

Noch Vision oder schon Wirklichkeit?

David Klemperer

„Neue medizinische Kultur – Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff“
aus Dr. med. Mabuse 99, Jan./Feb. 1996

Eine neue medizinische Kultur“ – nicht weniger als das forderte ich in diesem Aufsatz aus dem Jahr 1996. Wünsche müssen ja nicht bescheiden sein und so packte ich alles in den Beitrag hinein, was mir damals auf der Seele lag. Die Forderungen waren auch meine Reaktion auf einen Konflikt in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordrhein, wo mein Hinweis auf möglicherweise unnötige Operationen infolge der Anforderungen der Weiterbildungsordnung sehr emotional aufgenommen worden waren. In dem Artikel kann man nachlesen, welche Bausteine dieser neuen medizinischen Kultur ich darlegte. Als übergeordnetes Konzept empfahl ich die Evidenzbasierte Medizin, wies aber auf zu lösende Probleme hin: das „publish or perish“- Problem für wissenschaftliche Karrieren; Probleme der internen Validität von Studien infolge des Einflusses industrieller Sponsoren; Probleme der externen Validität von Studien infolge von Ein- und Ausschlusskriterien fernab der Alltagswirklichkeit; Nicht-Veröffentlichung von Studien, welche Nichtwirksamkeit ergeben haben (publication bias) und die Manipulation von Studiendaten („data torturing“) zur Erzielung gewünschter Ergebnisse. In der Zwischenzeit sind 101 Mabuse-Hefte erschienen. Wie sieht die Situation heute aus? Vieles hat sich bewegt.

Ich kann das hier nur schlaglichtartig aus meiner Perspektive darstellen. Patientenorientierung bedeutet, dass Patienten das letzte Wort über Behandlungsentscheidungen haben (wenn sie das wollen). Sie können ihre Entscheidung auf Evidenz zu Behandlungsergebnissen stützen, die ihnen wichtig sind („patientenrelevante Outcomes“) und auf ihre geklärten Präferenzen, das heißt, sie haben die Möglichkeit Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken entsprechend ihrer persönlichen, individuellen Situation abzuwägen. Davon sind wir im medizinischen Alltag noch weit entfernt. Es handelt sich aber auch um einen großen Schritt, eben um eine neue Kultur, denn heute bestimmt zumeist der Arzt darüber, was gemacht wird. Und wer gibt schon gerne Macht ab?

Eine notwendige Voraussetzung für die neue Kultur ist Programmatik. Hier sind die größten Fortschritte erzielt worden. Die patientenorientierte Qualitätsdefinition ist etwa Bestandteil der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“, einem Konsenspapier und Standard für die Anforderungen an Gesundheitsinformationen. Die Definition findet sich auch im Nationalen Krebsplan und zwar in dem Ziel, das sich mit der Verbesserung der Qualität von Informationsangeboten befasst. Immerhin ist dieses Zielpapier über den Tisch des Gesundheitsministers gegangen und einstimmig von der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans angenommen worden.

Programmatik ist die Keimzelle von Veränderungen, eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung. Erforderlich sind Strukturen und Taten. Auch hier ist es vorangegangen: Es gibt einen gesetzlichen Auftrag, allen BürgerInnen verständliche Informationen zu Diagnostik und Therapie von häufigen Krankheiten zur Verfügung zu stellen, und ich finde, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) macht das schon recht gut. Es wurde ein Netz von Beratungsstellen geschaffen, in denen sich BürgerInnen unabhängig von den Interessen der Kostenträger und Leistungsanbieter zu allen Fragen der Gesundheitsversorgung informieren können – die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (ebenfalls auf gesetzlicher Grundlage) – und auch diese Struktur funktioniert gut.

Ein Patientenbeauftragter der Bundesregierung stärkt die Möglichkeit der Patienten und NutzerInnen, ihre Interessen zu artikulieren, auch das gab es 1996 noch nicht. Entscheidungen darüber, welche Leistungen die Gesetzliche Krankenversicherung (nicht) finanziert, werden auf einer rationalen, wissenschaftlichen Grundlage unter Beteiligung von Patientenvertretern getroffen. Auch das ist aus meiner Sicht ein großer Fortschritt. Regionale Versorgungsunterschiede werden mittlerweile auch in Deutschland untersucht und diskutiert. Interessenkonflikte sind in der Medizin kein Tabuthema mehr. Die Ar-

beitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat dazu beachtliche Empfehlungen verabschiedet. Es gäbe noch mehr zu berichten, aber ich halte hier ein.

Mein Fazit: Die Position der Nutzer im System ist seit 1996 deutlich stärker geworden. Der nächste Schritt erfordert, dass die Kommunikation, die zur Entscheidung führt, gut definierten und messbaren Qualitätskriterien entspricht. Daran wird derzeit auf verschiedenen Baustellen gearbeitet. Gelingt dieses Vorhaben, ist ein Durchbruch möglich: Bisläng werden Ärzte und andere therapeutische Gesundheitsberufe dafür belohnt, diagnostische und therapeutische Leistungen zu erbringen. Zukünftig könnten sie dafür belohnt werden, gut im Sinne des Shared Decision

Making zu kommunizieren ohne dafür bestraft zu werden, Leistungen nicht zu erbringen. Damit wären wir schon mitten in der neuen Kultur. Fortsetzung in Dr. med. Mabuse, Heft 250, vielleicht ja schon das happy end.



David Klemperer,
Internist und Sozialmediziner