

Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Qualität in ambulant-ärztlicher Versorgung

Anlass für den Text ist die Tatsache, dass immer wieder aus der Öffentlichkeit und der Politik verschiedene Vorschläge zur Qualitätssicherung, zur Qualitätsanalyse, ja zur Honorierung unter Berücksichtigung der Qualität erbrachter Leistungen kommen und fast niemand aus der Medizin darauf hinzuweisen sich „getraut“, was jeder in der Medizin weiß: Das, was dort in diesem Zusammenhang in der Regel gesagt und gefordert wird, ist nicht realisierbar, also nur als „Symbolische Politik“ – also ohne realisierbare inhaltliche Anfüllung – anzusehen. Warum aber wird dies nicht laut gesagt? „Qualität“ ist – ähnlich wie „Prävention“ – ein Zauberwort Symbolischer Politik, die das Gute Tun zu zeigen als Ziel hat, nicht aber die realen Bedingungen im Themenfeld ernsthaft analysiert hat. Zauberworte haben eine Nähe zum Tabu, was hindert, sie zu hinterfragen. Wer es dennoch tut, gerät in Gefahr als Tabu-Brecher abgestraft zu werden.

■ Heinz-Harald Abholz

Wie aber kommen solche Zauberworte zustande? Sie stellen *plausible Antworten* auf allgemein als wichtig angesehene Problemlagen dar. Dabei kann die Anwendung von Plausibilität im jeweiligen Themenbereich richtig sein – nur muss sie es nicht. Insbesondere dann, wenn man die inhaltliche Seite einer Problemlage nicht wirklich gut kennt, kann man mit Plausibilität auch sehr daneben liegen.

Da es aber, wenn Politik sich äußert, nicht um Gedankenspiele geht, sondern die Vorbereitung zukünftiger Versorgungs-Wirklichkeit, muss man auf Fehlentwicklungen, die mit solchen Zauberformeln von Vorschlägen verbunden sind, unbedingt hinweisen. Das jüngste Beispiel der Haftbarmachung von Versicherten im Falle des Auftretens einer Krebserkrankung und bei Fernbleiben von Früherkennungsuntersuchungen, stellt eine solche katastrophale Fehlentwicklung dar, bei der allerdings die Politik nicht ausreichend früh sich geäußert hatte, also denen, die etwas von der Sache verstehen, keine Chance überhaupt geboten hat, hier korrigierende Hinweise zu geben.

Im folgendem soll auf die Möglichkeiten und die Schwierigkeiten einer Qualitätsbeurteilung fokussiert werden, weil die Beurteilung Grundlage für alle darauf aufbauenden interventiven Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist. Dabei wird der ambulante Bereich als Beispiel genommen, weil hier – wie später deutlich wer-

den wird – die Probleme von Qualitätsbeurteilung besonders deutlich werden.

Qualitätsbeurteilung des Einzelfalls vs. eines Arztes, einer Institution, eines Systems

Grundsätzlich muss man betonen, dass im *Einzelfall*, also mit detaillierter Kenntnisnahme zu einem Fall, Qualität noch recht treffsicher beurteilt werden kann. Zumindest gilt dies, wenn Kenner des jeweiligen Arbeitsbereiches und der dort vorliegenden Arbeitsbedingungen eine solche Beurteilung vornehmen. Eine solche Situation ist bei allen Gutachten, einschließlich gerichtlicher, gegeben. Aber selbst auch hier stellt sich immer wieder das weiter unten ausführlicher dargestellte Problem, dass Ergebnisqualität häufig nicht zu beurteilen ist, da der Verlauf von Krankheiten häufig sehr variable und von Vielem mehr als der Qualität des Behandelnden abhängig ist.

Qualitätsbeurteilungen für einen *Arzt*, eine *Arztgruppe*, gar *ganze Institutionen* sind hingegen wegen zunehmender Ferne von den Details eines Einzelfalles weitaus schwieriger zu treffen. Über die Schwierigkeiten und Möglichkeiten hierzu handelt der folgende Text.

Krankheits- und Therapie-bedingte Rahmenbedingungen der Qualitätsbeurteilung

Will man Qualität beurteilen oder gar verbessern, so muss man sich um die Rahmenbedingungen der Gesundheitsprobleme oder Krankheiten im Klaren sein, die

Heinz-Harald Abholz, Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Düsseldorf

immer – gewissermaßen als Konstante – auf den Verlauf einer Krankheit, der Entwicklung eines Gesundheitsproblems Einfluss nehmen – ob es nun qualitativ hochstehend versorgt ist oder nicht. Dies sind u.a.:

1. der durch die **Krankheit selbst vorgegebene Verlauf**. Heutzutage wichtig daran zu erinnern ist, dass nicht jede Krankheit auch nur annähernd 100%ig erfolgreich behandelt werden kann. Meist liegen die Erfolgsraten weit entfernt davon, z.B. bei 5, 10 oder – wenn es hoch kommt – bei 30% oder gar auch einmal bei 60%. Oder anders ausgedrückt: Die Number needed to treat (NNT) liegen zwischen 5 und 500, im Bereich der Prävention teilweise noch höher.
2. die hohe **interindividuelle Variabilität** des Verlaufs von Krankheit bei zumeist nicht guten Prädiktoren dafür. Leberzirrhose bei dem einen Patienten verläuft anders als bei dem anderen. Prädiktoren, die wir für dieses Beispiel kennen und die meist nicht gut medizinisch zu beeinflussen sind, sind der Alkoholabusus, weitere Begleiterkrankungen – und eben sehr vieles mehr, was wir nicht kennen.

Hinzu kommt, dass bei den meisten Erkrankungen – trotz identischer bekannter Prädiktoren – wir dennoch nicht wissen, warum der eine Erkrankte den Verlauf nimmt, der andere einen anderen. Wir kennen nur statistische, also zusammenfassende Zeit- und Komplikationsrahmen für den Verlauf. Ob ein Hochdruck zum Schlaganfall beiträgt, kann im Einzelfall nur als Wahrscheinlichkeit ausgedrückt werden, zu viele andere Faktoren der Verursachung, aber auch der „Resistenz“ gegen das Eintreten eines Schlaganfalls sind wirksam – neben einer Behandlung. Denn es gilt: Meist nur eine Minderzahl profitiert von der Behandlung eines Hochdrucks im Sinne der Verhinderung eines Schlaganfalls; die Mehrzahl bekommt ihn mit oder ohne Behandlung nicht, und die, die ihn bekommen, bekommen ihn überwiegend trotz der Behandlung. (4)

3. **Zusätzliche Krankheiten** oder Bedingungen – meist nicht einmal in ihrem Einfluss oder ihrer Einfluss-Konstellation bekannt – können interferieren. Dies schließt sowohl den durch sie beeinflussten Verlauf – ganz unabhängig von der Therapie – ein. Es hat aber auch auf die wählbare Therapie seinen Einfluss: Der Asthmatiker verträgt möglicherweise einen beta-Blocker nicht, den er wegen eines Zustandes nach Herzinfarkt bekommen sollte. Damit wird aber sowohl die Behandlungsindikation als auch der Behandlungserfolg in der Versorgung beeinflusst – ganz unabhängig von der Versorgungsqualität der Behandlung.
4. **Behandelte** sind auch – fast immer – **Mit-Behandler**. Sie folgen ärztlichen Ratschlägen oder sie folgen – meist mehrheitlich – eben nicht. Das Problem der Non-Compliance – je nach Krankheit, Erkranktengruppe und Behandlung – liegt zwischen 15% und 80%. (11)

5. **Behandlungsziele** sind bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich – selbst wenn sie eine Diagnose gemeinsam haben. Sie haben nämlich weitere Erkrankungen oder Einfluss-nehmende Bedingungen, die für sie zu diesen unterschiedlichen ärztlichen Zielsetzungen führen. Und sie haben zusätzlich selbst unterschiedliche Zielsetzungen oder Prioritäten. Der eine will und kann seinen Zucker ideal einstellen.. Der andere – aufgrund einer zusätzlichen Nierenerkrankung – kann nicht alles nehmen, was er grundsätzlich sollte, und er will wegen eines nicht ideal eingestellten Zuckers nicht auf Insulin-Spritzen wechseln oder auf sein ganzes Glück, die Törtchen, verzichten.

All das, was hier zu den Rahmenbedingungen gesagt wurde, macht deutlich, dass es die „Einheitlichkeit“ eines Gesundheitsproblems, einer Erkrankung nicht gibt. Um aber Qualität leicht beurteilen zu können und dies an der Versorgung eines Krankheitsbilds zu tun, wäre gerade notwendig, dass „die Krankheit“ eine wirkliche Entität, also eine Konstante darstellt, die Behandlung also die Variable wäre, die man darüber in ihrer Qualität beurteilen könnte. Dies aber ist in der Regel nicht der Fall.

Vergleich als Teil der Qualitätsbeurteilung

Indikator für gute Qualität wäre der bessere Verlauf einer Erkrankung oder das Verhindern von Krankheit im Falle präventiver Versorgung – jeweils im Vergleich zur Nicht-Behandlung. Ersatzweise zur Nicht-Behandlung kann auch „andere Behandlung“ oder „Behandlung durch andere“ im Sinne des *bench-marking* fungieren.

So etwas aber kann man nur für größere Gruppen tun; insbesondere auch schon deswegen, weil die oben genannten Krankheits-bedingten Einflussnahmen hohe Variabilität im Verlauf erzeugen. Schon die Größe einer Arztpraxis würde in Bezug auf fast alle dort versorgten Erkrankungen einen solchen Vergleich nicht erlauben. Die dann doch nur 80 bis 150 Patienten mit Diabetes in einer Hausarztpraxis – um eine große Patientengruppe zu nehmen – werden bei dem hohen Grad von Unterschiedlichkeit der einzelnen Patienten (Begleiterkrankungen, Dauer des Diabetes, Compliance, Geschlecht und Alter etc.) einen haltbaren Vergleich in der Regel nicht erlauben.

Dies macht deutlich, dass Qualität – zumindest am Outcome gemessen – eher nur in Ausnahmefällen zu beurteilen sein wird.

Form der Qualität

Bis zu dieser Stelle wurde fast immer implizit von Outcomes, also Ergebnisqualität, gesprochen. Aber man hat zur Qualitätsbeurteilung auch noch die Struktur- und die Ablaufqualität als Beurteilungsfeld.

Bei der **Strukturqualität** geht es – unbeschadet von dem, was am Schluss herauskommt – um die Betrachtung des-

sen, was an Voraussetzungen vorhanden sind, die Basis für hohe oder geringe Outcome-Qualität darstellen.

Eine Fokussierung auf Strukturqualität bei der Beurteilung von Qualität respektiert, dass der Verlauf von Krankheit oder Krankheitsentstehung (im Falle präventiven Handelns) in der Regel durch die Komplexität aller auf den Verlauf von Krankheit Einfluss nehmenden Faktoren bestimmt wird, von denen nur einer die Güte der Behandlung ist. Daher begnügt sich die Beurteilung der Strukturqualität – adäquat zum Objekt der Beurteilung – mit der Beurteilung der Handlungs-Struktur und deren wahrscheinlicher Auswirkung auf die Qualität. Zu Themen der Strukturqualität zählen: Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Zeit pro Versorgungsproblem bei Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen, Ausstattung der Behandlungseinrichtungen, Fehlermanagement, Kooperationsvoraussetzungen, Honorierung etc.

Gleiches gilt für einen Ansatz, der **Ablaufqualität** zur Beurteilung wählt: Auch hier wird nur darauf geschaut, wie die Abläufe sind und ob sie mit Wahrscheinlichkeit das Ergebnis einer – komplexen – Behandlung positiv oder negativ in der Outcome-Qualität beeinflussen können.

Halten wir fest: Qualitätsbeurteilung am Outcome – Ergebnisqualität – erscheint schon aufgrund der Komplexität von Krankheit und deren Verlauf nicht, zumindest aber nicht im Regelfall möglich zu sein. Dies ist nur im Rahmen von Studien, dann noch solchen mit randomisierten Vergleich von identischen Patientengruppen möglich. Damit aber ist es nicht geeignet das Versorgungsgeschehen zu beurteilen.

Sicherlich gibt es hier **Ausnahmen:** Z.B. wenn man Operationskomplikationen als ein Outcome-Parameter bei bestimmten Operationen nutzt. Nur man weiß heute, dass selbst diese stark von Rahmenbedingungen, das durchschnittliche Alter der operierten Patienten, deren Begleiterkrankungen, das Stadium der Vorstellung zur OP, deren soziale Stellung etc. abhängig ist. Ohne alle diese und meist noch mehr Faktoren mit zu berücksichtigen, wird eine Qualitätsbeurteilung – z.B. im sog Vergleich, bench-marking – inadäquat. Was auch den Ruf nach entsprechenden Krankenhausvergleichen in bezug auf bestimmte Eingriffe mehr als problematisch erscheinen lässt. Am Rande bemerkt: Macht man so etwas dennoch, dann bleibt abzuwarten, ab wann dann die Krankenhäuser sich die Patienten suchen, die prognostisch günstige Verläufe aufweisen werden. Qualität würde sich dann darüber, nämlich über Selektion der Kranken, „verbessern“.

Man kann allerdings Outcome in Extrembereichen beurteilen. Im Beispiel: Sekundäre Wundheilungen dürfen auch unter ungünstigsten Konstellationen nicht einen bestimmten Prozentsatz überschreiten. Oder: Narkosezwischenfälle mit z.B. Schlaganfall oder Tod als Folge dürfen einen bestimmten Prozentsatz nicht überschreiten. Gemessen wird hier jeweils die deutliche Überschrei-

ung von Indikatoren für *Nicht*-Qualität, festgemacht an „Extremverläufen“.

Im ambulant- ärztlichen Bereich dürften derartige Indikatoren noch schwieriger sinnvoll zu gewinnen sein. Tod an schweren Blutungen unter einer gerinnungshemmenden Therapie, Zahl übersehenen Herzinfarkte, Lungenembolien, durchgebrochenen Blinddarmentzündungen etc. wären solche Marker. Nur alles kommt so selten und dann bei einer extrem variablen Versorgungs-Population – je nach Praxiszusammensetzung der Patienten – vor, dass es statistisch nicht mehr verantwortungsvoll zu nutzen ist.

Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung

Gleich, ob man Struktur-, Ablauf- oder – doch einmal – Ergebnis-Qualität beurteilen will, man braucht dazu einen Maßstab der Beurteilung, der bei gesundheitspolitisch relevantem Thema – und nicht im Rahmen nur einer Forschungsfrage – eine Verbindlichkeit unter den Experten des jeweiligen Themas haben muss.

Aber auch hier gibt es erhebliche Schwierigkeiten:

1. Es gibt für die wenigsten Gesundheitsstörungen einen solchen Maßstab – z.B. in Form von Leitlinien. Aber es gibt selbst dort, wo Leitlinien existieren, unterschiedliche Vorgaben – wenn auch nicht unbedingt immer im Kern sehr variierend. Man kann also nur für einige wenige Gesundheitsprobleme einen Maßstab zur Beurteilung von erbrachter Qualität finden. Für den ambulanten Bereich ist die Zahl insgesamt als auch die Zahl verbindlich anzusehender Leitlinien sehr gering, bestenfalls zwei bis drei Dutzend Probleme betreffend.
2. Leitlinien als Werke evidence basierter Medizin stellen zudem nur Handlungskorridore dar. Denn sie orientieren sich an Studien mit „idealisierten Patientengruppen“ und resultieren damit in Empfehlungen/Vorgaben für diese, nicht aber für die Mehrzahl der Personen mit dem behandeltem Problem. Dies ist bei Qualitätsbeurteilung mit zu berücksichtigen. Der **Maßstab hat nicht immer Gültigkeit**, man kann ihn nur als Orientierung nehmen. Abweichungen von diesem Maßstab sind daher ebenfalls – zumindest bei adäquaten Vorgehen – nur statistisch als Überschreiten einer gewissen Häufigkeit von Abweichungen zu beurteilen.
3. Selbstverständlich gibt es neben Leitlinien auch allgemeine, von der Fachwelt getragene Vorstellungen zu dem, was richtig und was nicht richtig ist. Nur sind diese in der Regel – weil weniger verbindlich als Leitlinien – in der Beurteilung nur dann zu gebrauchen, wenn es sich bei der Beurteilung um extreme Abweichungen handelt – also die Einstufung deutlich schlechter Qualität.

Halten wir fest: Es gibt nur für einige medizinische Probleme einen Maßstab, der dann zudem nicht für die

Mehrzahl der Personen mit dem jeweiligen Problem, für das er grundsätzlich Maßstab sein soll, wirklich adäquat ist. Messen am Maßstab muss immer breite Abweichung vom Maßstab zulassen, um der hohen Variabilität von Krankheit und deren Verlauf Rechnung zu tragen.

Diese Problematik macht Beurteilung, gar sozialrechtliche Nutzung von *Ergebnisqualität* – bis auf Ausnahmen und dann auch nur in Extrembereichen der Abweichung – sehr schwierig. Voraussetzung ist dabei dann immer, dass eine ausreichend große Zahl behandelter Personen mit einem Problem/einer Erkrankung im Hintergrund steht, um notwendige Abweichungsvariabilität vom Maßstab berücksichtigen zu können.

Für den Bereich der *Struktur- und der Ablaufqualität* hingegen sind die hier dargestellten Einschränkungen kein grundsätzliches Hindernis, müssen aber bei Operationalisierungen für Beurteilungs-Maßstäbe berücksichtigt werden. In der Regel wird man also auch hier um bestimmte Maßstäbe immer einen deutlichen Bereich der Toleranz legen müssen, um zu adäquaten Beurteilungen zu kommen.

Probleme Hausärztlicher Qualitätsbeurteilung

Unter Qualität kann man jeden adäquaten Zugang zur Lösung eines medizinischen/spezialärztlichen oder hausärztlichen Problems – also einer Krankheitsbehandlung oder einem Symptom – beschreiben. Nur was beinhaltet „adäquaten Zugang“?

Adäquat wäre alles, was durch die folgenden Charakteristika gekennzeichnet wäre:

- a) mit vertretbarer Nutzen- zu Schadensrelation
- b) mit vertretbarer Aufwands- zu Nutzensrelation (dies ist insbes. sozialrechtlich eine Zusatzbedingung)

Aufmerksam gemacht werden soll darauf, dass es hier um den *adäquaten Zugang*, nicht aber um ein *Ergebnis* von medizinischer Versorgung geht.

Fernerhin ist darauf aufmerksam zu machen, dass eine solche Beurteilung immer dann noch einigermaßen gut möglich ist, wenn ein *umschriebenes Krankheitsbild* – oder auch Symptombild – in adäquater Weise angegangen werden soll und kann. Denn nur für umschriebene, gut definierte Krankheitsbilder, Problemlagen gibt es Maßstäbe zur Beurteilung, z.B. Leitlinien.

Wie verhält es sich aber in Bezug auf die Beurteilung der Hausärztliche Qualität? War es bis zu dieser Stelle des Gedankengangs noch so, dass immer von einem Krankheitsbild und im Hintergrund stehende inhaltlichen Vorgaben in Form von Leitlinien oder Lehrbuchangaben zu einem Krankheitsbild ausgegangen wurde, so ist dies im hausärztlichen Bereich nur zum Teil überhaupt gegeben:

1. Zu einem Großteil der Behandlungsanlässe gibt es keine Leitlinien und keine Lehrbuchmeinung, weil es

sich mehrheitlich um „*undefinierte Krankheitszustände*“, oder um zumindest über längere Zeiträume nicht eindeutig einordenbare Erkrankung im Hintergrund handelt. Man weiß, dass zwischen 70 und 80 Prozent der Behandlungsanlässe so charakterisiert sind.(6)

2. Darüber gilt aber noch folgendes: Für die wohldefinierten Krankheitsbilder stellt sich für die Medizin der *Spezialisten* eine hierzu passende *Arbeits-Aufgabe*, nämlich ein Krankheitsbild oder ein Symptombild abzuklären bzw. zu behandeln (*Krankheitszentrierung*). Dies kann mit hoher oder weniger Qualität geschehen und beurteilt werden.

In der Hausarztmedizin, also im Arbeitsbereich des *Generalisten* aber stellt eine solche Arbeitsaufgabe eher den Ausnahmezustand dar. Vielmehr beinhaltet Allgemeinmedizin die „umfassende Betreuung alle Aspekte des Krank-Seins – medizinisch, psychisch und soziokulturell – und unter Einbeziehung des Patienten, seiner Wünsche und Vorstellungen“ (*Patientenzentriertheit*). (1)

Damit steht man – fast immer – in der Versorgung von Hausärzten vor einer sog. *komplexen Arbeitsaufgabe*, die bei der Mehrdimensionalität des Krankseins und der Mit-Behandlung durch den Patienten (1) auch zumindest eine Mehrdimensionalität von Beurteilungskriterien von Qualität nach sich ziehen muss.

Denn eines gilt für Qualitätsbeurteilung: Sie muss das zum Maßstab werden lassen, was in der Gruppe der Experten des Arbeitsbereiches als adäquat angesehen wird. Und bei der Arbeitsaufgabe des Generalisten ist eben diese Mehrdimensionalität vorgegeben. Hausärztliche Qualität nur an der Erreichung eines Blutdruckwertes oder der Schmerzfreiheit beim Patienten mit einer Rheumatoiden Arthritis festzumachen, ist für diese Arbeitsaufgabe der Allgemeinmedizin nicht adäquat – selbst wenn so häufig Qualität einzuschätzen versucht wird. Denn die, die hier handeln und die, die hier behandelt werden, wollen nicht nur dies, sondern – in der Regel – mehr als dies.

Übrigens gilt dies auf rein medizinischer Ebene und selbst für die Spezialfächer heute teilweise auch: Aufgrund des – medizinisch gesehen – mehrdimensionalen kardiovaskulären Risikofaktorenkonzeptes (9,10), wird auch in moderner spezialistischer Medizin nicht mehr der Blutdruck an sich behandelt, sondern dieser nur dann, wenn das Gesamtrisiko, dass sich aus mindestens weiteren vier anderen Risiken zusammensetzt, eine Behandlung eines oder aller dieser Risiken nahe legt.

Selbst also auch in spezialistischer Medizin und also auch bei nur Beachtung der rein medizinischen Seite wird die Mehrdimensionalität der Behandlungsziele zu einem Problem der Qualitätsbeurteilung. Wenn man – um beim Beispiel zu bleiben – das Gesamtrisiko als neue Orientierung nimmt, dann hätte man – so kann man denken – doch alles auf eine Größenordnung, das

Gesamtrisiko, gebracht, hätte also „Eindimensionalität“ wieder erreicht. Aber das Problem ist auch hier komplexer: Es gibt keine objektiven Vorgaben dafür, bei welchem Gesamtrisiko man behandeln soll: Sind es 1 oder 2 oder gar 0,5 oder 10% Mortalitätsrisiko in 5 Jahren, die zur Behandlung Anlass geben sollen? Dies muss entweder durch den Patienten entschieden werden oder die Gesellschaft gibt es vor, wer behandelt werden soll.

Zumindest erstere Lösung macht die Beurteilung von Qualität dann ebenso – wie fast immer in der Hausarztmedizin üblich – schwierig. Denn nun mag es einen Wert, das Gesamtrisiko, geben, aber der Patient bestimmt explizit mit, ob er dieses erreichen will und um welchen Aufwand für ihn. Man kann – provokativ, aber treffend – sagen: Qualität wäre in einem solchen Zusammenhang eher daran auszumachen, ob eine adäquate Aufklärung des Patienten über sein Gesamtrisiko erfolgt ist, die Basis ist für eine gemeinsame Entscheidungsfindung sowie einen gemeinsamen Weg, individuell gefundene Ziele zu erreichen.(5) Hiermit hätte man dann Ablaufqualität beurteilt.

Noch komplexer wird es, wenn man sich dazu detaillierter die unterschiedlichen Ebenen auch auf der Patientenseite anschaut: Patienten haben Wünsche, Vorstellungen zur Therapie, gehen nur, nicht immer für den Arzt erfreuliche Kompromisse in Bezug auf die Erreichung von Therapiezielen ein. Auch kann die Behandlung der einen Erkrankung, über Nebenwirkungen, zur Verschlechterung der Anderen führen. Oder der Patient kann bestimmte Ziele des Arztes als für sich nicht Handlungsrelevant ansehen. Und es kann auch das Wohlbefinden des Patienten ganz allgemein durch die erfolgreiche Behandlung einer Erkrankung leiden, so dass Arzt und Patient Kompromisse zu machen bereit sind.

Das Problem „Bewusster Weglassung“ (Quartärprävention)

Aber noch ein Problem gibt es bei der Beurteilung medizinischer Therapie und Diagnostik, was ebenfalls besonders ausgeprägt im hausärztlichen Bereich eine Schwierigkeit für Qualitätsbeurteilung darstellt: Nicht immer – und im hausärztlichen Bereich, meist nicht – ist es Ziel, all das zu tun, was möglich ist.(2) Bei Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität wird dies zum Problem, da nun der Maßstab, den man zur Beurteilung haben mag, hierüber als unzureichend erklärt wird, misst er doch nur, ob das, was in der Regel gemacht werden soll, auch getan wurde. Man bräuchte auch einen, der misst, ob das, was man weglassen sollte, auch weggelassen wurde; die Problematik von Unter- zu Überversorgung ist hier angesprochen. Das „ideale Gleichgewicht“ ist schwer zu messen und es ist von Versorgungsbereich zu Versorgungsbereich unterschiedlich.

In Hausarztpraxen mit „unselektionierten Patienten“ muss es eher um die Verhinderung von zu viel an Di-

agnostik und Therapie gehen – dies im Vergleich zur Spezialisten-Praxis gesehen.(4) Häufig besteht Qualität hausärztlicher Arbeit gerade darin, bestimmte Diagnostik, wegen Konsequenzlosigkeit, wegen Gefährdung durch Folgeschritte der Diagnostik oder Therapie etc. *nicht* durchzuführen oder bestimmte Therapien nicht oder nur so durchzuführen, dass keine Idealwerte etc. erreicht werden. Hausärztliche Qualität ist zu weiten Teilen auch *durch Unterlassung von Diagnostik und Therapie* zu beschreiben (sogenannte *Quartärprävention*) (3,7). Dass diese Arbeitsaufgabe des Generalisten – anders als für den Spezialisten – im Zentrum der Arbeit der Hausärzte steht, macht eine Beurteilung derer Qualität selbst auf Ablauf-Ebene schwierig: Zur Lösung bieten sich also nur zwei Beurteilungsmaßstäbe an, die allerdings sich in einem gedachten Optimum kreuzen. Diesen Bereich von Optimum zu beschreiben fällt schwer – insbes. auch deswegen schon, weil die Variabilität der Patienten und ihrer Krankheiten auch hier nur eine sehr weite Definition von Optimum erlaubt.

Auf diesem Hintergrund Qualität – gar noch Ergebnisqualität – zu messen, ist also sehr schwierig. Und so muss man sich häufig mit den zwei folgenden Beurteilungsansätzen begnügen:

1. Die *summatorische Beurteilung* durch die Beteiligten – sei es Beobachter, die handelnden Ärzte selbst oder die Patientin. Für alle, am meisten jedoch für die Patienten, gilt, dass zu einer adäquaten Beurteilung auch Kenntnis über das Adäquate und Nicht-Adäquate von Strukturen und Prozessen der Behandlung sowie den Behandlungsmöglichkeiten und potentiellen Erfolgen vorhanden sein muss. Die Frage im Hintergrund also ist: Was war unter diesen Bedingungen auf Seiten von Krankheit, Patient und Behandlungsoptionen überhaupt möglich – was daran gemessen ist erreicht? Dies kann sowohl Ablauf- als auch Ergebnisqualität betreffen.

Bezieht man sich auf Ergebnisqualität, so haben alle Beteiligten – also den Arzt auch eingeschlossen – das Problem, die Naturgeschichte des vor einem liegenden Krankheitsbildes, der vor einem liegenden Konstellation mit Gesundheitsstörungen generell und insbesondere für den speziellen Patienten nicht zu kennen, und somit jeden Erfolg oder Misserfolg eigentlich nicht gut in Bezug auf Qualität der Arbeit beurteilen zu können. Denn Qualität des Erfolges muss sich an dem bemessen, was möglich gewesen wäre, also dem, was mehr ist als der Weg ohne die ärztliche Behandlung/Betreuung oder im Vergleich zu einer anderen Behandlung/Betreuung. Dies aber weiß niemand für einen „Fall“, selbst nicht für eine Gruppe von „Fällen“ in einer Praxis.

Und es muss bei dieser summatorischen Beurteilung der Ergebnisqualität auch berücksichtigt werden, was wollten Patient und Arzt gemeinsam, was nur der eine von beiden. Für die Beurteilung von Ablaufqualität ist gerade diese Frage im Zentrum, denn hier muss es heute

um „gemeinsame Entscheidungsfindung“ gehen – die beurteilt werden kann, und deren Ergebnis aber das Ergebnis zentral beeinflusst.

Über solche summatorischen Beurteilungen, übrigens, bleiben Patienten bei ihrem Arzt oder – seltener – verlassen ihn. Allerdings: Man muss sich im Klaren sein, dass derartige Beurteilungen aber auch immer hoch subjektiv sind, vom Wissensstand etc. des Patienten abhängt, und also anders ausfallen kann als bei einem Beobachter von außen.

2. Die Erfassung von Struktur und Prozessqualität an einzelnen, hierfür als relevant angesehenen Parameter. Für den Spezialärztlichen Bereich ist dies noch relativ gut möglich: es sind die rein medizinischen Voraussetzungen und deren „Anwendung“ – dies nach dem Grundsatz: Alles, was – medizinisch gesehen – möglich und indiziert ist, muss vorgehalten bzw. getan werden. Dies kann auch mehrdimensional schon sein: Die Behandlung eines Diabetikers ist sicherlich an seinen Kontrollterminen der Blutzuckereinstellung, aber auch, möglicherweise weitaus bedeutsamer für ihn, an entsprechenden Messungen zu seiner Blutdruckeinstellung in der Prozess-Qualität (hier auch Ergebnisqualität) zu beurteilen.

Für den allgemeinärztlichen Bereich macht selbst aber eine solcher Beurteilungsansatz ein Problem: Er muss auch die Struktur- und Ablaufqualität zum Erreichen eines Behandlungskompromisses mit einschließen, also den Raum für Entscheidungsfreiheit für den Patienten – z.B. für gewünschte Diätüberschreitungen – mit bewerten. Im Beispiel heißt dies: Die Behandlung von Patienten mit einem Diabetes lässt ganz andere Sichtweisen, Behandlungsziele gleichberechtigt zum HbA1c oder dem Blutdruck daneben stehen. Ist nicht zur Erhaltung psychischer Stabilität so wichtig, also Behandlungsziel, dass der Patient weiterhin viel arbeiten kann, weil er sich darüber ganz wesentlich definiert? Sieht man dies als gleichberechtigtes Behandlungsziel – und der Patient tut dies –, dann hat man zu akzeptieren, dass er unter der Arbeit auch immer wieder unter Stress kommt, sein Blutdruck hoch geht, er aber die vierte, deswegen hinzu gegebene Substanz nicht nehmen will, weil sie ihn dösig macht, etwas, was er bei geistiger Arbeit nicht akzeptieren kann.

Am Beispiel wird deutlich, das die Erhebung von Werten an sich häufig nicht ausreicht, dass zumindest alle Behandlungsziele für den jeweiligen Patienten mit definiert und als Orientierung benutzt werden müssen. Die Integration aller Beurteilungsmöglichkeiten (hier im Beispiel Blutdruck und Psychische Stabilität) ist ein weiteres Problem, das man jedoch dadurch lösen kann, dass man die Ebenen voneinander getrennt haltend mit der jeweiligen Zielerreichung beschreibt. Oder man beurteilt allein die Struktur- und die Ablaufqualität, also hier im Beispiel, welchen Raum der Entscheidungsfindung, hier der Priorisierung von Behandlungszielen, sowie die Intensität der Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker, gegeben wird.

Was ist machbar?

Der Text hat die Schwierigkeiten einer adäquaten Beurteilung von Qualität – insbesondere von Ergebnisqualität – detaillierend dargestellt. Dieser Schwerpunkt wurde gewählt, weil in der Öffentlichkeit eine naive oder eine gezielt gewollt de-problematisierende Darstellung zum Thema in der Regel nur erfolgt.

Die Berechtigung von Qualitätsbeurteilung an sich bleibt aber auch durch den hier vorliegenden Text unangegriffen. Nur sollte man sich im Klaren sein, dass

1. Ergebnisqualität in der Regel im ambulanten Bereich inadäquat ist; ausgenommen ist die Nutzung von Indikatoren für Extremfälle von Nicht-Qualität.
2. insbesondere im hausärztlichen, aber eigentlich auch in Teilen des gesamten ambulanz-ärztlichen Bereichs immer unterschiedliche Behandlungsziele vorhanden sind, die, der Arbeitsaufgabe entsprechend, alle berücksichtigt werden müssen.
3. Struktur- und zu weiten Teilen auch Ablaufqualität im ambulanz-ärztlichen Bereich relativ gut beurteilt werden kann, aber immer die Komplexität ärztlicher Arbeitsaufgabe mit berücksichtigen muss; was einschließt: Mit-Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess sowie daraus resultierende unterschiedliche Therapieziele.
4. Qualitäts-Beurteilung auf der Ebene von Ablauf-, erst recht aber bei Ergebnisqualität weite Margen von Toleranz beinhalten muss, um der Variabilität von Krankheit und Behandlungsprozessen ausreichend Rechnung zu tragen.
5. Es bleibt vieles, wenn nicht sogar das Bedeutende außerhalb einer administrativen, aus Routinedaten gewinnbaren Beurteilbarkeit.

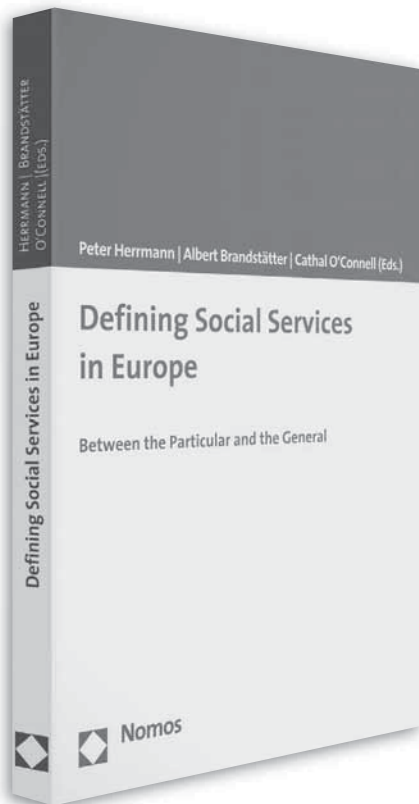
Hintergrund des hier so zusammengefassten ist, dass ärztliches Handeln zu weiten Teilen nicht auf technisches Handeln zu reduzieren ist. Dieses ließe sich sehr wohl und sehr viel einfacher in der Qualität beurteilen. Ärztliches Handeln aber ist zu weiten Teilen Professionelles Handeln, also eines, bei dem in einem komplexen Entscheidungsraum abwägend Entscheidungen zu treffen sind. Dieses aber wird durch generelle Maßstäbe nie zu beurteilen sein. Versucht man es dennoch, dann wird man den Boden für Professionelles Handeln zerstören – mit Sicherheit mit dem Ergebnis, dass die Versorgung schlechter wird.

Es geht also ganz zentral um den aus dem Arbeitsbereich der Medizin selbst resultierenden notwendigen Freiraum, den eine Profession zur Entscheidungsfindung behalten muss, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden. Viele Gesellschaften haben dies auch heute noch begriffen – es werden aber weniger.(8)

Literatur

1. Abholz H-H: Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, 3. Aufl., Stuttgart 2006, S. 501-06
2. Abholz H-H, Wilm S: Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, 3. Aufl., Stuttgart 2006, S. 565-74
3. Abholz H-H: Hausärztliche Prävention. In Kirch W, Badura b (Hrg): Prävention. Springer, Heidelberg 2006, S. 55-70
4. Abholz H-H: Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, 3. Aufl., Stuttgart 2006, S. 507-23
5. Barrath A, Trevenat L, Davey HM, McCaffery K: Uses of decision aids to support informed choices about screening. BMJ 2004;507-10
6. Fink W, Haidinger G: Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Zeitschr. Allg med 2007;83:102-08
7. Fischer, GC: Schutz vor medizinischer Überversorgung. Zeitschr. Allg Med 1996;72:1016-22
8. Freddi G, Björkman JW: Controlling medical professionals – the comparative politics of health governance. Sage, London 1989
9. Jackson R, Lawes CMM, Bennett DA, Milne R, Rodgers A: Treatment with drugs to lower blood pressure and cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. Lancet 2005;365: 434-41
10. Keil U, Fitzgerald, A P; Gohlke, H; Wellmann, J; Hense, H-W: Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. Deutsches Ärzteblatt 2005;102: A-1808-11
11. DiMatteo MR: Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years or research. Med Care 2004;42:200-09

Soziale Dienste in Europa



Defining Social Services in Europe

Between the Particular and the General

Herausgegeben von Dr. Peter Herrmann, European Social, Organisational and Science Consultancy, Albert Brandstätter und Dr. Cathal O'Connell, University College Cork, Ireland

2007, 276 S., brosch., 44,- €, ISBN 978-3-8329-2883-4

Soziale Dienstleistungen des Allgemeinen Interesses stehen hoch im Kurs der EU-politischen Debatte um die Wettbewerbsfreiheit. Aber können Dienste für jene, die aus dem Wettbewerb fallen, überhaupt dem Wettbewerbsrecht folgen? Und leisten sie nicht einen Dienst gerade auch für die Gesellschaft, anstatt nur für hilfebedürftige Individuen da zu sein?

Der Band untersucht verschiedene Aspekte der Qualität sozialer Dienste aus theoretischer und praktischer Sicht.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de



Nomos