

Mehr Nutzenorientierung – mehr Empathie



Diskussion Hausärzte und Internisten, die dem Auftakt der RWGIM (Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin)-Tagung im November 2014 folgten, erlebten eine rege Debatte rund um Nutzen und Qualität. Ein Thema war die Steigerungsrate bei TAVI.

In der Debatte während der RWGIM-Tagung in Düsseldorf ging es vor allem um Evidenz und Indikation, auch um junge Mediziner.

Anfangs stand die Frage im Raum, ob ärztliche Entscheidungen unabhängig vom Nutzen für Patienten getroffen werden. Bernd Zimmer, der Vizepräsident der ÄKNO (Ärztekammer Nordrhein) verneinte, dass ein Trend in diese Richtung erkennbar sei. Bei immer besser aufgeklärten Patienten werde sich ein solches Vorgehen negativ auf die Ärzteschaft auswirken. Die indikationsgerechte Therapie innerhalb der Erreichbarkeit müsse Maßstab sein. „Die Frage der

Qualität wird sich eher um die Erbringung der ärztlichen Leistung drehen“, sagte Zimmer.

Die derzeitige Entwicklung sei skurril. Im Rahmen der deutschen Überregulation gebe es eine Überbehörde, die beurteilt, was Qualität ist. Das habe dazu geführt, dass Therapien mit unstrittigem Nutzen nach Verlassen der Klinik in der Praxis nicht mehr verordnet werden. „Krankenhausbetten gehen runter bei immer kürzerer Verweildauer. In überversorgten Gebieten soll die fachärztliche Versorgung reduziert werden bei gleichzeitiger Terminverdichtung“, so Bernd Zimmer.

Medizin müsse bei einer älter werdenden Gesellschaft zunehmend individuelle Lebensstile in den Mittelpunkt rücken. Die Indikation muss stimmen, die Wünsche des Patienten sollten abgeglichen werden, das Ziel muss erreichbar sein.

Steigender Wettbewerb ist keine Lösung

Deutliche Worte fand Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes. Die Ärzteschaft wisse, dass Produktivitätsdruck und ökonomische Instrumente dazu geführt haben, dass Qualität verlorengelange. Man könne nicht leugnen, dass Mediziner unter dem Anreiz von DRG (Diagnosis Related Groups) getrieben werden, sich wirtschaftlich intelligent zu verhalten. Da würde ohne Indikation zu hoch bewerteten Eingriffen durchgestellt. Das müsse man sagen dürfen in der heutigen Zeit.

„Ich habe nicht den Eindruck, dass übergeordnet ein Masterplan existiert.“

Dr. Klaus Reinhardt

Text:
Katrin Hertrampf.

Bernd Zimmer von der Ärztekammer Nordrhein hält die derzeitige Entwicklung für skurril – mit einer Überbehörde, die beurteilt, was Qualität ist.



© Michael Englert

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, fragt: „Wie viel Lebensqualität leistet sich unser Sozialsystem für den einzelnen Patienten?“



© Michael Englert

Welchen Stellenwert haben Studien, welchen die klinische Expertise? Darüber diskutierten Prof. Diethelm Tschöpe, Vorsitzender der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ und Prof. Bernd Richter vom Cochrane-Zentrum.



© Michael Englert

Allerdings hätten es nicht die Ärzte zu verantworten, sondern jene, die die Stellschrauben so gestellt haben. „Ich habe nicht den Eindruck, dass übergeordnet ein

Masterplan existiert, wie an den Stellschrauben gedreht werden muss.“ Mehr Wettbewerb werde kaum dazu führen, dass sich Strukturen vernünftig entwickeln.

Innovationen sind das Entwicklungs-Schwungbein

„Wenn über Qualität in der Medizin geredet wird, dann ist das kein Selbstzweck der Medizin, sondern eine Frage: Wie viel Lebensqualität leistet sich unser Sozialsystem für den einzelnen Patienten?“, betonte Dr. Theodor Windhorst, Präsident der ÄKWL (Ärzttekammer Westfalen-Lippe). Die Versorgung nach Qualitätsrichtlinien gehöre zum Prinzip ärztlichen Handelns. Kritisiert werden müssen die Bedingungen, unter denen Versorgung stattfindet. Mediziner sollten nicht permanent gegängelt werden, man müsse sie auch machen lassen.

Bedenklich stimme, dass die Priorisierungsdiskussion bei der Mendedynamik nicht vorankommt, der Verband der Universitätsklinika über eine Viertelmilliarde fehlende Euro an den medizinischen Fakultäten klagt, und im niedergelassenen Bereich ein EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) gilt, der nur das Notwendigste, Wirtschaftlichste und Zweckmäßigste ins Sozialgesetzbuch geschrieben hat. Statt G-BA-gesteuert werde ein patientengesteuertes System gebraucht.

Man könne froh sein, dass Innovationen noch über das duale System finanziert werden. „Wir ständen ja sonst auf zwei Beinen fest oder würden auf zwei Stumpen humpeln.“ Innovationen seien das Entwicklungs-Schwungbein, mit dem das Standbein Medizinqualität vorangebracht werde.

Auf Rationierungsdebatte verzichten

Matthias Blum von der KGNW (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen) stellte klar: „Die Klinikbedarfsplanung ist ein laufender Prozess, der sukzessive weiterentwickelt wird. Das ist nichts, womit wir jetzt erst anfangen.“ Die Planung werde sicher den Bettenabbau bringen, allerdings muss das mit Augenmaß geschehen. Es dürfen heute keine Kapazitäten wegfallen, die morgen wieder gebraucht werden.

Und zu der ewigen Diskussion um Mengen und Indikationsstellung müsse einmal gesagt werden, dass sich der Eindruck vermittelt, dass schon längst verdeckt eine Debatte zur Rationierung geführt wird. „Bei TAVI (Transkatheter-Aortenklappenimplantation) gibt es fünfstellige Steigerungsraten.“

Da werde diskutiert, ob die Idee genug ausgereift sei. Standard sei der chirurgische Eingriff, dieser ist auch billiger. „Die TAVIs werden gemacht, und die Krankenkassen prüfen jeden Einzelfall.“ Human bedeute auch, dass man Patienten, die es brauchen, medizintechnischen Fortschritt zukommen lässt, selbst wenn es teuer ist.

Zwischen Evidenz und Praktikabilität abwägen

„Zweifelloso gibt es zahlreiche Dinge in der Medizin, die für Patienten sinnvoll sind“, meinte Prof. Dr. Bernd Richter vom *Cochrane-Zentrum*. Darunter seien auch Verfahren, die eingeführt wurden, ohne sie adäquat zu untersuchen: TAVI zum Beispiel, Herzkatheter oder Früherkennung bei Krebs.

Selbst für Medikamente gebe es Zulassungen nur unter Wirksamkeitsaspekten, wo der Nutzen am Patienten nicht hinreichend nachgewiesen ist. „SGLT-2-Hemmer beispielsweise, die können vielleicht nützlich sein. Es gibt aber keinen eindeutigen Beleg dafür, weil relevante Endpunktstudien fehlen“, so Richter. Die mangelnde Evidenz sei ein Problem.

Mit dem Thema Evidenz müsse man vorsichtig sein, „da befinden wir uns mitten in der Ethikdebatte“, erwiderte Prof. Dr. Diethelm Tschöpe aus Bad Oeynhausen, Vorsitzender der Stiftung DHD (*Der herzkranke Diabetiker*). Zur evidenzbasierten Medizin gehöre die beweisgestützte Studie genauso wie die klinische Expertise. „Zu-

nehmend entsteht der Eindruck, die ärztliche Erfahrung wird als ‚second best evidence‘ betrachtet“, monierte Tschöpe.

Sicher könne kritisiert werden, dass Studien methodische Schwächen aufweisen. Auch die Forderung nach guter Forschung sollte aufrechterhalten bleiben. Es sei aber nicht immer vertretbar, dass zehn Jahre oder länger gewartet wird, bis



© Michael Englert

der Nutzen über große beweisgestützte Studien gezeigt ist.

„Je akuter ein Erkrankungsbild, desto dringlicher der Entscheidungsdruck!“, so Tschöpe. Der Arzt müsse zwischen Evidenz und Praktikabilität abwägen. Für den Patienten zähle letztlich, dass er das Krankenhaus

lebend und mit optimaler Prognose verlässt.

„Arzt sein heißt, sich um Patienten zu kümmern“

„Wir müssen ärztliche Persönlichkeiten heranbilden, die nicht nur die Wissenschaft beherrschen, sondern auch das Kreuz haben, sich unpasslichem wirtschaftlichen Druck widersetzen zu können“, meinte Bernd Zimmer vom ÄKNO-Vor-

stand. Medizin sei ärztliche Kunst, Ärzte sollten dafür eine gewisse Intuition mitbringen. Laut Dr. Theodor Windhorst von der ÄKWL brauche man für den Arztberuf gebildete Menschen mit sozialen und kommunikativen Kompetenzen, auch ein Studium generale, in dem ethische Werte vermittelt werden. „Arzt sein heißt, sich um Patienten zu kümmern. Das Vertrauensver-

hältnis muss wachsen.“ Der Arzt sei kein Arbeiter, der in Prozessen einer industrialisierten Medizin denkt.

In die Ausbildung diagnostischer Fähigkeiten investieren

Bei der jungen Generation müsse vor allem in die Ausbildung diagnostischer Fähigkeiten investiert werden, forderte Prof. Dr. Bernd Richter von der Cochrane-Gruppe. Zu beklagen sei inzwischen die Situation, dass Einäugige die Blinden führen. „Dabei hat der Einäugige selbst nicht gelernt, wie er eine adäquate körperliche Untersuchung durchführt, geschweige denn eine Anamnese erhebt.“ Die Technisierung stehe zu sehr im Fokus. Medizin sei eine sich permanent verändernde Wissenschaft, der Wert der Information sollte besser verankert werden. Kenntnisstand, Urteilsfähigkeit und Empathie des Arztes sind für den Patientennutzen entscheidend.

In Diskussion: Dr. Klaus Reinhardt (Vorsitzender des Hartmannbundes) und Matthias Blum (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen).

„Je akuter ein Erkrankungsbild, desto dringlicher der Entscheidungsdruck.“

Prof. Diethelm Tschöpe

i Autor

Katrin Hertrampf
Pressestelle
Stiftung DHD
E-Mail: info@stiftung-dhd.de
Internet: www.stiftung-dhd.de