

«Warum ausgerechnet ich?», fragt sich der Patient, der mit einer erschütternden Diagnose konfrontiert wird. «Warum gerade ich?», könnte sich auch fragen, wer von einer Behandlung profitiert. In beiden Fällen hat nämlich der anonyme Zufall (wer will, kann ich ihn auch Schicksal nennen) seine Finger im Spiel. Aber wie, mögen Sie fragen, ich behandle doch meine Patienten individuell und nach den neuesten Richtlinien, und nicht nach dem Zufallsprinzip! Tatsächlich aber weiss ein Arzt vor allem bei präventiven Behandlungen nicht, ob er dem vor ihm sitzenden Patienten wirklich helfen wird, wenn er ihm das Medikament X oder Y auf lange Sicht verschreibt. Therapieerfolge beruhen auf Wahrscheinlichkeiten, individuelle Vorhersagen über den Ausgang lassen sich nicht treffen. Bei den meisten Risikopatienten müssen wir konstatieren, dass es nicht gelingen wird, sie in einem definierten Zeitraum vor einem «Ereignis» zu bewahren.



Wirksamkeit der Behandlung, sondern auch mit geringerem Basisrisiko der Behandelten. Mit anderen Worten: Sie hängt davon ab, wie hoch das Risiko ist für Patienten, wenn sie nicht behandelt werden. Deshalb muss man besonders aufpassen, wenn die NNT verschiedener Therapien miteinander verglichen werden, ohne dass diese direkt gegeneinander getestet wurden.

## Statistik und Menschenverstand

Um Erfolgsaussichten einer Therapie abzuschätzen, hat man früher oft die Senkung des relativen Risikos angegeben – beeindruckende Prozentzahlen kommen da heraus, mit denen sich gut Marketing treiben lässt, die aber den wahren Nutzen eher verschleiern. Auf Kosten des relativen Risikos hat inzwischen eine andere Kenngrösse Karriere gemacht: die «Number needed to treat», kurz NNT. Sie sagt aus, wie viele Patienten man behandeln muss, um ein Ereignis zu verhindern. Am liebsten wäre es uns natürlich, wenn diese 1 betrüge. Dann hätte man alle betreffenden Patienten erfolgreich behandelt. Zudem wären auch nur diese von Nebenwirkungen betroffen, während ansonsten immer zahlreiche Patienten behandelt werden, die das Therapieziel verfehlen, dafür aber potenzielle Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Nach dem Obengesagten wundert es nicht, dass im präventiven Bereich NNT von unter 25 schon als hohe therapeutische Ausbeute gelten. In der Akutbehandlung wären solche Erfolgsraten ein Desaster, entsprechende Therapien würden bald aus der therapeutischen Landschaft verschwinden.

Doch auch die NNT darf man nicht naiv betrachten. Sie steigt nämlich nicht nur mit abnehmender

NNT dürfen also nicht als fixe Grösse verstanden werden, die zu einem Medikament gehören wie das Kind zur Mutter. Die NNT kann man verringern, indem man eine Therapie genau denen verordnet, die am meisten profitieren, bei denen also das Basisrisiko hoch ist. Daraus lässt sich ableiten, dass eine aufwändige Risikostratifizierung notwendig ist. «Eine genaue nicht invasive Abklärung ist meist vorteilhafter als eine jahrelange, nutzlose medikamentöse Behandlung», schrieb der deutsche Internist Professor Manfred Anlauf im Dezember vergangenen Jahres im Deutschen Ärzteblatt ([www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)). Dass die NNT durch bessere Diagnostik und durch Therapieanpassungen gesenkt werden kann, ist aber bislang nicht gezielt untersucht worden. «So lange die hierzu möglichen und notwendigen Studien nicht vorliegen, genügt einfacher Menschenverstand, wie so häufig in der Medizin», lautet das Fazit von Anlauf. Ob es dem Arzt finanziell gedankt werde, sei aber zweifelhaft, denn bessere Diagnostik könne er eben nicht mit eingesparten Therapiekosten verrechnen.

Uwe Beise