

Die Suche nach dem guten Arzt

Mehr Markt im Gesundheitswesen - die Wahl der Patienten

Von Osmund Bertel, leitender Arzt der Kardiologie, Stadtspital Triemli, Zürich

Früher oder später brauchen wir ihn alle, den guten Arzt. Als Geburtshelfer, Operateur, Hausarzt, Facharzt oder Sterbebegleiter. Die existenzielle Frage nach dem guten Arzt ist uralte. Tagesaktualität erhält sie zurzeit durch die gesundheitspolitische Diskussion zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes: Nur noch mit den "guten Ärzten" sollen die Kassen Verträge abschliessen. Aber welche Kriterien haben zu gelten?

Nicht mehr mit allen diplomierten Ärzten mit nachgewiesener Weiterbildung, sondern nur noch mit den "guten Ärzten" sollen die Krankenkassen Verträge abschliessen, wird in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion gefordert. Doch darüber, welchen messbaren und vergleichbaren Kriterien der "gute Arzt" zu genügen hat, lassen uns alle Akteure meist wortreich im Unklaren: Bundesrat, Gesundheitspolitiker aller Couleurs, selbst die Vertreter der Ärzteschaft und auch die Krankenkassen, die dereinst darüber entscheiden sollen.

Irritationen

Heute herrscht eine, wenn auch vielfach eingeschränkte Wahlfreiheit der Patienten, was Ärzte und Spitäler anbelangt. Wählen die Patienten die besten aus? Können sie das überhaupt?

Nur die Hälfte der Schweizer halten sich nach einer neuen Befragung überhaupt für kompetent, die Qualität der ärztlichen Betreuung zu beurteilen. Zahllose Beispiele von Scharlatanen in der Krebsbehandlung, von Vitaminaposteln, Diättheilern, aber auch von Modeärzten zeigen seit langem, dass der "Erfolg" kaum die ärztliche Qualität zuverlässig abbilden kann. Perfekte Kommunikation, Medienpräsenz, der Auftritt mit modernster Praxiseinrichtung oder grossartiger Klinik, verbrämt noch durch undurchschaubare Technologie und (pseudo)wissenschaftliche Argumente, reichen für eine manchmal tödliche Attraktivität aus. Als Patienten können wir vielleicht die Kommunikationsfähigkeit unseres Arztes beurteilen, nicht aber sein fachliches Können.

Fragliches Rating für Ärzte und Kliniken

Kein Wunder also, dass sich Orientierungshilfen wie Hitlisten für Ärzte und Spitäler grosser medialer Aufmerksamkeit erfreuen. Allerdings sind diese Bewertungen objektiv nicht nachprüfbar. Viele der dabei angewandten Kriterien sind irrelevant, weil ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. Immerhin wird versucht, relevante Kriterien wie den Operationserfolg bei bestimmten Eingriffen einzubeziehen. Wie schwierig solch öffentlichkeitswirksame Bewertungen in den Medien sind, zeigte sich etwa am Beispiel von Bill Clinton, der sich einer Bypassoperation unterziehen musste. Dies geschah an einem New Yorker Spital, das in einer kürzlichen Bewertung des Magazins "US-News & World Report" als das für diesen Eingriff siebtbeste in den Vereinigten Staaten und als das beste in New York beurteilt worden war. Mit Staunen entdeckt man aber bei genauerer Analyse, dass das "beste Spital für Bypassoperationen" im Staat New York nach den neuesten publizierten Zahlen eine signifikant über dem Mittelwert des Staates liegende Sterblichkeit für eben diese Operation aufweist. Obwohl die Häufigkeit des tödlichen Ausgangs für einen bestimmten Eingriff ein brauchbares Vergleichskriterium für Qualität ist, wird doch klar, dass die in den Medien gemachten Bewertungen kaum objektivierbare Qualitätsinformationen über Ärzte und Spitäler liefern. Nur - welches tauglicheres Instrument gibt es?

Was ist Qualität?

Qualität entspricht dem Ausmass, in dem die Patientenbetreuung die Wahrscheinlichkeit des angestrebten Ergebnisses für den Patienten (korrekte Diagnose, optimales Operationsergebnis, Heilung, Erreichung einer möglichst hohen Lebensqualität, schmerzloses Sterben usw.) erhöht und die Möglichkeit von unerwünschten Ergebnissen (ausbleibender Behandlungserfolg, Komplikationen usw.) vermindert. Angestrebtes Betreuungsergebnis ("desired patient outcome") und unerwünschte Betreuungsergebnisse ("undesired outcome") sind also Schlüsselbegriffe in der Qualitätsdiskussion.

Für einen Qualitätsvergleich müssen beide Ergebnisse natürlich in Relation zum Gesamtzustand der betreuten Patienten erfasst werden: Schweregrad der Erkrankung, Alter, Begleiterkrankungen beeinflussen wesentlich den "outcome" selbst bei höchster Betreuungsqualität. Eine hohe Operationsmortalität bei Bypassoperation kann also einfach auf besonders kranke und stark gefährdete Patienten zurückzuführen sein, so dass hervorragende Ärzte, die sich um Schwerstkranke bemühen, im Vergleich durchaus etwas ungünstigere Ergebnisse aufweisen können.

Natürlich wird versucht, die Messung, zum Beispiel des Operationserfolges, nach dem Zustand der behandelten Patienten zu korrigieren. Das Instrumentarium dafür ist aber in fast allen Bereichen ärztlichen Handelns ungenügend und kann zudem manipuliert werden. Eine weitere enorme Schwierigkeit für den objektiven Vergleich von günstigen und ungünstigen Behandlungsergebnissen ergibt sich aus dem Umstand, dass ein aussagekräftiger Vergleich stets auf grösseren Zahlen beruhen muss. Selbst bei Chirurgen, die einen bestimmten Eingriff weit über hundertmal pro Jahr durchführen, ist ein aussagekräftiger Vergleich nicht möglich, wenn die Sterblichkeit so tief ist wie bei der Bypassoperation (etwa 2 Prozent) und schwerwiegende Komplikationen ebenfalls in dieser Grössenordnung auftreten. Noch schwieriger sind wegen dieses sogenannten "Terrors der kleinen Zahlen" Vergleiche für den praktizierenden Arzt durchführbar. Kaum je sind mehr als ein paar Dutzend Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild in der Betreuung eines einzelnen Arztes, und messbare Endpunkte (Todesfälle, Komplikationen, notwendige Hospitalisationen usw.) sind noch viel seltener. Vergleichende Qualitätsmessungen nach dem Betreuungsergebnis sind also grundsätzlich nur in Bereichen mit hohen Patientenzahlen durchführbar. Dort, wo sie heute in Ansätzen durchführbar sind (zum Beispiel bei herzchirurgischen und kardiologischen Eingriffen), sind sie methodisch nicht ausgereift und kaum geeignet, eine folgenreiche Auswahl zu treffen.

Die Eigenschaften des Arztes sind zentral

Erstaunlicherweise sind die Voraussetzungen für den "guten Arzt" schlecht definiert, und ihre quantitative Erfassung sowie ihre Bewertung stecken methodisch noch in den Kinderschuhen. Sie umfassen ärztliches Wissen, spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, menschliche Haltung (Einfühlung). Dazu kommt "klinisches Denken", ein Begriff, der gesunden Hausverstand, kluge Umsetzung von allgemeinen Regeln auf den einzelnen Patienten, Vernetzungsfähigkeit und ärztliche Phantasie einschliesst. Es existieren - was nicht überrascht - für die letzten drei Bereiche keine erprobten Messinstrumente, die einen Qualitätsvergleich zwischen Ärzten zulassen würden. Relativ einfach lässt sich hingegen das Wissen erfassen: Angehende Ärzte werden ausführlichen Prüfungen unterzogen. Doch sind hervorragende Ergebnisse keineswegs mit einer besonders guten Qualität in der späteren Berufsausübung verbunden. Auch Prüfungsergebnisse erlauben also keinen Qualitätsvergleich bei praktizierenden Ärzten. Natürlich sind sie unverzichtbar, um Ärzte mit fehlenden professionellen Voraussetzungen zu identifizieren.

Fähigkeiten und Fertigkeiten sind also fundamental für die Qualität ärztlichen Handelns, egal ob beim Chirurgen oder beim Psychiater. Es ist jedoch eine Illusion zu glauben, dass ein ärztlicher Eingriff, ob blutig oder unblutig, für alle Patienten mit gleich hoher Qualität verläuft. Erwartet werden darf eine basale Qualität. Dafür sorgen die Weiterbildungsprogramme der

Fachgesellschaften und die entsprechende Überprüfung. Die umfangreichen Regelwerke und Approbationsinstrumente sind zwar für die Einhaltung der basalen Qualitätsvoraussetzung geeignet, nicht aber für eine vergleichende Wertung im Hochqualitätsbereich. Es erstaunt also nicht, dass die renommierte Zeitschrift "Journal of the American Medical Association" zu dem ernüchternden Schluss kommt: "Clinical performance assessment for individual physicians appears to be impossible" (die Bewertung des klinischen Erfolges für einzelne Ärzte erscheint als unmöglich).

Auch wenn eine vergleichende objektive - überprüfbare - Messung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit zurzeit nicht möglich und somit als Grundlage für Krankenkassenverträge einzelner Ärzte nicht verfügbar ist, sind doch in den letzten Jahren Instrumente zur Qualitätsverbesserung (in Zürich etwa der Verein Outcome) entwickelt worden. Ob sie zum Einsatz kommen, ist entscheidend für die Auswahl eines Arztes oder Spitals durch die Patienten und vielleicht dereinst auch durch die Krankenkassen. Diese Instrumente spiegeln nicht nur Qualitätsförderung als kontinuierlichen Prozess, ihre Anwendung fördert ihrerseits die Qualität. Sie sind aber wie überall auch in der Schweiz nur sehr lückenhaft im Einsatz, nicht zuletzt, weil sie Geld kosten.

Grob lassen sie sich in drei Gruppen einteilen. Das sind zunächst Instrumente, die sich mit unerwünschten Folgen ("adverse outcome") der Patientenbetreuung befassen. Dazu gehören die systematische Erfassung von Komplikationen, die strukturierte Aufarbeitung von Komplikationen und Behandlungsfehlern sowie der Einsatz von sogenannten "critical incident reporting"-Systemen, mit denen potenziell gefährliche Fehlerquellen präventiv erfasst werden. Dies bedeutet die Führung von Registern und einen strukturierten Umgang mit Fehlern analog zu den Prinzipien, wie sie im Flugverkehr zur Anwendung kommen.

Die zweite Gruppe von Instrumenten betrifft die Messung von kurz- und längerfristigen Betreuungsergebnissen. Hier müssen Ergebnisse wie Operationssterblichkeit, Sterblichkeit nach Herzinfarktbehandlung oder optimale Einstellung von Zuckerkrankheit und Bluthochdruck systematisch protokolliert werden. Im Rahmen solcher Register lassen sich die eigenen Resultate national und international vergleichen ("benchmarking"). Neben den Instrumenten, die die Betreuungsergebnisse messen, zielen weitere auf die Umsetzung wissenschaftlich abgesicherter, international gültiger Richtlinien. Die Kontrolle zeigt häufig unerwartete Lücken und führt zu einer strikteren Befolgung der verpflichtenden Standards. Patienten profitieren von einer strikten Disziplin in der Richtlinienanwendung tatsächlich wesentlich.

Kardinale Fragen sind einfache Fragen

Auch in der Schweiz gibt es bessere und schlechtere Ärzte. Immerhin bieten, wie mir scheint, Regulationen und Sanktionsmöglichkeiten einen weitgehenden Schutz vor "schwarzen Schafen". Dies betrifft alle klassischen Dimensionen der Qualität: die Struktur, einschliesslich der Aus- und Weiterbildung der Ärzte, die komplexen Prozesse der ärztlichen Tätigkeit und vor allem die Ergebnisqualität. Die trotz Regelungen verbleibenden Unterschiede sind so, dass die Wahlmöglichkeit im Bereich der ärztlichen Betreuung für den Patienten relevanter ist als die groteskerweise so häufig diskutierte Qualität der Hotellerie bei einem Spitalaufenthalt.

Simple Wahlkriterien fehlen zurzeit noch. Dies gilt auch für die ins Auge gefasste Allmacht der Krankenkassen, Verträge nur noch mit ausgewählten Ärzten und ihren Institutionen abzuschliessen. Es empfiehlt sich, die einfachen Fragen nach den oben beschriebenen Instrumenten im Prozess der Qualitätsförderung zu stellen. Ärzte und ihre Institutionen müssen darüber transparent Auskunft geben. Umgekehrt sind die Krankenkassen gefragt, die die Förderung dieses Prozesses nicht nur verbal, sondern tatkräftig zu unterstützen haben. Zum Nulltarif gibt es auch im Gesundheitswesen keine hohe Qualität.