

**ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN**

# *Dr. med. Malbuse*

Nr. 99 Januar/Februar 1996

21. Jahrgang

D 6424 F

9,80 DM

Qualität  
in der Medizin  
Pflegekammern  
Medizinische  
Ethik  
Pflegeversicherung  
und Heime



# Neue medizinische Kultur

## Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff

von David Klemperer

*Qualität in der Medizin muß sich stärker als bisher an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Dafür ist zum einen eine wissenschaftliche Überprüfung von medizinischen Maßnahmen auf ihren tatsächlichen Nutzen notwendig. Zum anderen sollten Ärzte und Ärztinnen ihre Patienten und Patientinnen stärker in die Entscheidungen einbeziehen. Dies erfordert ein grundlegendes Umdenken auf beiden Seiten.*

**W**ill ein Patient die Qualität seiner medizinischen Versorgung beurteilen und zu ihrer Verbesserung beitragen, steht er vor drei Problemen: Als erstes fehlen ihm zuverlässige Kriterien für die Einschätzung der Qualität. Zweitens ist es schwierig, Qualität überhaupt zu definieren. Zum dritten wird er im Gesundheitssystem nicht als gleichberechtigter Partner anerkannt.

Will ein Arzt die Qualität der von ihm erbrachten medizinischen Versorgung beurteilen, ergeht es ihm nicht viel besser. Zwar ist er in der Beziehung zum Patienten der Stärkere, aber auch ihm fehlen zuverlässige Kriterien und eine verbindliche Definition des Begriffes „Qualität“.

Ein Patient erwartet von der Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität bzw. der Lebenserwartung. Er erwartet, daß er optimal versorgt und durch die Behandlung so wenig wie möglich belastet bzw. gefährdet wird. Dies dürfte einer Definition von Qualität aus Sicht des Patienten entsprechen.

Vom Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA wurde 1990 folgende Definition entwickelt: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (Lohr und Schroeder 1990). Die sinnigste Übersetzung lautet: Qualität der Behandlung ist das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder

Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.

Bei dieser „patientenzentrierten“ Definition steht nicht das Ergebnis medizinischen Handelns alleine im Mittelpunkt, sondern gerade das vom Patienten erwünschte Ergebnis, dieses jedoch gemessen an dem Erkenntnisstand der Medizin. Daraus folgt, daß Qualität nur in enger Zusammenarbeit von Arzt und Patient erzielt werden kann. Die Beteiligung des Patienten an der Planung der Behandlung und seine bewußte Entscheidung dafür oder dagegen aufgrund von umfassender Information durch den Arzt ist somit unabdingbare Voraussetzung für Qualität.

### Qualitätsmängel allerorten

Für Qualitätsprobleme gibt es bereits seit langem deutliche Hinweise. Am bekanntesten und am besten erforscht sind die regional sehr unterschiedlichen Raten für Untersuchungen, Therapie und Operationen („geographical variations“) (Übersicht bei Klemperer 1990). Als Schlaglichter seien hier einige Beispiele genannt:

- In den USA wurde 1976 2,3mal häufiger operiert als in England (McPherson et al. 1981).
- Im Vergleich verschiedener Regionen hatte ein Mitglied der US-amerikanischen Krankenversicherung für alte Menschen (Medi-

caid) in der Region mit der höchsten Durchführungsrate eine 26mal höhere Wahrscheinlichkeit, eine Verödung seiner Hämorrhoiden zu erhalten, als derjenige in der Region mit der niedrigsten Durchführungsrate. Die Mehrzahl der untersuchten medizinischen Maßnahmen unterschied sich in den jeweiligen Regionen mindestens um den Faktor drei (Chassin et al. 1986).

- In Deutschland gab es 1967 dreimal so viele Blinddarmentfernungen als in den meisten anderen Ländern der Welt (Lichtner und Pflanz 1972). Dazu hatte ein Hannoveraner Angestellter im Jahre 1967 im Vergleich zu einem Hannoveraner Arbeiter eine dreifach höhere Chance, den Blinddarm herausgenommen zu bekommen.

- Die Indikationsstellung zur Entfernung der Gebärmutter gilt schon lange als problematisch. Viele Frauen werden operiert, obwohl keine oder nur eine fragwürdige Indikation besteht (Bernstein et al. 1993, Carlson et al. 1993, Domenighetti et al. 1988, Coulter et al. 1988, Dyck et al. 1977, Lembecke 1956, Doyle 1953, Miller 1946).

- Die sogenannte Dortmund-Studie (Friebel et al. 1987 I, II, 1988 I, II) wies gravierende Qualitätsmängel bei der Medikamentenverschreibung durch die niedergelassenen Ärzte nach.

Eine einfache Begründung für die beschriebenen Unterschiede gibt es nicht. Die Gleichung hohe Raten gleich „overuse“ (nicht indizierte, aber durchgeführte Maßnahmen), niedrige Raten gleich „underuse“

(indizierte, aber nicht durchgeführte Maßnahmen) trifft nicht zu (Leape et al. 1990, Chassin et al. 1987, Wennberg 1984). Unverkennbar ist jedoch, daß nicht etwa unterschiedliche Erkrankungsraten die Ursache sind, sondern daß die Indikationsstellung vielmehr von Faktoren beeinflusst wird, die mit medizinischer Rationalität nichts zu tun haben.

Dies ist nachgewiesen für:

- Vergütungssystem (Escarce 1993 bzw. Ginsburg und Hogan 1993, Greenfield et al. 1992, Scovern 1988, Bock 1988, Epstein et al. 1986, Manning et al. 1984, Abholz und Dreykluft 1983),
- finanzielle Verwicklungen bzw. wirtschaftliche Teilhaberschaft, Selbstüberweisung (Swedlow et al. 1992, Mitchell und Sunshine 1992),
- medizinische Infrastruktur (Welch 1993, Redelmeier 1993, Rouleau et al. 1993, Greenfield et al. 1992, Leape et al. 1989, Roos 1983, Bunker 1970, Lewis 1969),
- soziale Schichtzugehörigkeit der Patienten (Gould et al. 1989, Lichtner und Pflanz 1972),
- Geschlecht des Patienten bzw. der Patientin (Every et al. 1993, Udvarhelyi et al. 1992, Hontschik 1987),
- Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin (Lurie et al. 1993),
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe (Every et al. 1993, Whittle et al. 1993, Ayanian et al. 1993, Todd et al. 1993, Udvarhelyi et al. 1992, Gould et al. 1989),
- Psychodynamik der Arzt-Patient-Beziehung (Hontschik 1987),
- Befürchtung von Schadenersatzforderungen (Localio et al. 1993).

In diesem Zusammenhang sind einige Anmerkungen zur deutschen Ärzteschaft erforderlich. Die zahlreichen internationalen und wenigen nationalen Arbeiten zur Qualität werden von der deutschen Ärzteschaft und insbesondere von den Organen der Selbstverwaltung kaum zur Kenntnis genommen. So äußerte der Vorsitzende eines großen deutschen Ärzteverbandes öffentlich, die deutsche Medizin sei die beste der Welt, und daran könne es gar keinen Zweifel geben (Thomas 1990). Dies bestätigt die Feststellung von de Ridder und Dißmann (1991), einem Internisten und einem Chefarzt der Inneren Medizin aus Berlin, daß die Bereitschaft und Fähigkeit gerade deutscher Mediziner, die Angemessenheit, Effizienz und Konsequenzen ihres Handelns kritisch zu hinterfragen – zu Virchows Zeiten einst hoch entwickelt – sich heute auf einem Tiefpunkt befinde. Auch für die Zeit der Weimarer Republik gibt es Belege, daß Qualitätsfragen auch von Meinungsführern der deutschen Ärzteschaft offen thematisiert wurden (zum Beispiel Klemperer 1920).

Seit 1933 führt das Thema Qualität in der deutschen Medizin nur ein Schattendasein, während in den USA, in England und Skandinavien dazu eine lange Tradition in Forschung und Diskussion besteht.

Auf ihrem 96. Ärztetag im Mai 1993 in Dresden hat die deutsche Ärzteschaft die Meinungsführerschaft für die Qualitätssicherung eingefordert. Bis heute gibt es keine Anzeichen dafür, daß sich hier unter dem Druck der Gesetzgebung tatsächlich etwas Grundlegendes ändert. Die Mitgliedschaft von Patientenvertretern ist in den zwischenzeitlich entstandenen Gremien jedenfalls nicht vorgesehen.

## Informationsflut bewältigen

Der Arzt, der seine Entscheidungen auf aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage treffen möchte, kann sich vor Informationen kaum retten. Bernier (1979, nach Haynes et al., I 1986) schätzte die Anzahl der 1979 in bio-medizinischen Fachzeitschriften erschienenen Artikel auf zwei Millionen, also 5 500 pro Tag bei geometrischer Wachstumsrate. Bei Lektüre von zwei Artikeln pro Tag befände sich der Arzt nach einem Jahr 55 Jahrhunderte im Rückstand.

Die Bewältigung dieser Informationsflut ist für den einzelnen Arzt sicherlich nur möglich, wenn er sich bestimmte Techniken aneignet, und zwar

- zur Beurteilung der Qualität medizinischer Publikationen,
- zur Selektion der für ihn wesentlichen Literatur (Wyatt 1991, Haynes et al., II, III 1986, Williamson et al. 1986),
- zur Verfügbarmachung der Informationen (Haynes et al., VI 1986),
- zum Lösen klinischer Probleme (Haynes et al., IV 1986),
- zur Nutzung von PC und medizinischen Datenbanken (Haynes et al., V 1986).

Solche Techniken werden jedoch in der Aus- und Fortbildung der Ärzte bislang nur ansatzweise berücksichtigt. So kann es nicht verwundern, daß neue Erkenntnisse häufig nur langsam und unsystematisch in die medizinische Praxis vordringen. Einerseits halten Ärzte an Methoden fest, deren Nutzlosigkeit längst erwiesen ist (Grimes 1993, Greer 1988), andererseits werden neue Methoden mit evaluiertem und unbestrittenem Nutzen nur von einem Teil der Ärzte angewendet (Ketley und Woods 1993, Lamas et al. 1992, Classen et al. 1992). Es überrascht auch nicht, daß der Kenntnisstand von Medizern (hier: Internisten) kontinuierlich sinkt, je länger der Studienabschluß zurückliegt (Ramsey 1991).

An dieser Stelle ist anzumerken, daß insbesondere die Hersteller von Arzneimittelprodukten den Ärzten Informationen von fragwürdiger Qualität zur Verfügung stellen (O'Mahony 1993). Dies erfolgt nicht nur durch die über 10 000 Pharmavertreter in Deutschland. Die finanzielle Abhängigkeit auch namhafter medizinischer Fachzeitschriften von ihren Anzeigenkunden bleibt nicht ohne Auswirkungen auf ihren redaktionellen Teil. Dies ist zumindest für englischsprachige Fachzeitschriften erwiesen,

und dies sogar für solche, die einer „peer-review“ (Beurteilung der zur Veröffentlichung eingereichten Arbeiten durch Experten) unterliegen. Bero et al. (1992) haben hier einen deutlichen qualitätsmindernden Einfluß auf Berichte über Veranstaltungen nachgewiesen, die von Herstellern pharmazeutischer Produkte gesponsert wurden.

Als Reaktion darauf ist sicherlich die vom International Committee of Medical Journal Editors (1993) verabschiedete Stellungnahme zu Anzeigen in medizinischen Zeitschriften zu sehen.

Sicher ist das Problem der Informationsflut nicht allein durch den einzelnen Arzt lösbar. Angesprochen sind auch die medizinischen Fachzeitschriften und Verlage. Neue Formen der Zusammenfassung vorhandenen Wissens und neue Formen der Präsentation sind erforderlich und gewinnen zumindest im angloamerikanischen Raum zunehmend an Bedeutung, wie zum Beispiel Metaanalyse der Literatur, informativere Abstracts, Zeitschriften, die Studienergebnisse aus zahlreichen Fachzeitschriften in kurzer und prägnanter Form wiedergeben, Übersichtsartikel (review articles) mit definierten Qualitätsanforderungen usw.

## Mehr und besser evaluieren

Seit Anfang der 70er Jahre hat sich vorwiegend in den USA und in England eine Forschungsrichtung entwickelt, die sich mit der klinischen Entscheidungsfindung beschäftigt. Ziel ist die Erarbeitung der medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen, welche die praktisch tätigen Ärzte zur Verbesserung ihrer Entscheidungen und Vorgehensweisen benötigen. (Kassirer et al. 1987, Tröhler 1991).

Die meisten anerkannten Theorien zur Behandlung häufiger Krankheiten sind nicht angemessen evaluiert, das heißt nicht systematisch und auf wissenschaftlicher Grundlage auf ihre Gültigkeit und ihren Wert in der Praxis untersucht worden.

Eine amerikanische Arbeitsgruppe (Evidenced-Based Medicine Working Group 1992) kommt zu dem Ergebnis, daß die wesentlichen Probleme bei der medizinischen Entscheidung weniger mit schlechter Qualität als vielmehr mit unzureichend evaluierter Theorie zu tun haben. Die wissenschaftliche Basis der Medizin müsse demnach verbessert werden.

Anerkannte Grundlage medizinischen Handelns und medizinischer Kompetenz seien bisher unsystematische Beobachtungen, ein Verständnis der Pathophysiologie (Mechanismen von Krankheit), klinische Erfahrung und daraus folgender klinischer Instinkt bzw. Intuition gewesen. Diese Grundlagen seien zwar notwendig, aber unzureichend und müßten, wenn immer möglich, systematisch überprüft werden.

Tatsächlich hat die Evaluation einiger gängiger und plausibel erscheinender Behand-



Foto: Irmi Long, Frankfurt/M.

lungsweisen zu überraschenden Ergebnissen geführt und erkennen lassen, daß – wie in den nachfolgenden Beispielen – mehr Schaden als Nutzen angerichtet wurde.

So stellte sich heraus, daß

- die Behandlung von Herzrhythmusstörungen nach einem Herzinfarkt mit einem damals weit verbreiteten Medikament (Tambacor®) das Sterberisiko erhöht (CAST 1989),
- die Beseitigung von Verengungen in den Halsschlagadern durch Ausschälung (Carotis-Endarteriektomie) – in den USA 1985 allein 107 000 Mal durchgeführt – nur bei eng umschriebenen Untergruppen und auch da nur bei Operateuren mit geringer Komplikationsrate zur Senkung des Risikos für einen Schlaganfall führt (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators 1991),
- bei Brustkrebs die 1894 erstmals beschriebene und bis Ende der 70er Jahre als Standard geltende Operationstechnik der Entfernung der weiblichen Brustdrüse einschließlich zweier Brustmuskeln und der Lymphknoten der Achselhöhle (Halstedt 1894) zumindest im Frühstadium (Stadium I und II) bezüglich der Lebenserwartung zu

keinem besseren Ergebnis führt als die Entfernung des Tumors unter Belassung der Brust mit anschließender Bestrahlung (Übersicht in: Harris et al. 1992),

- die Langzeit-Behandlung des Asthma bronchiale mit bestimmten Medikamenten aus der Substanzgruppe der beta-Mimetika – bis dahin ein Behandlungsstandard – mit erhöhter Sterblichkeit einhergeht (Spitzer et al. 1992).

Alle diese Beispiele stammen aus neuerer Zeit. Sie bestätigen die Aktualität der Aussage von Shafer (1982): „If the study of the history of medicine teaches us anything, it is that clinical judgement without the check of scientific controls, is a highly fallible compass.“ Die Beispiele zeigen, warum die Ärzte lernen müssen, ihr Vorgehen an „harten Endpunkten“ zu messen.

Diese entsprechen den Kriterien der oben genannten Definition von Qualität: der erreichbare Vorteil für den Patienten, der Wunsch des Patienten und die Wahrscheinlichkeit, diesen Vorteil zu erzielen.

Auch wird hier deutlich, daß die Einführung neuer Methoden in der Medizin überdacht werden muß. Bisher waren Hypothesen über den Nutzen ausreichend, um neue

Vorgehensweisen flächendeckend zu verbreiten. Sinnvoll erscheint dagegen, wie von Grimes (1993) und Jennett (1992) gefordert, die vorherige Evaluation, das heißt eine Einführung unter kontrollierten Bedingungen, zum Beispiel im Rahmen von kontrollierten Studien. Dies hätte zum Ergebnis, daß relativ schnell Klarheit darüber geschaffen würde, ob sich die einer neuen Methode zugrunde liegende Hypothese in der Wirklichkeit bestätigt oder nicht.

Bemerkenswert ist, daß auch in diesem Sinne evaluierte und unbestritten nutzbringende Therapieverfahren unzureichend umgesetzt werden. Als Beispiel sei hier die Thrombolyse (medikamentöse Auflösung des Blutgerinnsels, welches eine Herzkranzarterie verschließt) bei akutem Herzinfarkt genannt (Ketley und Woods 1993, Lamas et al. 1992).

## Grundsätzliches Umdenken

Die Vorstellungen der Evidence-Based Medicine Working Group, dem medizinischen Alltag eine verbesserte wissenschaftliche Grundlage zu geben, laufen auf ein grundlegendes Umdenken in der Medizin hinaus.

auf einen Paradigmenwechsel. Diese Vorstellungen treffen bei Praktikern jedoch aus mehreren – ernst zu nehmenden – Gründen auf Vorbehalte:

- Die Spielregeln des Wissenschaftsbetriebes bedingen, daß unter häufig scharfen Konkurrenzbedingungen die berufliche Existenz und Fortschritte in der Karriere in erster Linie von der Quantität der wissenschaftlichen Publikationen abhängen („publish or perish“). Publikationen minderer Qualität bis hin zu Fällen von Betrug sind die Folge.

- Die „akademisch-industriellen Beziehungen“ mit daraus folgenden finanziellen Abhängigkeiten und Interessen der Wissenschaftler können die Objektivität von Forschungsarbeit beeinträchtigen (Kassirer und Angell 1993, Thompson 1993, Blumenthal 1992, Relman 1989).

- Wissenschaftliche Untersuchungen, welche die Alltagsbedingungen berücksichtigen, sind eher rar. Wirksamkeitsnachweise unter Studienbedingungen und Anwendbarkeit in der Praxis sind durchaus nicht gleichzusetzen, wissenschaftliche Erkenntnisse somit nicht automatisch auf die Patientenbetreuung übertragbar.

- Randomisierte Studien bevorzugen als Untersuchungsobjekte weiße Männer im mittleren Lebensalter und schließen Frauen und Minderheiten aus bzw. lassen sie unterrepräsentiert; die Übertragung der Ergebnisse auf andere Gruppen darf dennoch nicht unkritisch erfolgen (Wenger et al. 1993, Bennett 1993, Merkatz et al., Angell 1993, Cotton 1990 I und II).

- Wissenschaftliche Studien mit statistisch signifikanten Ergebnissen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit publiziert als solche ohne („publication bias“) (Easterbrook et al. 1991).

- Wissenschaftliche Daten werden bisweilen solange „gequält“, bis sie das aussagen, was der Untersucher wünscht („data torturing“) (Mills JL 1993).

- Die Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien zu einem Problem sind häufig widersprüchlich.

- Die Erfahrungen des Praktikers stehen bisweilen im Widerspruch zur wissenschaftlichen Erkenntnis.

- Im medizinischen Alltag – insbesondere in der Allgemeinmedizin – dominieren die Befindlichkeitsstörungen. Klar definierte Krankheitsbilder sind eher selten.

- Bei einigen Praktikern besteht ein allgemeines Mißtrauen gegenüber statistischen Methoden.

Konsequenz des Praktikers sollte hier nicht die Ablehnung von Wissenschaftlichkeit sein. Vielmehr ist von der Wissenschaft zu fordern, sich vermehrt der medizinischen Alltagsprobleme anzunehmen und gerade auch die Medizin, so wie sie tagtäglich ausgeübt wird, wissenschaftlich zu erforschen und zu durchdringen. Beispielhaft erscheint hier die Studie von Sawicki et al. (1993) über

die Verbesserung der Ergebnisse der Bluthochdruck-Behandlung in Arztpraxen.

Eine Verbesserung der Glaubwürdigkeit der Wissenschaftler könnte auch durch einen offenen Umgang mit Interessenkonflikten erreicht werden. Beispielhaft erscheinen die Anforderungen des New England Journal of Medicine an seine Autoren, etwaige mit dem Forschungsgegenstand verbundene finanzielle Interessen offenzulegen (Relman 1990).

Bezüglich der Verbesserung des wissenschaftlichen Niveaus im medizinischen Alltag bleibt es Aufgabe auch der niedergelassenen Ärzte, Techniken zu entwickeln, die Informationsflut zu kanalisieren und Publikationen auf ihre Qualität zu beurteilen sowie Kriterien zu entwickeln für die Abänderung von Vorgehensweisen.

## Richtlinien und Standards

Medizinische Richtlinien bzw. Standards gibt es seit vielen Jahren, in letzter Zeit erhalten sie jedoch vermehrt Aufmerksamkeit. Während sie in Deutschland bisher eine untergeordnete Rolle spielen und vorwiegend skeptisch betrachtet werden, sind sie insbesondere für die Entwicklung des Gesundheitswesens in den USA, aber auch in England, bereits von großer Bedeutung. Gerade in den USA sind reichhaltige Erfahrungen gesammelt worden (Farmer 1993). Allein das Institute of Health hat im Rahmen seines Konsensus-Entwicklungs-Programmes von 1977 bis 1990 zu etwa 100 Themen Konsensus-Konferenzen durchgeführt (Skrabaneck 1990). Haines und Feder (1992) sprechen gar von einer „guideline writing industry“.

Von unterschiedlichen Gruppen werden Richtlinien mit unterschiedlichen Zielen und Absichten erarbeitet, wie zum Beispiel Verbesserung der Qualität, Minderung nicht gerechtfertigter geographischer Variationen, Steigerung von Effektivität und Effizienz, Kostensenkung. In jedem Fall geht es darum, das Verhalten von Ärzten zu verändern. Eine verbindliche Definition des Begriffes liegt nicht vor.

Nach der Definition von Audet et al. (1990) sind Richtlinien (practice guidelines) „systematisch entwickelte Stellungnahmen, um den praktisch tätigen Arzt und den Patienten bei Entscheidungen über die angemessene gesundheitliche Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen“ (Übers. d. Verf.). Sie wenden sich also an den Praktiker vor Ort.

Untersuchungen über die Wirksamkeit von Richtlinien sind noch nicht sehr zahlreich (einige Beispiele: Emslie et al. 1993, Dodwell et al. 1993, Royal College of Radiologists Working Party 1993, Avorn et al. 1992, Lomas et al. 1989, Audet et al. 1990, Brook 1989). Sie haben die teils überhöhten Erwartungen auf ein realistisches Maß gebracht. Sie zeigen, daß nur ein Teil der Richtlinien die medizinische Praxis beeinflußt

hat. Die Veröffentlichung als einzige Maßnahme („single shot“) führte bisher kaum zu Verhaltensänderungen bei den Ärzten, auch nicht bei nachgewiesener Kenntnis des Inhaltes. Bei systematischer Implementierung, welche die unterschiedlichen Einflüsse auf das Verhalten der Ärzte und gegebenenfalls auch der anderen beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt, sind Qualitätsverbesserungen möglich. Als ein Beispiel dafür sei der erfolgreiche Versuch genannt, die Verschreibung von psychoaktiven Substanzen an Bewohner von Pflegeheimen zu reduzieren (Avorn et al. 1992).

Delamothe (1993) vertritt den Standpunkt, daß die Pläne zur Implementierung von Richtlinien ein größeres Maß an Überlegung und Bemühung erfordern als deren Erstellung.

Phelps (1993) hat die methodischen Probleme und Unzulänglichkeiten bei bisherigen Untersuchungen der Angemessenheit (appropriateness) von medizinischen Maßnahmen analysiert. Kassirer (1993) äußert sich skeptisch und hält die generelle und verbindliche Einführung von Standards und Richtlinien für verfrüht. Farmer (1993) weist darauf hin, daß sich in den USA die Regierung ausdrücklich eine (politische) Rolle bei der Erstellung von Richtlinien für die staatlichen Versorgungssysteme (Medicaid, Medicare) vorbehält. Farmer warnt in diesem Zusammenhang auch vor dem Druck, Qualitätsstandards bei finanziellem Zwang nach unten anzupassen („downward pressure on standards from financial constraints“). Charlton (1993) warnt vor Tendenzen der Einflußnahme der Management-Ebene des englischen National Health Service auf die klinische Praxis mit Hilfe von Richtlinien. Sheldon und Smith (1993) schließlich weisen auf Beispiele hin, wo sich hinter Veranstaltungen, die als Konsensus-Konferenz bezeichnet werden, Werbeveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie verbergen.

Alles in allem geben die bisherigen Erfahrungen mit Standards und Richtlinien keinen Anlaß zu Euphorie. Vor überhöhten Erwartungen bezüglich Qualitätsverbesserungen ist also zu warnen. Das Ziel von Richtlinien und Standards muß sein, die medizinische und gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Politische und finanzielle Erwägungen sind dabei nachrangig. Deshalb muß sowohl die Erarbeitung als auch die Richtlinie selbst bestimmten Qualitätsanforderungen genügen.

Eddy (1990, I, II) beschreibt in diesem Sinne „Standards für Standards“, worin sowohl die Methoden der Erarbeitung als auch Form und Inhalt des Standards bzw. der Richtlinie definiert werden. Im Ergebnis sollte ein Standard zutreffend („accurate“), nachvollziehbar („accountable“), in den Folgen vorhersehbar („predictable“), vertretbar („defensible“) und praktisch umsetzbar („usable“) sein.

Wesentlich für nachvollziehbare und vertretbare Standards ist es laut Eddy, die zugrundeliegenden Originalarbeiten zu nennen, die Konfliktbereiche herauszuarbeiten, die zur Lösung dieser Konflikte erforderlichen Informationen zu geben, aber auch die Bereiche und Grade der Unsicherheit zu benennen. Es darf kein Konsens vorgespiegelt werden. Richtlinien sollten vielmehr die vorhandenen Kontroversen in aller Deutlichkeit wiedergeben. Eddy (1990, III) fordert weiterhin die flexible Handhabung von Richtlinien. Wenn die Ergebnisse einer Behandlung oder aber die Wünsche der Patienten für diese Ergebnisse unsicher oder variabel sind, muß der Arzt Spielraum haben, die Richtlinien auf den Einzelfall anzuwenden.

Je nach Grad der (Un-)Sicherheit schlägt Eddy die Unterteilung der Richtlinien in Standards („standards“), Leitlinien („guidelines“) und Optionen („options“) vor. Standards sind demnach für praktisch alle Fälle anzuwenden, Leitlinien sollten in den meisten Fällen befolgt werden, und Optionen nennen eine Maßnahme als Möglichkeit, ohne ihre Anwendung oder Bevorzugung zu empfehlen.

Bezogen auf die Wünsche der Patienten (nach vollständiger Information über die Ziele und die Wahrscheinlichkeit, sie zu erreichen) sind Standards die Maßnahmen, für die sich mindestens 95 Prozent der Patienten entscheiden, Leitlinien 60 bis 95 Prozent und Optionen 40 bis 60 Prozent. Ein praktisches Beispiel für die Anwendung dieses auf dem Grad der Übereinstimmung („agreement-level“) beruhenden Konzeptes stellen die Richtlinien zu sexuell übertragbaren Erkrankungen der US-amerikanischen Centers for Disease Control dar (U.S. Department of Health and Human Services 1991).

## Patient im Mittelpunkt

### Arzt-Patient-Beziehung

Der medizinische Fortschritt im 19. Jahrhundert hatte auch eine veränderte Betrachtungsweise des Patienten zur Folge. Der Patient als Individuum mit seinen subjektiven Äußerungen und Bedürfnissen wick nach und nach aus dem Blickfeld der Medizin. Ein wissenschaftliches, technisches und objektives Verständnis von Krankheit wurde zur Maxime. Dies führte zu der passiven Rolle, die der Patient bis heute im Medizinbetrieb einnimmt.

Kassirer (1983) beschreibt die schwache Position, in der sich die Patienten im Gesundheitssystem befinden. Sie sind von den Ärzten mit ihrem Expertenwissen – um das es, wie oben ausgeführt, nicht immer sehr gut bestellt ist – abhängig. Diese geben ihnen kaum die Möglichkeit, die zumeist von ihnen allein getroffenen Entscheidungen nachzuvollziehen. Die Patienten sind zudem häufig infolge ihrer Erkrankung in einer Ausnahmesituation, haben Angst und fühlen sich schwach und verletzlich.

Kassirer führt dazu weiter aus, daß Ärzte den Patienten die Entscheidung auch deshalb gerne abnehmen, weil sie

- ihnen eine gute Entscheidung nicht zutrauen,
- den hohen Zeitaufwand für detaillierte Informationen zu allen bedeutsamen Aspekten scheuen oder sich nicht leisten können,
- es nicht gewohnt sind, lange detaillierte Diskussionen über medizinische Sachverhalte mit Patienten zu führen,
- nicht über die Daten verfügen, die ein Patient erfragt, und weil es
- ihnen Schwierigkeiten bereitet, medizinische Sachverhalte in einer dem Laien verständlichen Form darzustellen.

Die so entstandenen Entscheidungen sind mit dem patientenzentrierten Qualitätsbegriff nicht vereinbar.

Wollen die Ärzte die Entscheidung im Dialog mit dem Patienten finden, müssen sie bestimmte Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln, in erster Linie im kommunikativen Bereich. Das Training dieser Fertigkeiten ist bis jetzt in den Lehrplänen der medizinischen Fakultäten nicht ausreichend verankert (McManus 1993).

Der Patient steht dagegen vor der schwierigen Aufgabe, diesen Dialog einzufordern und dem Arzt seine Erwartungen und Fragen mitzuteilen. Dazu muß er lernen, die Fragen, die für ihn die Qualität einer Maßnahme ausmachen, an den Arzt zu stellen:

- Welchen Nutzen verspricht die Maßnahme?
- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß ich den Nutzen erlange (ausgedrückt in einer Zahl)?
- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß ich einen Nachteil erleide (ausgedrückt in einer Zahl)?
- Will ich, nachdem mir die Antworten auf die vorangehenden Fragen vorliegen, überhaupt den Nutzen erlangen, und will ich die damit verbundenen Risiken in Kauf nehmen, oder verzichte ich auf die Maßnahme und nehme die damit eventuell verbundenen Risiken in Kauf?

Diese Fragen sind für alle Bereiche der Medizin anwendbar: Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Ein Beispiel dafür, wie ein in diesem Sinne geführtes Gespräch verlaufen kann, liefert Lee (1993) am Beispiel der Mammographie als Screening-Untersuchung auf Brustkrebs für eine 40jährige Frau.

Werden die Ärzte nur häufig genug mit Fragen nach Nutzen und Risiken konfrontiert, werden auch sie vermehrt nach Antworten darauf suchen müssen. Dabei werden sie feststellen, daß Antworten häufig genug nicht vorliegen (Brook 1989). Dadurch sollte ein – hochgradig wünschenswerter – Druck auf die Erforschung der Ergebnisse medizinischen Handelns („outcome research“) entstehen als Teil einer neuen medizinischen Kultur.

Im Mittelpunkt dieser neuen Kultur steht das Wiedererscheinen des Patienten mit sei-

nen individuellen, seinen sozialen, ethischen und religiösen Werten (Reiser 1993), denn von der Bedeutung dieser Werte, so Reiser, versteht niemand mehr als der Patient selbst. Der Patient als Experte für die Werte-Seite – im Gegensatz zu den Medizinern und Wissenschaftlern für die technische Seite – sollte beteiligt werden an

- der Ausbildung der Ärzte,
- der Planung von wissenschaftlichen Studien,
- der Erarbeitung von medizinischen Standards und Leitlinien.

In der angloamerikanischen Literatur wird übrigens auf die Notwendigkeit der Beteiligung der Patienten insbesondere bei der Erstellung von Standards und Richtlinien immer wieder hingewiesen (Lancet 1992, Haines und Feder 1992, Clinton 1991, Brook 1989).

Mit der Verwirklichung dieser Forderungen rückt der Patient dahin, wo er hingehört: in das Zentrum der Bemühungen um Qualität in der Medizin, und zwar nicht als passives Subjekt, sondern als Experte.

### Patientenstellen

Patientenstellen sind in den 80er Jahren in mehreren Städten der damaligen BRD in der Folge von Qualitätsmängeln entstanden.

So wurden die beiden Hamburger Patientenstellen anlässlich der sogenannten Bernbeck-Affäre gegründet (Kranich 1993), dem größten bekanntgewordenen medizinischen Qualitäts-Desaster in der Geschichte der Bundesrepublik.

Bisher bieten sie in erster Linie Einzelberatung. Eine Stärkung und Professionalisierung zur Mitarbeit an grundsätzlichen Fragen der Qualität auch auf der politischen Ebene könnte ein Weg sein, Patienteninteressen stärker zur Geltung zu bringen. Nach Eindruck des Verfassers herrscht in Patientenstellen jedoch eher eine grundsätzlich skeptische bis ablehnende Haltung gegenüber wissenschaftlichen Methoden zum Nachweis der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen.

### Gesundheitskonferenzen

Gesundheitsberichterstattung hat die Aufgabe, die Situation des Gesundheitswesens darzustellen und darauf aufbauend gesundheitspolitische Ziele zu formulieren. Dies geschieht in erster Linie, indem vorhandene Daten problemorientiert zusammengeführt, ausgewertet und interpretiert werden und erst in zweiter durch Erhebung neuer Daten.

Die Aufgabe von lokalen Gesundheitskonferenzen besteht darin, auf einer guten Datenbasis zu planen und damit zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beizutragen. Als Teilnehmer einer solchen Konferenz kommen alle mit gesundheitlichen Belangen befaßte Einrichtungen einer Kommune in Frage. Der Wert dieser Einrichtung ist noch nicht hinreichend evaluiert und erscheint insbesondere bei zu ho-

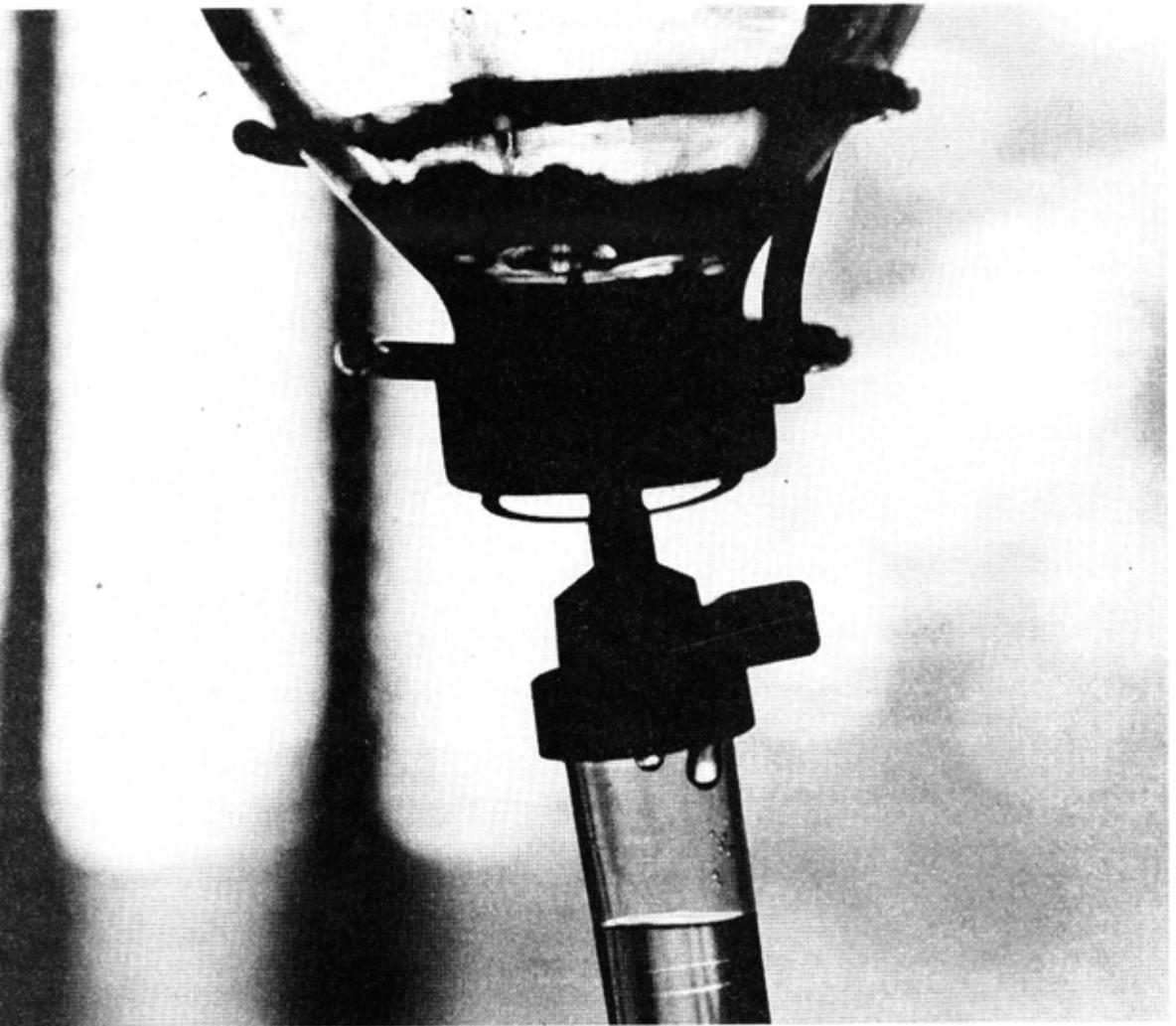


Foto: Irmi Long, Frankfurt/M.

her Heterogenität der Teilnehmer und bei nicht ausreichend hohem Konkretionsgrad der Aufgabenstellung durchaus fragwürdig.

Aussichtsreich erscheint jedoch der Versuch, umschriebene Bereiche mit bekannten Qualitätsmängeln zu thematisieren. Hier kann eine Gesundheitskonferenz gezielt mit motivierten Vertretern zusammengesetzt werden. Ein interessanter Aspekt besteht darin, bei passenden Fragestellungen die Interessen von Patienten einzubringen und auf diese Weise eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen.

## Fazit

Dem Begriff Qualität in der Medizin ist eine patientenzentrierte Definition zugrunde zu legen, das heißt eine Definition, welche den Wert aller medizinischen Maßnahmen an dem objektiven und insbesondere auch an dem subjektiven Gewinn für den Patienten bemißt. Die Ermittlung dieser Zielgrößen hat auf wissenschaftlicher Grundlage zu erfolgen. Bisher hat die Medizin diesbezüglich nur wenige Ergebnisse vorzuweisen.

Meßbarkeit ist eine Voraussetzung zur Beurteilung der Qualität medizinischer Maß-

nahmen. Hierfür können Standards bzw. Leitlinien ein taugliches Mittel sein, wenn sie selbst konkreten Qualitätskriterien genügen.

Für die Ärzte bedeutet der patientenzentrierte Qualitätsbegriff erhöhte Anforderungen unter anderem an ihre kommunikative Kompetenz. Der Dialog mit dem Patienten gerät in den Mittelpunkt der Verbesserung der Qualität. Wissenschaft und Lehre haben den Patienten noch zu entdecken als den Experten für die Fragen nach Werten und Ethik in der Medizin, auf den nicht verzichtet werden darf.

Auch an die Patienten werden neue Anforderungen gestellt. Sie sollten lernen, in einer für sie schwierigen Situation die für sie wesentlichen Fragen an die Ärzte zu stellen, und sich mit Antworten und Informationen minderer Qualität nicht zufrieden geben.

Der Medizin als Wissenschaft fehlen in den meisten Bereichen ausreichende Daten zur Umsetzung dieses Qualitätsbegriffes. Eine erhöhte Nachfrage aus dem medizinischen Alltag bezüglich der Ergebnisse medizinischer Maßnahmen könnte der Erforschung der Ergebnisse („outcome research“) dringend notwendige Impulse geben.

Ob sich die deutsche Ärzteschaft auf den patientenzentrierten Qualitätsbegriff und die damit verbundenen Herausforderungen einstellen kann, ist noch ungewiß.

Über die Möglichkeiten der Patienten, die Qualität in der Medizin zu verbessern, gibt es nur wenig Erfahrungen. Eine Beteiligung in den jetzt entstehenden Gremien, die sich mit Qualität in der Medizin auseinandersetzen, ist wünschenswert. Die Möglichkeiten von Patientenstellen und Gesundheitskonferenzen sollten erprobt werden.

*David Klemperer, Arzt,  
Gesundheitsamt Bremen Nord*

Der Artikel ist eine gekürzte, überarbeitete Fassung eines Beitrags aus dem Buch: „Patienten im Gesundheitswesen – Patientenunterstützung und -beratung“, herausgegeben von W. Damskowsky, S. Görres und K. Luckey (Maro-Verlag, 1995).

Eine ausführliche Literaturliste ist bei der Mabuse-Redaktion erhältlich.