

erschienen in:
Bremer Ärzte. Heft März 2001. S.14-15

David Klemperer

Qualitätssicherung: Vorreiter England und USA "Beurteilung und Rechenschaftslegung"

Ein Revolution im Gesundheitswesen kündige sich an, stellte Arnold S. Relman, der damalige Herausgeber des New England Journal of Medicine 1988 fest. Das Zeitalter der "Beurteilung und Rechenschaftslegung" breche an.

Mit der bloßen Behauptung, dass medizinische Maßnahmen wirksam und nützlich sind, seien Politik und Öffentlichkeit auf Dauer nicht zu befriedigen. In Anbetracht der enormen Expansion der Ressourcen, welche die Gesellschaft dem Medizinsystem zur Verfügung stellt, erwarte die Gesellschaft aussagekräftige Informationen über die damit erreichten Ziele. Darauf musste die Medizin die Antwort jedoch weitgehend schuldig bleiben, weil kaum Erkenntnisse darüber vorlagen. Nicht zu übersehen waren hingegen einige Probleme, welche die Medizin in keinem guten Licht erschienen ließen. Relman stellte fest: "Die Entdeckung von großen geographischen Unterschieden in der Inzidenz bestimmter medizinischer Maßnahmen ohne erkennbare Unterschiede im Ergebnis hat zu dem Verdacht geführt, dass wir in vielen Fällen noch viel zu lernen haben über die Indikationen für eine gegebene Vorgehensweise oder für die Gründe dafür, eine Vorgehensweise der anderen vorzuziehen." Jegliches Handeln der Ärzte in der Diagnose, der Therapie und der Prävention von Krankheiten müsse auf Effektivität, Sicherheit und Kosten überprüft werden. Im Ergebnis würde dadurch die Position der Ärzte gestärkt, weil sie ihre Patienten auf einer solideren Grundlage beraten und behandeln könnten. Aber auch die Öffentlichkeit und die Kostenträger würden ein besseres Verständnis dafür gewinnen, wofür sie ihr Geld ausgegeben.

Revolutionen im Gesundheitswesen brauchen immer etwas länger. Die Motivation zur transparenten Darstellung des Geschehens kommt nicht aus dem Gesundheitssystem selbst. Auch die Politik verhält sich im Normalfall zögerlich. Skandale waren es, die sowohl in England als auch in den USA der "Revolution" die notwendige Schubkraft gaben.

Der Auslöser in England war die "Bristol-Affäre". Zwei Kinderherzchirurgen einer Klinik in Bristol hatten über Jahre hinweg Herzoperationen an Kindern durchgeführt, obwohl sie und der ärztliche Direktor wussten, dass ihre Letalitätsraten weit über dem Landesdurchschnitt lagen. Die Boulevardpresse griff den Skandal auf und nährte die Empörung der Öffentlichkeit mit zahlreichen "Horrorgeschichten medizinischer Inkompetenz, Arroganz und Lüsternheit". Der Herausgeber des British Medical Journal schrieb 1999: "Das alte System – gegründet auf die Erwartung, dass die Ärzte fachlich auf dem Laufenden bleiben und etwas machen würden mit Kollegen, die schlecht arbeiten kombiniert mit einigen halbherzigen Systemen der Selbstverwaltung – ist tot. (...) Die Medizin – nicht nur in England – hat eine Kultur, Irrtümer zu verbergen und denjenigen zu verzeihen, die sie begehen." Das Ansehen der ärztlichen Selbstverwaltung war auf einem Tiefpunkt und durch symbolische Maßnahmen nicht wiederherzustellen. Das Verfahren gegen den Allgemeinmediziner Harold Shipman, der mittlerweile für den Mord an 15 seiner Patientinnen verurteilt wurde und im Verdacht steht mehr als 300 Patientinnen umgebracht zu haben, trug nicht zur Entspannung der Situation bei. Das Gesundheitsministerium entwickelte darauf hin ein Konzept zur Identifikation von und zum Umgang mit "problem doctors". Der ärztlichen Selbstverwaltung drohte die Abschaffung. Glaubhafte Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit waren gefragt. Der General Medical Council ging daraufhin in die Offensive und beschloss, ab 2002 die Zulassung zum Beruf für alle Ärzte auf 5 Jahre zu beschränken. Zur "Revalidierung" hat jeder Arzt innerhalb dieser 5 Jahre kontinuierlich und unter Zuhilfenahme verschiedener Methoden Belege zu sammeln, mit denen er dem General Medical Council nachweist, dass er "fit to practice" ist. "Geeignet zur Berufsausübung" bezieht sich dabei nicht allein auf das kognitive Wissen sondern auch auf die soziale und kommunikative Kompetenz und auf die praktischen Fertigkeiten z.B. eines Chirurgen.

Auch in den USA stehen "assessment and accountability" ganz oben auf der Tagesordnung. Im September 1998 schreckte eine Konsensusstellungnahme des "National Roundtable on Health Care Quality" der amerikanischen Akademie der Wissenschaften die amerikanische Fachöffentlichkeit auf. Darin heißt es, dass ernsthafte und weitverbreitete Qualitätsprobleme in der gesamten amerikanischen Medizin bestehen. Über-, Unter- und Fehlversorgung seien weit verbreitet. Behandlungen von erwiesenem Nutzen würden den Patienten in großem Maßstab vorenthalten (z.B. β -Blockertherapie nach Herzinfarkt), nutzlose oder schädliche Behandlungen hingegen durchgeführt (z.B. Operationen, die eindeutig nicht indiziert sind), verhinderbare Komplikationen von medizinischen Interventionen zählten zum medizinischen Alltag. Die gegenwärtigen Vorgehensweisen zur Qualitätsverbesserung seien inadäquat. Sie glichen dem Versuch, die Schallgrenze mit einem Ford T-Modell zu durchbrechen.

Ein weiterer Meilenstein wurde im November 1999 gesetzt. "Tod und Verletzungen durch medizinische Irrtümer zu verhindern erfordert dramatische Veränderungen des gesamten Systems" lautete die Überschrift einer Pressemitteilung des Institute of Medicine der amerikanischen Gesundheitsbehörde anlässlich der Veröffentlichung des Berichtes "To Err Is Human". Die Studie wurde vom "Committee on Quality of Health Care in America" verfasst und kommt zum Ergebnis, dass aufgrund von medizinischen Irrtümern und Fehlern in den USA jährlich zwischen 44.000 und 98.000 Menschen sterben - allein in den Krankenhäusern. Die Probleme seien lange bekannt aber stets ignoriert worden. Fehler betrachten die Autoren nur vordergründig als eine Angelegenheit von Individuen. Sie betonen vielmehr die Bedeutung der Systemfaktoren, welche zu fehlerhaftem Handeln des Einzelnen führen und entwickeln umfassende Vorschläge dafür, wie in Systemen präventiv gedacht und gehandelt und aus Fehlern gelernt wird, um die Sicherheit des System zu erhöhen. Als Beispiel wird die zivile Luftfahrt zitiert, der es gelungen ist, durch systematische Maßnahmen die Zahl der Toten in den letzten 30 Jahren drastisch zu senken trotz Zunahme des Luftverkehrs. Die hohe Aufmerksamkeit, die der Bericht in den Medien und in der Öffentlichkeit gefunden hat, führte dazu, dass die Diskussion und die Entwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen auch in den USA unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes und der Patientensicherheit stattfindet. Rezertifizierung von Fachärzten ist in den USA seit Jahrzehnten gang und gäbe. Die Fachgesellschaften konnten sich nun nicht mehr der Frage verschließen, inwieweit die Rezertifizierung in der bisher geübten Form tatsächlich zur Kompetenzerhaltung ihrer Ärzte und zur Patientensicherheit beiträgt. Das Ergebnis ist die Entwicklung von "Zertifizierungsverfahren der 2. Generation", wie z.B. vom American Board of Internal Medicine kürzlich vorgelegt. Rezertifizierung als kontinuierlicher Prozess, Darlegung der Qualität als Bringschuld des einzelnen Arztes, Erweiterung der interessierenden Dimensionen um Kommunikationsfertigkeiten und handwerkliches Geschick sind auch hier zu verzeichnen.

Das Zeitalter der Beurteilung und Rechenschaftslegung nimmt in England und in den USA Gestalt an.