

Das Q-Fieber der Gesundheitspolitik: Über die Frage der Immunisierung

NORBERT SCHMACKE

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ist Hochschul-lehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Q-Fieber ist eine durch das gramnegative Bakterium *Coxiella burnetii* verursachte Zoonose. Der Erreger kann als so genannte Dauerform (Sporen) z. B. in Staub, auf Heu oder auf Wolle jahrelang überleben und infektiös bleiben. Die Übertragung erfolgt meist durch Inhalation kontaminierten Staubs. Diese bei rechtzeitiger Entdeckung gut behandelbare übertragbare Erkrankung hat mit dem hier beschriebenen Q(ualitäts)-Fieber nichts zu tun, außer ihrem ansteckenden Charakter und – bezogen auf Deutschland – die extremen Probleme der Durchführung einer Immunisierung. Heißt es doch in der Information des Robert-Koch-Instituts: Eine Impfung für beruflich exponiertes Personal steht in einigen Ländern zur Verfügung, ist in Deutschland jedoch nicht zugelassen. Der nachfolgende Artikel versteht sich als ernst gemeinter – wenn auch vermutlich wenig aussichtsreicher – Beitrag zum Schutz vor einer weiteren Verbreitung des Q-Fiebers in der Gesundheitspolitik.

1. Das VSG und die Eckpunkte der Bund-Länder-AG

Der Entwurf des Versorgungs-Stärkungs-Gesetzes (Stand 8.12.2015) ist vom Ringen nach Qualität in der Versorgung durchdrungen. Während etwa der Begriff ‚Nutzen‘ in unterschiedlichen Verbindungen 19 Mal (incl. Begründungstext) vorkommt, und ‚Schaden‘ – überwiegend im Kontext Schadenersatz – 17 Mal zu finden ist, dominiert ‚Qualität‘ in unterschiedlichen Verbindungen 77 Mal, darunter allein 22 Mal dezidiert als ‚Qualitätssicherung‘. Insbesondere die Erwartungen an das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen steigen in neue Höhen. Es soll

- einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet veröffentlichen (das wird, schon gar nach der Entscheidung, nicht über die Beauftragung des AQUA-Instituts für eine Kontinuität bei dieser Kärneraufgabe zu sorgen, mindestens ein 10-Jahres-Programm werden);
- für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darstellen (dto.);

verständnis von Qualitätsmanagement zugrunde.

Qualität kann nicht „erkontrolliert“ werden. Es ist auch keine Mess-, sondern eine Führungsmethode. *„TQM ist eine Führungsmethode, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder einer Organisation basiert. Die Führung wird so ausgerichtet, dass alle Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben, mitzuwirken. Qualität wird letztlich durch die Menschen des Unternehmens erzeugt. Nur wenn das Umfeld stimmt, können sie ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst des Kunden stellen.“* (Hummel/Malorny) [17] Davon sind wir in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen weit entfernt.

Selbst wenn Qualität in der Patientenversorgung annäherungsweise ermessen werden könnte, bleibt der Umstand, dass „autoritäres Verhalten, verbunden mit negativen Anreizen, immer dazu verleiten wird, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen.“ (Prof. Dr. Eichhorn) [18]

Gegen diesen Missbrauch von Qualität hat sich u. a. der Deutsche Ärztetag 2014 gewandt. *„Vom Wiegen wird die Sau nicht fett“* (Westfälisches Sprichwort), zeigt in Kürze den intellektuellen Irrtum des Gesetzgebers auf.

Entgegen der auf Landesebene per Gesetz vorgeschriebenen Rolle der Ärztekammern, eine hohe Qualifikation der Ärzteschaft zu gewährleisten und ärztliche Interessen zu vertreten, ist die verfasste Ärzteschaft auf der Ebene der politischen Mitbestimmung marginalisiert. Im Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Bundesärztekammer weder Antrags- noch Stimmrecht.

Fazit

Aufgrund der besonderen Rolle des Arztes in der Behandlung und Betreuung kranker Menschen und der hohen Erwartungshaltung der Patienten, hat die deutsche Ärzteschaft neben den klassischen Verfahren der Aus-, Fort- und Weiterbildung zahlreiche Institutionen, Projekte und Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt und ins Leben gerufen. Diese sind international beispielhaft. Die Akzeptanz dieser, auf freiwilliger Basis angebotenen Maßnahmen ist außerordentlich hoch. Sie werden im klinischen und praktischen Alltag als hilfreich empfunden, kontinuierlich weiter entwickelt und ergänzt. Die Aneignung dieser Kompetenz in Querschnittsthemen gehört neben der fachgebietsorientierten Qualifikation und Qualitätsentwicklung inzwischen

zum Standard in der deutschen Ärzteschaft.

Ärzte werden mit ihren Problemen, die durch den medizinischen Fortschritt und die daraus resultierende zunehmende Komplexität der Medizin einerseits und durch politische und ökonomische Mängel im System andererseits entstehen, alleine gelassen oder ausgegrenzt. Die Umsetzung zahlreicher ärztlich initiiert Maßnahmen und Projekte zur Qualitätsförderung werden dadurch konterkariert. Die „hidden agenda“ des Gesetzgebers und der Krankenkassen, über sogenannte „Qualitätstransparenz“ Krankenhäuser schließen zu wollen und Mängel in der Krankenhausplanung auszubügeln, macht eine erfolgreiche Entwicklung einer „Qualitätskultur“ im deutschen Gesundheitswesen schwer. Die Grundlagen für diese sind seitens der deutschen Ärzteschaft vorhanden.

Disclaimer:

Begriffe, wie „Arzt“, „Partner“, „Moderator“, „Kollegen“, „Preisträger“ und „Patient“ gelten für beide Geschlechter.

Im Andenken an Franz Stobrawa, 1940 – 2015, langjähriger Leiter des DERNATS 3 der Bundesärztekammer und u. a. Mitbegründer der GQMG ■

Literatur

[1] (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte, 2003 in der Fassung vom 28.06.2013, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[2] Paragraph 1 der (Muster-) Fortbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte, in der Fassung vom 29.05.2013, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/_Muster_Fortbildungsordnung_29052013.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[3] Vortrag von Dr. med. Max Kaplan auf dem 116. DÄT vom 28.4.-31.5.2013, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/116TO_P03MWBOFolienKaplan.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[4] KBV Qualitätsbericht 2014, http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2014.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[5] Datenbank ärztlicher Qualitätssicherungsinitiativen, www.aeqsi.de, abgerufen am 01.04.2015

[6] Persönliche Mitteilung Dr. Hans-Jürgen Ahrens, ehemaliger Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes am 17. Juni 2008

[7] Homepage der AWMF, <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>, abgerufen am 01.04.2015

[8] Beschlussprotokoll vom Deutschen Ärztetag vom 27.-30.05.2014 in Düsseldorf, www.bundesaerztekammer.de, abgerufen am 01.04.2015

[9] Kassenärztliche Bundesvereinigung, http://www.kbv.de/media/sp/Karte_QEP_Praxen_in_Deutschland.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[10] Ärztestatistik der BÄK, 2013, www.bundesaerztekammer.de, abgerufen am 01.04.2015

[11] Bleuler. E. Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, 1919

[12] Freidson. E. The Profession of Medicine, Chicago 1988

[13] Marburger Bund Zeitung Nr. 17 vom 03.12.1993

[14] Resolution der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vom 22.03.2001 http://www.aerztekammer-berlin.de/Ionitz-Gesundheitspolitik/Arztberuf/DV-Beschluss_DRGs_21_3_01.pdf, abgerufen am 01.04.2015

[15] Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, 2013, <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, abgerufen am 01.04.2015

[16] 103. Deutsche Ärztetag vom 9.-12. Mai 2000 in Köln, Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2784.2786.2787>, abgerufen am 01.04.2015

[17] Hummel. T, Malorny. C, Total Quality Management, 1997, Carl Hanser Verlag München

[18] Prof. Dr. Eichhorn, DKI, Mitteilungen des BDC, 8/1992

- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form informieren (eine offensichtlich unnötige Aufgabe, da diese Verfahren alle keine Aussagen über die Versorgungsqualität ermöglichen).

Das größere Bild zeichnen die Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 „Qualität soll als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder gesetzlich eingeführt werden. Die Länder werden so effektiv bei der Qualitätsplanung unterstützt. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren entwickeln und diese den Ländern für Planungszwecke zur Verfügung stellen“. Dies wird zwar durch den eingebauten Ländervorbehalt gleich wieder relativiert, es bleibt trotzdem die Frage, ob erfahrene PolitikerInnen tatsächlich an diese Überflieger-Idee glauben. Bei all dem gerät immer weiter aus dem Blickfeld, welchen Einfluss Instrumente der Qualitätssicherung auf die tatsächliche Versorgungsqualität haben können und welche Determinanten guter Qualität durch sie kaum oder gar nicht tangiert werden.

2. Internationale Qualitätsforschung

Nachfolgend einige alles andere als unbekannte Ergebnisse der Forschung zu Fragen der Qualität im Gesundheitswesen.

- Shojania und Grimshaw (2005) haben vor 10 Jahren alle damals gängigen Ansätze des Qualitätsmanagements auf ihre Evidenz hin angeschaut. Sie zeigten, dass die meisten Konzepte auf Plausibilität und anekdotischer Evidenz beruhten und dass es auch für die der QS nahe liegenden Ansätze des Audit und Feedback nur schwache Nutzenbelege gab. Die klare Forderung: gute Studien aufzulegen, mit denen die Überlegenheit von Qualitätsförderungs-Ansätzen gegenüber dem Status Quo getestet werden kann.
- Mathews und Pronovost schreiben 2008 im JAMA, dass sich fast zehn Jahre nach der Publikation des allge-

mein als bahnbrechend eingestuften IOM-Berichts („To Err Is Human“) trotz strukturierter Programme etwa der Harvard Medical School wenig verändert habe und es große Barrieren gebe, wünschenswerte Veränderungen zu realisieren. Dabei weisen sie auf einen weiteren wohl zentralen Punkt hin, der auch in der Forschung zur Implementierung des Qualitätsmanagements vielfach herausgearbeitet worden ist. Es geht um das Thema Autonomie: Ärzte erleben insbesondere die Forderung nach Beachtung von Leitlinien als Eingriff in ihre ureigenen Kompe-

Welchen Nutzen die wettbewerblichen Ansätze erbracht haben, lässt sich heute und morgen nicht sagen, weil Evaluationen nicht eingefordert werden.

tenzen, und dies wohl bemerkt unabhängig von berechtigten Fragen zur Qualität solcher Leitlinien. Die Autoren plädieren dafür, die Vereinbarung von Qualitätsstandards über die Ärzteschaft hinaus auf breitere Schultern zu verlagern und damit in neuer Weise Konsens über die Wege zu einer guten Medizin zu finden.

- Ebenfalls 2008 publizierten Fung u.a. einen Review zur Frage, welchen Einfluss das öffentliche Berichten von patientenbezogenen Versorgungsdaten auf Qualität und Sicherheit haben: die Ergebnisse der verwertbaren Studien sind enttäuschend, auch wenn gewisse Effekte auf die Steigerung der Bemühungen der Ärzteschaft um Qualitätsverbesserung zu vermerken waren.
- Kaplan u.a. (2010) haben angesichts der mageren Ergebnisse der systematischen Anstrengungen um Steigerung der Versorgungsqualität durch QS und QM die nahe legende Forderung aufgestellt, sich intellektuell intensiver um die Kontextbedingungen für die Förderung von Qualität zu kümmern. Dazu gehört ihnen zufolge auch der Ansatz des wettbewerblichen Anreizes: weil man darüber viel zu wenig wisse.

3. Der Hebel Vertragswettbewerb

Ungeachtet dieser gut begründeten skeptischen Haltung setzen Politik und Kassen in Deutschland seit Jahren immer mehr auf das Instrument des Vertragswettbewerbs. Man konnte dem anfangs eine gewisse Sympathie nicht verwehren, da das korporatistische System sich nun wirklich als extrem innovationsfeindlich erwiesen hatte („Reformblockaden“). Welchen Nutzen die wettbewerblichen Ansätze erbracht haben, lässt sich heute und morgen nicht sagen, weil die erforderlichen Evaluationen vom Gesetzgeber nicht eingefordert werden und aus

positiven Ansätzen wie dem Hausarztvertrag in Baden-Württemberg nicht geschlussfolgert werden kann, dass das System auf dem richtigen Weg wäre. Die meisten gar nicht um Qualität bemühten Wettbewerbsansätze der Kassen, die primär auf Wanderung und Halten von Versicherten mit geringeren Risiken abzielen, sprechen eine eigene

Sprache. Huster (2015) hat jüngst in prägnanter Form kritische Hinweise zum Konzept des Qualitätswettbewerbs gegeben:

- „Schließlich haben die Reformbemühungen der letzten Jahre um die Einführung eines Qualitätswettbewerbs gezeigt, dass sich die Gemeinsame Selbstverwaltung schwer tut, Qualitätsstandards aufzustellen, die angesichts der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit der Leistungserbringer einer rechtlichen Überprüfung standhalten; erinnert sei insoweit nur an die Rechtsstreitigkeiten zu den Mindestmengen. Auch die transparente Darstellung von Qualitätsunterschieden zwischen den Leistungserbringern erweist sich als mühsam und anfällig für Rechtsfehler. Die vielfach diskutierte und eingeforderte, aber bisher nur in Ansätzen verwirklichte (vgl. § 136 Abs. 4 SGB V) Anknüpfung der Leistungsvergütung an die Leistungsqualität (Pay for Performance – P4P) wirft ebenfalls Fragen im Verhältnis zur „Normalversorgung“ auf, die ja an das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V gebunden bleibt: Woher sollen die Mittel für eine höhere Vergütung

gesteigerter Qualität eigentlich kommen, wenn auch der Leistungserbringer, der „normale“ Qualität liefert, einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung hat?“

Wenn die Politik sich am Ende immer wieder gegenüber wissenschaftlichen Ergebnissen zur Qualitätsforschung taub stellt, dann bleibt die politikwissenschaftliche und soziologische Fragestellung übrig: geht es um Nichtbeachtung von Forschungsergebnissen oder um Handeln wider besseres Wissen? Man erinnere sich an eine wieder lezenswerte Schlüsselpublikation von Knieps(2009) in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Dort warnte er vor einem ruinösen Dumping-Wettbewerb der Kassen und forderte eine Neujustierung des Verhältnisses von einzelwirtschaftlichem Wettbewerb zu korporatistischen Kollektivverträgen wie auch zur staatlichen Regulierung. Vor jeder weiteren Reform müsse das Ergebnis der bisherigen Bemühungen analysiert werden, so Knieps:

- „Eine Debatte über Ziele und Instrumente der Gesundheitspolitik täte jeder Bundesregierung gut, gleich welche Parteien diese stellen werden. Denn wer das Ziel nicht kennt, für den ist jeder Weg der richtige“.

Hess (2014) hat mit einem weiteren prägnanten Statement den Nebel, der über dem Topos „Vertragswettbewerb“ liegt, gelichtet:

- „Vertragswettbewerb der Krankenkassen im Deutschen Gesundheitssystem ist daher leider kein wissenschaftlich begleiteter Suchprozess nach der effizientesten Versorgungsform, die dann aus Gründen der Gleichbehandlung selbstverständlich in die Regelversorgung überführt werden müsste. Der Wettbewerb unterschiedlicher Strukturen der Leistungserbringung (z.B. hausärztlich – hausarztzentriert) ist vielmehr zum Strukturelement der GKV geworden, ohne dass die jeweiligen Ergebnisse extern evaluiert werden können.“

Leider gibt es auch in den Reihen der Wissenschaft immer wieder Stimmen, die der Politik versichern, auch ohne

Vergleichsstudien den Nutzen von neuen Versorgungsformen belegen zu können. Ob es anders formuliert gelingen kann, den euphorisch intonierten Weg des Vertragswettbewerbs wirklich noch einmal radikal infrage zu stellen, ist mehr als ungewiss. Es handelt sich um eine Zeitgeist-Strömung, die vielleicht eines Tages wieder verebbt so wie sie über die GKV hereingebrochen ist.

4. Die absehbare Fehlsteuerung

Relman hat schon 1980 darauf aufmerksam gemacht, dass sich ein neuer medizinisch-industrieller Komplex entwickelt hatte, der heute noch ungleich mächtiger geworden ist und seine Geschwader immer besser munitioniert. Geradezu prophetisch schrieb er vor 35 Jahren:

- „Dieser neue ‚medizinisch-industrielle Komplex‘ mag effizienter sein als das Non-Profit Modell, aber er schafft die Probleme von Überversorgung und Fragmentierung der Angebote, führt zur Überbewertung von Technologien und zum ‚Sahne-Abschöpfen‘, und er kann ungebührlichen Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik ausüben. In diesem Medizinmarkt müssen Ärztinnen und Ärzte als kritische Käufer für ihre Patientinnen und Patienten handeln und sollten deshalb keine konfligierenden finanziellen Interessen haben. Größere Wachsamkeit der Öffentlichkeit und der Profession und sorgfältige Forschung sind nötig um sicherzustellen, dass der ‚medizinisch-industrielle Komplex‘ die Interessen der Öffentlichkeit über die Interessen seiner Aktionäre stellt“.

Wenn man sich die politische Agenda zur Gesundheitspolitik in Bund und Ländern anschaut, dann findet sich aber heute durchgängig das Mantra ‚Gesundheitswesen als Jobmotor‘. Das damit einhergehende vollkommen unkritische Bekenntnis zur Gesundheitswirtschaft ist ein untrüglicher Beleg für eine außerordentlich erfolgreiche Lobbyarbeit der Industrie und ihrer Gefolgsleute.

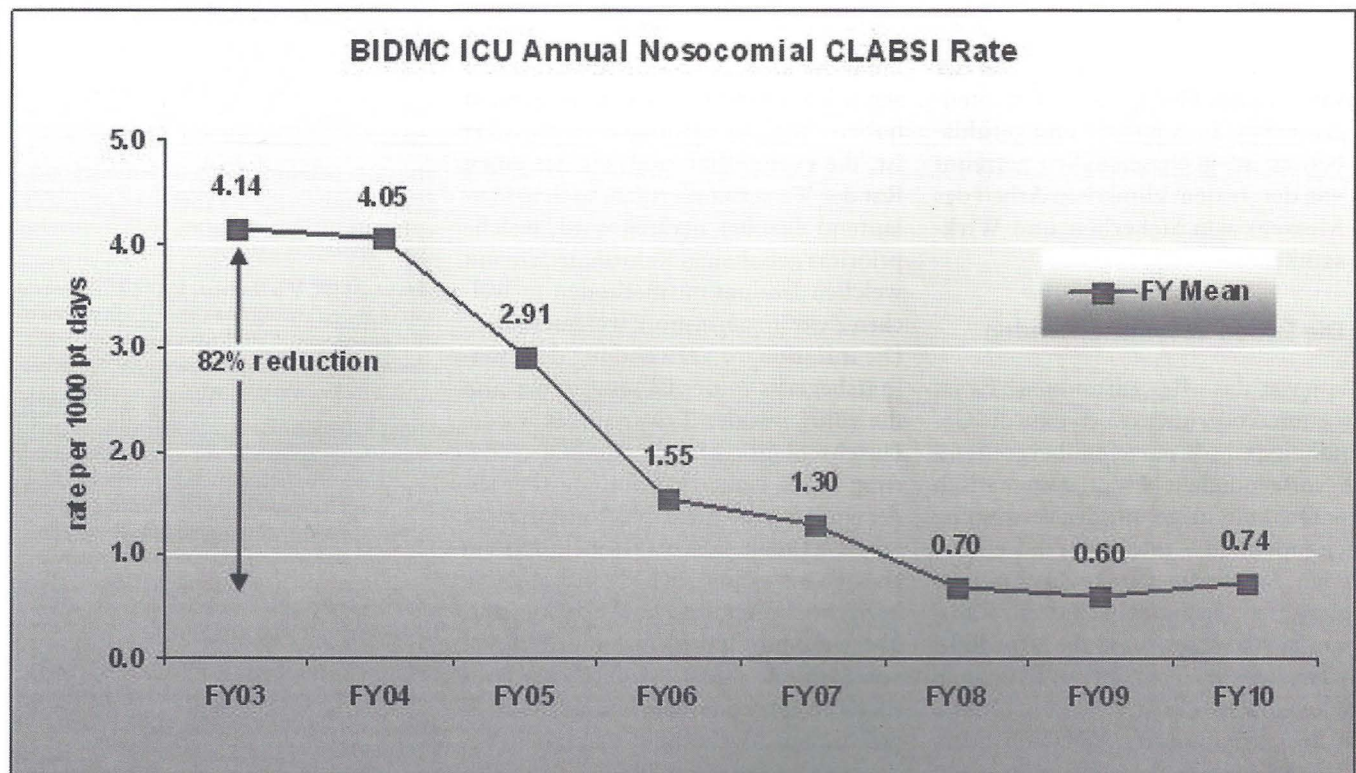
5. Die Mengendebatte

Bis heute werden leider jeder Kritik an Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem früher oder später medien- und politikwirksame ‚Argumente‘ entgegengesetzt, so ganz aktuell in Deutschland zur Frage der Mengenentwicklung in der Chirurgie (Finkenstädt u. Niehaus 2015). Dann kann man sich wieder entspannt zurücklehnen, und vergessen sind die unglaublichen Aussagen chirurgischer Chefärzte, von denen nach einer Befragung des Lehrstuhls von Wasem 39 % für möglich halten, dass Operationen aus anderen als aus medizinischen Indikationen durchgeführt werden. Es stellt sich die Frage, wie viele Analysen welcher methodischen Qualität noch erforderlich sind, um Steigerungsraten wie beim Kaiserschnitt oder bei Wirbelsäuleneingriffen als inakzeptabel einzustufen. Man wird in die Entwicklung solche Strategien aufgeklärte Gruppierungen der Ärzteschaft einbeziehen müssen. Dass das nicht völlig utopisch ist, zeigt eine Stellungnahme von Rheumatologen, die davor warnen, sich bei OP-Indikationen zu sehr auf Bild gebende Verfahren statt auf klinische Diagnosen

Wie viele Analysen sind noch erforderlich, um Steigerungsraten wie beim Kaiserschnitt oder bei Wirbelsäuleneingriffen als inakzeptabel einzustufen?

und Ergebnisse von Vergleichsstudien zu verlassen (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46787/Rheumatologen-warnen-vor-unnoetigen-Operationen-bei-Rueckenschmerzen>). Studien, welche Deeskalationsverfahren in der Medizin als überlegen zeigen, gibt es zwar im Ausland in Mengen, sie werden hier aber nicht zur Kenntnis genommen und sind in der deutschen Hochschulmedizin und Forschungsförderung ein Stiefkind. Ausschließlich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin setzt sich systematisch für solche Studien ein, bislang mit mäßigem Erfolg. Hier aber werden die Weichen dafür gestellt, ob tatsächlich indikationsbezogen behan-

Abbildung 1: Infektionsrate bei zentralen Venenkathetern auf Intensivstationen im Zeitraum 2003 bis 2010 (pro 1000 Patiententage)



Quelle: Zeidel 2011

delt wird oder der reine ökonomische Vorteil gesucht wird. Die Idee, fragwürdige Indikationen bei Wahleingriffen durch ein Zweitmeinungsverfahren einzudämmen, ist sicher besser als das Setzen auf eine steuernde Funktion von noch so guten Qualitätsindikatoren, wird ihren Nutzen aber auch unter Beweis stellen müssen.

6. Unbeachtete Leuchtturmprojekte

Bedeutende Qualitätsmängel lassen sich verringern – und es lassen sich Belege dafür erarbeiten. Zeidel (2011) publizierte 2011 Erfolge der systematischen Bekämpfung von Hospitalinfektionen am Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston. Rigoroses Training standardisierter Prozeduren beim Legen zentraler Venenkatheter reduzierte dort die Infektionsrate um das 9fache, wobei die Lernkurve über Jahre erfolgreich gehalten werden konnte. (S. Abbildung 1)

Derartige Erfolge erzielte das Bostoner Klinikum auch bei der Reduzierung pulmonaler Infektionen beatmelter Patienten und bei der Vermeidung von Reanimationen bei Patienten mit

kritischem Gesundheitszustand. Aus dem Mund von Zeidel hören sich die Ratschläge an seine Kollegen wie aus einem QM-Handbuch abgeschrieben an, spricht auch er von der Schaffung einer Qualitätskultur, die von den Leitungskräften glaubhaft getragen werden müsse. Standards des Qualitätsmanagements müssen immer wieder trainiert werden, so Zeidel, der als einen Leitsatz formuliert „Wir müssen uns die Mentalität ‚solche Sachen passieren eben abgewöhnen, oder wir werden niemals die Qualität der Versorgung anheben“.

7. Patientenzentrierung der Medizin

Die vielleicht am wenigsten systematisch durchdachte Frage lautet aber: wie können eigentlich Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, sich tatsächlich ein eigenes Bild zu machen, wie sinnvoll ihnen empfohlene Eingriffe sind? Ein ganz aktuelles Beispiel hierfür ist die laufende Debatte um den Paradigmenwechsel der Krebsfrüherkennungsprogramme: nicht mehr möglichst große Beteiligungsraten sind das pri-

märe Ziel, sondern die Förderung einer informierten Entscheidung der Frauen. Patientenzentrierung in der Medizin ist weithin noch ein Lippenbekenntnis, es setzt eine andere Grundhaltung der Professionellen voraus, die auch erst ermöglicht, dass alle Ratsuchende und Kranke mit den erforderlichen Informationen über Nutzen und Schaden versorgt werden und dass ihre Fragen Berücksichtigung finden (s. Berwick 2009). Diese neue Kultur lässt sich durch den Gesetzgeber anstoßen und begleiten, aber letztlich nicht erzwingen: wie höhere Transparenz und bessere Kommunikation für beide ‚Partnerinnen und Partner‘ des Behandlungsprozesses von Vorteil sein können, wäre eine Reihe gut gemachter Studien in Deutschland wert. Denn leider lassen sich die erwünschten Veränderungen auch hier nicht am runden Tisch definieren, sie müssen erarbeitet werden. Auch dieser Weg ist steinig. ‚Consumerism‘ mit dem Ziel des Verkaufens immer neuer Leistungen ist nämlich auch eine Variante, die sich hinter dem schönen Begriff der Patientenpräferenz verbergen kann. Ansatzpunkte für solche Forschung gibt es durchaus, s. die

systematische Übersichtsarbeit von Doyle u.a. (2013), in der es u.a. heißt:

- „Die Behandler sollten sich von der Idee verabschieden, dass Patientenerfahrung zu subjektiv und gefühlbetont ist, gewissermaßen getrennt von der ‚realen‘ klinischen Arbeit des Messens von Sicherheit und Wirksamkeit“.

8. Die Enden zusammenbinden

Wie passt das alles zusammen? Es ist erst einmal begrüßenswert, dass die Gesundheitspolitik parteienübergreifend die Notwendigkeit betont, systematisch über Qualitätssteigerung der Versorgung nachzudenken – und steuernd einzugreifen, soweit die primär Zuständigen (Fakultäten, Fachgesellschaften, Kammern, Selbstverwaltung) die erforderliche Transparenz nicht liefern. Es ist auch fraglos ein Fortschritt, dass Deutschland seit Beauftragung des AQUA-Instituts mit der Entwicklung von relevanten Qualitätsindikatoren den Anschluss an diesen internationalen Trend gefunden hat. Umso verwunderlicher, dass die Bänke des GBA ‚mitten im Fluss die Pferde gewechselt‘ und damit unnötige Kontinuitätsbrüche bei der Weiterentwicklung systemrelevanter Qualitätsindikatoren in Kauf genommen haben. Politik hat sich dann aber mit ihren Maßnahmenpaketen völlig übernommen und vollends von der Rückbindung an vorliegende wissenschaftliche Ergebnisse zur Qualitätsforschung verabschiedet. Und Politik schaut bewusst weiter zu, wie so genannte Innovationen über den stationären Sektor ungeprüft in die Fläche getragen werden können. Nun hat niemand Patentrezepte in der Schublade, wie unser zersplittertes und zwischen Über-, Unter- und Fehlversorgung hin- und herschwankendes System auf besseren Kurs gesteuert werden kann. Ein erster und fundamentaler Schritt müsste sein, endlich von der Idee loszulassen, neue Steuerungsimpulse zum

Qualitätsmanagement für die gesamte GKV zu verordnen, wenn internationale Erfahrungen bestenfalls zu ambivalenten wenn nicht gar negativen Ergebnissen solcher Bing-Bang-Ansätze geführt haben. Wer an Lösungen interessiert ist, die evaluierbar sind, müsste einen Rat der Weisen einberufen, in dem fortlaufend darüber beraten wird, welche prioritär gehaltenen Reformansätze mit welchen Evaluationsmethoden in welchen Zeiträumen erprobt werden sollten. Die inflationäre Verwendung des Qualitätsbegriffs in der Gesetzgebung und die völlig irrealen Erwartungen an die Durchschlagskraft der Qualitätssicherung lassen vielleicht am Ende aber leider eine überraschend schlichte Deutung zu: es handelt sich wahrscheinlich am ehesten um symbolische Politik. „Diese bezeichnet ein politisches Verhalten, das überwiegend auf die Kraft und Wirkung von Symbolen setzt. Symbolische Politik kann eingesetzt werden, um a) einer politischen Maßnahme zusätzlich Bedeutung zu verleihen, b) über fehlendes politisches Handeln hinwegzutäuschen oder c) nur mäßiges politisches Handeln zu kompensieren“ (Schubert u. Klein 2011). Auch für politisches Handeln wie Unterlassen gilt freilich das Nutzen-Schaden-Prinzip: es wird in der Regel

Die inflationäre Verwendung des Qualitätsbegriffs in der Gesetzgebung lässt die Deutung zu: es handelt sich wahrscheinlich um symbolische Politik.

zu wenig über die Schadenpotenziale gesprochen. Im Falle der Qualitätspolitik gilt es zu verhindern, dass völlige Frustration einsetzt und am Ende diejenigen wieder die Oberhand gewinnen, die schon immer gewusst haben, dass das Ringen um höhere Qualität in der Medizin reiner Quatsch ist, weil die Ärzteschaft ja sowieso schon alles richtig macht. ■

Literatur

Donald M. Berwick, DM. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist.

Health Affairs, 28, no.4 (2009): w555-w565

Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3:e001570.

Finkenstädt, V u Niehaus R. Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln 2015

Hess R. (2014). Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Normierung und Wettbewerb – Die evidenzbasierte Medizin als Grundlage von Patienteninformationen (<http://www.stiftung-gesundheit-blog.de/das-gesundheitswesen-im-spannungsfeld-zwischen-normierung-und-wettbewerb-die-evidenzbasierte-medizin-als-grundlage-von-patienteninformationen>)

Huster S. Korporatismus: Idee, Umsetzung und Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 2015 (1), 10-13

Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Frohle CM, Margolis P. The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly* 2010; 88: 500-559

Knieps F. Wettbewerb im Gesundheitswesen – politische Intentionen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2009; 103: 608-620

Zeidel ML. Systematic Quality Improvement in Medicine: Everyone Can Do It. *RMMJ* 2011; 2: e0055

Pronovost P, Wachter R. Proposed standards for quality improvement research and publication: one step forward and two steps back. *Quality and Safety in Health Care* 2006; 15: 152-15

Relman AS. The New Medical-Industrial Complex. *N Engl J Med* 1980; 303:963-970

Robert-Koch-Institut. Q-Fieber. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Q-Fieber.html

Schubert, K und Klein M. Das Politiklexikon. 5., aktual. Aufl. Bonn: Dietz 2011.

Wasem D. <http://www.3sat.de/mediathek/?mode=play&obj=47945>

Zeidel ML. Systematic quality improvement in medicine: everyone can do it. *Rambam Maimonides Medical Journal* 2011 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3678797/pdf/rmmj-2-3-e0055.pdf>)