

dieser Artikel ist erschienen in:

Bandelow NC, Eckert F, Rösenberg R. Gesundheit 2030: Qualitätssicherung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss; 2009.

Klaus Koch, Peter T. Sawicki

Qualität im Gesundheitswesen basiert auf Wissenschaft

Zusammenfassung

Eine wichtige Voraussetzung für hohe Qualität in einem Gesundheitssystem ist, dass medizinische Technologien ausschließlich da eingesetzt werden, wo sie notwendig sind. Dieser Beschränkung steht die Pflicht gegenüber, das was notwendig ist, für die gesamte Bevölkerung durch die Solidargemeinschaft abzusichern. Ein zweiter Aspekt der Qualität besteht darin, die notwendigen Leistungen so zu erbringen, dass sie für den einzelnen Patienten den größtmöglichen Nutzen haben. Idealerweise fördert solch ein System die medizinische Forschung besonders da, wo dringender Bedarf an Verbesserungen besteht.

„Heilen, lindern, vermeiden, beistehen.“ Die Auflistung der ärztlichen Kerntätigkeiten wird heute meist zur Charakterisierung der Palliativmedizin verwendet, aber eigentlich beschreibt sie die generellen Aufgaben der Medizin. Ein Gesundheitswesen muss es Ärzten und Pflegern ermöglichen, dass sie diese vier Funktionen ausüben können. Und zwar so, dass jeder Patient das erhält, was gerade sein wirklicher Bedarf ist. Vor allem für Beistand braucht es Freiräume und die Möglichkeit zur Zuwendung. Strukturen, Arbeitsbedingungen, Vergütungssysteme, Ausbildung und Kapazitäten müssen so ausgestaltet sein, dass sie den Professionellen eine beistehende Medizin erlauben.

In unserer Skizze soll es jedoch nicht um diese Rahmenbedingungen gehen. Wir setzen schlicht voraus, dass alle äußeren Voraussetzungen auch für eine beistehende Medizin erfüllt seien: dass Ärzte und Pfleger so viel Zeit haben, wie ein bestimmter Patient gerade braucht, und dass diese Zeit angemessen vergütet wird.

Wir konzentrieren uns im Folgenden auf den Umgang mit medizinischen Technologien als Voraussetzung für Qualität. Technologien wie Arzneimittel, Diagnose- und Operationsverfahren sollen dazu eingesetzt werden, das Heilen, Lindern und Vermeiden zu unterstützen. Und nur dazu. Technologien sollen kein Ersatz für Beistand sein. Vielmehr ist es Fehlversorgung, wenn ein Patient, der eigentlich Beistand bräuchte, stattdessen Diagnostik und Therapie angeboten bekommt.

1 Schutz vor zu viel Medizin

Das ist unsere erste These: Ein Gesundheitssystem hoher Qualität schützt Kranke vor zuviel Medizin. Gut ist nicht die Versorgung, in der alles Vorhandene an einem Patienten praktiziert wird. Gut ist eine Versorgung, in der das Richtige richtig getan wird und den Patienten alles Unnötige erspart. Diese Aussage gilt für jedes Gesundheitswesen, gleichgültig, wie es aufgebaut und finanziert ist. Eine der Stärken eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens ist jedoch, dass aus der ur-ärztlichen Verpflichtung, einem Patienten unnötige (und damit meist schädliche) Medizin zu ersparen, auch eine juristische wird.

Unsere zweite These: Richtig verstandene Solidarität ist eine zentrale Triebkraft für ein gutes Gesundheitssystem. Wir verstehen Solidarität nicht als romantische Träumerei, sondern als Gebot der Vernunft. Wenn Junge und Gesunde eher die finanziellen Lasten tragen und Alte und Kranke eher die Leistungen benötigen, ist diese Solidarität der Jungen und Gesunden ein vorweggenommenes Eigeninteresse. Denn es kommen die Zeiten, in denen sie nicht mehr jung und nicht mehr gesund, sondern selbst auf Solidarität angewiesen sein werden. Diese Solidarität als Schlüsselement der deutschen Krankenversicherung braucht Schutz, damit die heute Jungen und Gesunden nicht aus zu kurzfristigem Eigeninteresse die Solidarität verlieren, auf die sie aus langfristigem Eigeninteresse später angewiesen sein werden.

Zur Triebkraft für ein gutes Gesundheitswesen wird Solidarität gerade weil sie dazu zwingt, die Interessen des Einzelnen gegen die der Gemeinschaft abzuwägen. Die Prinzipien sind bereits im Sozialgesetzbuch (SGB) V formuliert: Eine Leistung muss „notwendig“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ sein. Die ersten beiden Bedingungen beinhalten die Perspektive des Einzelnen – er hat ein Recht auf das, was er braucht und was ihm hilft. Die dritte Bedingung beinhaltet die Perspektive der Gemeinschaft: Die Kosten müssen in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stehen.

2 Wissenschaft als Konsequenz der Solidarität

Solidarität sorgt durch dieses Spannungsverhältnis für eine Konstellation, deren rationale Konsequenz ein wissenschaftlich basiertes Gesundheitswesen ist.

Diese Logik ergibt sich aus dem Attribut notwendig: Notwendig beinhaltet, dass eine Leistung einen medizinischen Nutzen hat (siehe unten). Solidarität ist deshalb die Basis der Verpflichtung, nüchtern zwischen dem zu unterscheiden, was nutzt und dem was nicht nutzt.

Wenn etwas nutzt, soll es allen zur Verfügung stehen, die es benötigen. Wenn eine Technologie jedoch nicht heilt, lindert oder vermeidet, darf sie nicht von einem solidarischen System finanziert werden.

Wir gehen davon aus, dass dieser Umgang mit Technologie die Medizin auch humaner macht: Technologie wird nicht als Ersatz für etwas eingesetzt, was eigentlich Menschen übernehmen sollten.

Diese Vorstellung schließt ein, dass für neue Technologien ein geschützter Raum geschaffen wird, in dem sie experimentell eingesetzt werden können, um herauszufinden, ob und wem sie mehr nützen als schaden (siehe unten).

3 Ehrgeizige Ziele

These 3: Notwendige medizinische Leistungen sollen für die gesamte Bevölkerung durch die Solidargemeinschaft abgesichert sein. Das ist ein sehr ehrgeiziges Ziel. Unser Vorschlag muss keineswegs zu Einsparungen führen, sondern kann durchaus zur Folge haben, dass der finanzielle Bedarf für die als notwendig identifizierten Leistungen steigt.

Ebenso ehrgeizig ist es natürlich, den Katalog der heute eingesetzten Diagnose- und Behandlungsverfahren nach und nach darauf hin zu überprüfen, was notwendig ist und was nicht. Dafür müssen die folgenden 4 Kriterien erfüllt sein:

1. Das Gesundheitsproblem muss so schwerwiegend sein, dass solidarische Hilfe der Gemeinschaft angemessen ist.
2. Die Technologie muss einen nachgewiesenen Nutzen haben.
3. Dieser Nutzen muss eine gewisse Größe erreichen, also von klinischer Bedeutung sein.
4. Es darf keine Alternative mit vergleichbarem Nutzen existieren, die wirtschaftlicher ist.

Die Prüfung dieser Kriterien setzt allerdings voraus, dass Begriffe wie „schwerwiegend“, „klinisch bedeutsam“ und „wirtschaftlich“ definiert sind. Dazu sind gesellschaftliche Abstimmungsprozesse nötig.

4 Enge Verbindung von Versorgung und Forschung

These 4: Das ideale Gesundheitswesen hat eine Kultur, jede Technologie so früh wie möglich und sinnvoll zu prüfen, ob die Kriterien für Notwendigkeit erfüllt sind.

Dabei hat die Bewertung des Nutzens eine Weichen stellende Bedeutung. Für den Nachweis und die Bewertung von medizinischem Nutzen existiert eine in den letzten Jahrzehnten ausgearbeitete Sammlung wissenschaftlicher Methoden der klinischen Epidemiologie. Diese Methoden werden seit Anfang der 1990er Jahre unter dem Begriff evidenzbasierte Medizin zusammengefasst.

Diese Methoden erlauben es, Technologien so miteinander zu vergleichen, dass andere, verzerrende Einflüsse weitgehend ausgeschaltet werden. Sie liefern dann verlässliche Auskunft, ob eine Technologie tatsächlich besser ist als eine Alternative.

Wenn bereits eine Technologie mit einem nachgewiesenen Nutzen existiert, dann lautet die Frage, ob die neue Technologie einen zusätzlichen Nutzen hat. Für die Prüfung dieser Frage spielt es keine Rolle, ob eine Technologie stationär im Krankenhaus oder ambulant eingesetzt werden soll.

Die Bewertung des Nutzens kann drei Ergebnisse haben:

1. Ein (Zusatz-)Nutzen ist belegt.
2. Es ist belegt, dass kein (Zusatz-)Nutzen existiert.
3. Es ist unklar, ob ein (Zusatz-)Nutzen besteht.

Im ersten Fall erfolgt dann die weitere Prüfung, ob der Nutzen ausreicht, um die Technologie auch als notwendig einzustufen. Wenn eine Leistung notwendig ist, sollte dann eine Kostenkontrolle einsetzen, um sie so wirtschaftlich wie möglich im Gesundheitssystem einsetzen zu können. Das kann zum Beispiel geschehen, indem Krankenkassen-Verbände direkt mit Firmen, Krankenhäusern und Praxisärzten angemessene Preise aushandeln.

Im zweiten Fall kann in der Regel keine Kostenübernahme zu Lasten der Solidargemeinschaft erfolgen.

Besonders interessant ist der dritte Fall. Hier sollte die Konsequenz sein, dass Technologien mit unklarem Nutzen „auf Probe“ zu Lasten der Solidargemeinschaft angeboten werden können.

Das führt zu These 5: Versorgung und Forschung werden auf allen Ebenen des Gesundheitswesens so eng miteinander verzahnt, dass die Prüfung neuer Technologien für Ärzte und Patienten Teil des Alltags wird. Diese Forschung sollte so weit wie möglich unter den Alltagsbedingungen der Versorgung stattfinden und gleichzeitig die etablierten wissenschaftlichen Methoden beachten, um Verzerrungen zu vermeiden.

Neue Technologien könnten dann zum Beispiel unter Studienbedingungen zuerst in bestimmten Kliniken oder Praxen erprobt werden, so dass nach der Auswertung der Studiendaten entschieden werden kann, ob ein Nutzen vorliegt

oder nicht. Das würde Forschung zu einem Standardelement des solidarischen Gesundheitswesens machen.

Solch ein direkter, alltäglicher Kontakt mit Forschung würde auch eine breitere Basis für Bemühungen schaffen, die Qualität der Versorgung sicherzustellen.

5 Das Richtige richtig tun

These 6: Wenn eine nützliche Technologie breit eingeführt wird, muss das Ziel sein, sie mit einer Qualität zu erbringen, die nötig ist, um den Nutzen tatsächlich zu erreichen. Das Richtige muss richtig getan werden.

Die alltägliche Einbindung in Forschung kann auch dazu genutzt werden, Routinestrukturen zu verbreitern, die sich zur Qualitätssicherung nutzen lassen. Ärzten und Kliniken könnte zum Beispiel durch (anonymisierte) Vergleiche mit anderen Praxen und Krankenhäusern auch zurückgemeldet werden, ob sie ihre Interventionen in der Praxis so erbringen, dass sie den gleichen Nutzen entfalten können, wie unter Studienbedingungen. Dabei wird es auch wichtig sein, die Indikationsqualität im Auge zu behalten: Sind es wirklich die richtigen Patienten, bei denen eine Technologie eingesetzt wird. Ein weiteres Ziel ist, durch ein solches System zum Beispiel durch gezielte finanzielle Anreize den medizinischen Fortschritt da zu fördern, wo Bedarf besteht.

In dieser Skizze wäre das Gesundheitswesen ein Versorgungs- und Forschungsverbund. Auch der Bevölkerung müsste deshalb vermittelt werden, was es heißt, aktiv an Forschungsprojekten teilzunehmen. Das bedeutet auch, dass offen über die Grenzen des Wissens gesprochen wird, statt voreilig falsche Sicherheit zu vermitteln. Patienteninformationen erhalten in so einem Umfeld einen ganz anderen Stellenwert. Sie dienen nicht mehr dazu, vor allem für „Compliance“ zu sorgen, sondern sollen Patienten und Angehörigen die Informationen liefern, die nötig sind, um Fragen zu stellen und um – gemeinsam mit ihren Ärzten – eine Entscheidung zu treffen, die den eigenen Präferenzen entsprechen.

Dazu müssen die Informationen so aufgebaut sein, dass Patienten die Art und das Ausmaß des Nutzens erkennen und gegen den nötigen Aufwand abwägen können. Nein zu sagen, sollte eine völlig alltägliche Option werden, ohne Sorge um Sanktionen.

6 Fazit

Wenn alle diese Schritte umgesetzt sind, dann ist gewährleistet,

- dass Patienten nur solche Technologien angeboten werden, die bewiesenermaßen nützlich sind.
- dass informierte Patienten entscheiden können, ob und welche dieser Technologien sie in Anspruch nehmen möchten.
- dass die Preise für die Leistungen angemessen sind.
- dass das System Forschungsanreize für mehr Fortschritt bietet und so eine permanente Verbesserung der Leistungen anstrebt und
- dass die Qualität der Leistungserbringung überwacht wird.

Das Besondere an dieser Skizze ist, dass die Politik in den letzten Jahren alle nötigen Instrumente bereits im SGB V ermöglicht hat. Es ist jetzt Aufgabe der Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser diese Instrumente konsequent einzusetzen.