öffentlichkeit häufig und mit Nachdruck nachgefragt. Rational betrachtet würde man solche Programme nur befürworten, wenn der erwartete Vorteil tatsächlich nachweisbar ist. Die Öffentlichkeit scheint aber anders zu entscheiden.

Eines der bekanntesten Beispiele ist die Mammografie. Wissenschaftler sind sich einig, dass etwa 1000 Frauen die Mammografie über 10 Jahre in Anspruch nehmen müssen, um bei einer Frau den Tod infolge eines Mammakarzinoms zu verhindern [1]. Warnenden Wissenschaftlern, die angesichts dieser Zahl und zusätzlicher Unsicherheiten den Nutzen der Mammografie öffentlich infrage stellen, wird zu leicht die zynische Vorenthaltung einer hilfreichen Maßnahme vorgeworfen. Beide Standpunkte sind erklärbar: Die Skepsis der warnenden Wissenschaftler beruht auf dem Wissen um andere Maßnahmen, mit welchen unter Verwendung der gleichen Ressourcen bei mehr als 0,1% der Betroffenen in 10 Jahren ein vorzeitiger Todesfall vermieden werden kann. Diese ökonomisch geprägte Schlussfolgerung beruht auf einer statistischen Sichtweise. Die Entrüstung der betroffenen Frauen ist aber ebenso verständlich. Sie beruht auf einer emotionalen Sichtweise. Es interessiert die risikobehaftete Person schlichtweg nicht, ob die für ihre potenzielle Rettung verwendeten Mittel anderweitig mit größerem Nutzen eingesetzt werden könnten. Sobald den Betroffenen eine Gesundheitsleistung in Aussicht gestellt wird, die eine Bedrohung des Lebens – unabhängig von der Größe des statistischen Risikos – abwenden kann, wird die Nachfrage nach gefühlter Sicherheit induziert. Wenn diese Nachfrage geweckt wurde, ist eine Vorenthaltung des einmal formulierten Angebots ethisch kaum mehr zu vertreten.

Es wird deshalb nicht einfach zu entscheiden sein, ob die beste Form der Gesundheitsversorgung nur erreicht werden kann, wenn die beiden Sichtweisen, die statistische und die emotionale, berücksichtigt werden. Man kann darüber diskutieren, unter welchen Voraussetzungen ein Gesundheitsversprechen ab-

gegeben, eine Gesundheitsleistung in Aussicht gestellt und gefühlte Sicherheit induziert werden darf. Ob sich die Abgabe eines Gesundheitsversprechens oder die Verbreitung der Information eines „rettenden Strohhalms“ (z.B. einer neuen Therapie) durch Regeln steuern lässt, sei dahingestellt. Wahrscheinlicher ist, dass Sicherheit nicht nur als statistische Größe sondern auch emotional wahrgenommen als menschliches Grundbedürfnis zu akzeptieren ist. Das Konzept der gefühlten Sicherheit eröffnet damit ein neues Feld unbeantworteter ethischer, psychologischer, ökonomischer und juristischer Fragen.

Risiko, Sicherheit und Angst sind eng miteinander assoziiert. Deshalb könnte es notwendig werden, die Qualität von Information auch hinsichtlich ihres Angst induzierenden Potentials zu untersuchen. Angst wurde im Kontext mit gefühlter Sicherheit bisher kaum thematisiert, könnte aber bedeutend werden, wenn das Konzept der gefühlten Sicherheit als gesellschaftlicher Mehrwert aufgegriffen wird.

### Wege zur Lösung des Konflikts



Wenn man von der einfachen Situation eines natürlichen Konflikts ausgeht, der darauf beruht, dass emotionale Aspekte bei praktischen aber nicht bei theoretischen Entscheidungen berücksichtigt werden, bleiben nur zwei grundsätzliche Handlungsalternativen: Entweder lassen sich die Rahmenbedingungen des Systems so verändern, dass beiden Sichtweisen – mit und ohne Berücksichtigung emotionaler Aspekte entsprochen und der Konflikt vermieden werden kann oder der unvermeidbare Konflikt muss im bestehenden System ausgestanden werden.

In einer kürzlich durchgeführten Befragung unter deutschen Kollegen der primärärztlichen Versorgung gaben 96% der teilnehmenden Ärzte an, dass sie mit dem derzeitigen System unzufrieden sein [6]. Leider haben nur 18% der ausgewählten Kollegen an der Befragung teilgenommen; andererseits ist dieser Anteil der Noncompliance bei einem hohen Grad der Unzufriedenheit nicht unerwartet. Aus dieser Umfrage lässt sich aber zeigen, dass die antwortende Gruppe deutscher Ärzten im Vergleich zu Kollegen aus sechs anderen Ländern etwa doppelt so viele Patienten sieht und weitaus häufiger in Einzelpraxen arbeitet. 75% der deutschen Kollegen sahen eine Lösung des Problems, wenn mehr Zeit pro Patient für die Versorgung zur Verfügung stünde. Die Forderung nach einem neuen Gesundheitssystem scheint demnach nicht unbegründet.

Auch wenn das Gesundheitssystem der USA mit unserem deutschen System nur schwer zu vergleichen ist, ergibt sich eine überraschende Ähnlichkeit in den Punkten, die bei einer Neugestaltung des Systems zu berücksichtigen sind. Porter und Teisberg [10, 11] haben die erforderlichen Änderungen sinngemäß in drei Punkten zusammengefasst:

- ▶ Primäres Ziel ist der Mehrwert für den Patienten, nicht die Kosten der Versorgung.
- ▶ Die Versorgung und deren Strukturen müssen sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren.
- ▶ Risiko-adaptierte Outcomes (= Mehrwert aus Sicht des Patienten) und Gesamtkosten sind Bestandteil der Leistung und müssen gemessen und zugänglich gemacht werden.

Den bedeutendsten dieser Punkte haben wir im Konzept der Klinischen Ökonomik [13, 14] aufgegriffen. Er betrifft den Wechsel von einer Kosten-orientierten zu einer Werte-orientierten Medizin. Diese einfache erscheinende Forderung beinhaltet zahl-

reiche Änderungen, Einsichten und Zugeständnisse, die rechtfertigen, von einem neuen Gesundheitssystem zu sprechen. Die Änderungen sind nicht utopisch, weil mit der Umsetzung einiger Aspekte bereits begonnen wurde und davon ausgegangen werden kann, dass die drei formulierten Ziele von der Mehrheit der Partner akzeptiert werden.

Konkret bedeutet die Umsetzung, dass die Änderungen von den Ärzten, nicht von anderen Partnern des Systems eingebracht und vollzogen werden müssen. Das Kernstück der Änderung ist die Definition der Werte, die nicht von Dritten sondern nur von Patienten und Arzt gemeinsam vorgenommen werden kann. Diese Änderung stellt höchste Ansprüche an die Selbstverwaltung. Ihre Funktionsfähigkeit wird daran bemessen, ob Fehler von ihr selbst oder von Außenstehenden bemerkt werden. Ein erfolgreiches Fehlermanagement wird aber nur gelingen, wenn wir eine Fehlerkultur entwickeln, die nicht das Individuum als Schuldigen sucht, sondern den Fehler im System identifiziert und in Analogie zum non-punitiven Fehlermanagement der Luftfahrt, Strategien entwickelt, um diesen Fehler künftig zu vermeiden [9]. Diese Strategie ist mit der geltenden Rechtsprechung abzustimmen, wobei auch hier als gemeinsames Ziel die Erhöhung der statistisch und der emotional wahrnehmbaren Sicherheit sein sollten.

Die bestehenden Anreize lenken die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Kosten der Versorgung. Kaum ein Arzt wird durch sie motiviert, den Mehrwert für den Patienten zu steigern. Die Kriterien, die den Mehrwert aus der Sicht des Patienten ausmachen, sind jedem Arzt implizit bewusst, werden aber im Kontext der Ziele und Anreize (z. B. im Honorarsystem) nicht explizit berücksichtigt.

Betreffend die Versorgung und Versorgungsstrukturen ist ein konstanter, informierter Ansprechpartner aus Sicht der Patienten einer der bedeutendsten Aspekte. Wenn Koch [6] in seiner Umfrage beschreibt, dass 2/3 der antwortenden deutschen Ärzte – wesentlich mehr als Ärzte in anderen Ländern – in Einzelpraxen arbeiten, deutet das darauf hin, dass die Vorteile von Teamwork, Zusammenschlüssen, Versorgungszentren und ärztlichem Patientenmanagement (für das bei uns keine Vergütung vorgesehen ist), noch nicht als erstrebenswert angesehen werden. Der erzielbare Mehrwert und die Vermeidung von Fehlern auf verschiedenen Ebenen kann realistisch für die Patienten, für die Ärzte selbst und für das System benannt werden. Es sollte gelingen, an Stelle der Abschottung von Kompetenzbereichen und einer „Jeder-für-sich-Strategie“ den neuen, gemeinsamen Zielen erstrebenswerte Vorteile abzugewinnen.

Ein nicht einfach zu erfüllender Aspekt könnte die Forderung nach der Dokumentation Risiko-adaptierter Outcomes (= Mehrwert aus Sicht des Patienten) werden. Outcomes und Gesamtkosten der Versorgung müssen Bestandteil der Leistung werden und für Entscheidungsträger zugänglich sein, weil wir Ärzte nur durch die Bereitstellung von Daten zu den beiden Dimensionen, Outcomes und Kosten, die „begrenzten Freiräume“ erhalten werden, die wir benötigten. Ärztliches Patientenmanagement und Kostentransparenz sind dazu erforderlich. Als Einstieg in die

Outcome-Messung würde es ausreichen, die 20 häufigsten Erkrankungen in wenige Risikogruppen zu unterteilen und die patientenrelevanten Probleme und die Gesamtkosten der Versorgung in jeder Risikogruppe zu erfassen.

Die drei genannten Forderungen skizzieren die Aufgabengebiete, die zu bearbeiten sind, wenn wir die gefühlte Sicherheit nicht nur als Lippenbekenntnis in die Versorgung integrieren möchten. Gefühlte Sicherheit kann aus wirtschaftlichen Überlegungen nicht generell gewährt werden. Durch eine inhaltliche Änderung des Ziels von Kosten zu Werten lassen sich die notwendigen Freiräume gestalten, die wir brauchen, um Grundbedürfnisse der Patienten zu erfüllen.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

#### Literatur

- 1 Barratt A, Howard K, Irwing L, Alkeld G, Houssami N. Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. *BMJ* 2005; 330 (7497): 936 Epub 2005 Mar 8
- 2 Evans I, Thornton H, Chalmers I. Testing treatments: better research for better healthcare. The British Library, London 2006
- 3 Frey B, Benz M. Ökonomie und Psychologie: eine Übersicht Universität Zürich 23. Oktober 2001. Working paper #92
- 4 Gigerenzer G. Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin Verlag, Berlin 2002
- 5 Grandt D, Müller-Oerlinghausen B. Elektronische Gesundheitskarte: Anforderungen an die medizinischen Daten. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101: 2102–2105
- 6 Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104: 2584–2591
- 7 Maslow AH. Motivation und Persönlichkeit. Rowolt, Reinbek b. Hamburg 1999
- 8 Merenstein D. Winners and losers. *JAMA* 2004; 291: 15–16
- 9 Müller M. Increasing safety by increasing optimized team interaction: evidence from the aviation industry. In: Porzolt F, Kaplan RM (Eds). *Optimizing Health – Improving the Value of Healthcare Delivery*. Springer, New York 2006; 131–145
- 10 Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Boston Mass., Harvard Business School Press 2006
- 11 Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007; 297: 1103–1111
- 12 Porzolt F, Strauss B. Evidenzbasierte Medizin: Konflikt ist lösbar. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: A-761
- 13 Porzolt F, Williams AR, Kaplan RM, (Hrsg). *Klinische Ökonomik Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen*. Ecomed Verlagsgesellschaft 2003
- 14 Porzolt F, Kaplan RM, (Eds). *Optimizing Health – Improving the Value of Healthcare Delivery*. Springer, New York, 2006
- 15 Royal Courts of Justice. In the High Court of Justice, Family Division Neutral citation [2002] EWHC2734 (Fam.) Cases nos: FD02p01866 & FD02p01867. 11 December 2002
- 16 Ruß HG. Empirisches Wissen und Moralkonstruktion. Frankfurt a.M., 2002
- 17 Schulenburg J-M Graf, Greiner W, (Hrsg). *Gesundheitsökonomik*. Tübingen. Mohr Siebeck Verlag, S.27, 2000
- 18 Thaler RH. From Homo Economicus to Homo Sapiens. *J Econ Perspect* 2000; 14: 133–141
- 19 Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg med* 1996; 28: 657–665