
Wie lässt sich ärztliche Qualität sichern?

Peter T. Sawicki

Was macht einen guten Arzt aus? Wie erkennt man gute Ärzte, wie findet man sie, und wie kann die Qualität der ärztlichen Leistung gesteigert werden? Diese Fragen beschäftigen Ärzte und Patienten seit Jahrhunderten. Bis vor einiger Zeit hat man vor allen Dingen darauf gebaut, dass der Arzt eine große praktische Erfahrung besitzt. In der letzten Zeit bekommen darüber hinaus zunehmend Aspekte eines zuverlässigen und regelmäßig aktualisierten Regelwissens der Ärzte eine Bedeutung. Natürlich braucht der Arzt auch noch weitere Qualifikationen wie z. B. Empathie und gute Kommunikationsfähigkeiten. Hier möchte ich mich aber vor allem auf eine besondere Qualifikation beschränken: nämlich die Fähigkeit des Arztes, das („externe“) Regelwissen und seine („interne“) praktische Erfahrung miteinander zu verknüpfen und die dadurch generierten Erkenntnisse dann in der täglichen Arbeit praktisch umzusetzen.

Sicheres und relevantes Regelwissen wird vor allem aus Leitlinien geschöpft. In guten Leitlinien fassen Fachgesellschaften jenes Wissen zusammen, das gesichert und praxisrelevant ist. Dadurch wird den praktisch tätigen Ärzten eine eigene umfangreiche Literaturarbeit abgenommen. Wir haben bei einer Befragung von über 6000 Primärärzten aus sieben Industrienationen im Jahr 2006 untersucht, wie der Umgang dieser Ärzte mit Leitlinien ist.¹ Hierbei zeigte sich ein Unterschied zwischen Deutschland und anderen Ländern. Während in Australien, Kanada, Neuseeland, den

Niederlanden, England und den USA etwa 90 % der Ärzte Leitlinien häufig bzw. manchmal verwenden, sind dies in Deutschland nur etwa 50 %. Die Gründe für die Reserviertheit der deutschen Primärärzte bei der Verwendung von Leitlinien konnten in dieser Untersuchung aber nicht geklärt werden.

Die Erfahrung von Ärzten und Patienten mit den Ergebnissen einer Therapie ist fast immer positiv. Der Grund dafür ist, dass bei chronischen Erkrankungen, aber auch bei Erkrankungen, die in ihrem Verlauf einen Kulminationspunkt erreichen und sich dann wieder bessern, die Therapie fast immer zu einem Zeitpunkt einsetzt, bei dem es dem Patienten relativ schlecht geht. Aufgrund der statistischen Regel der „regression to the-mean“ bzw. aufgrund der spontanen Ausheilung der Erkrankung geht es den allermeisten Patienten nach Beginn der Therapie irgendwann wieder besser. Obwohl dann durchaus nicht immer gesichert ist, dass die Therapie mit der Verbesserung des Gesundheitszustands in einem kausalen Zusammenhang steht, möchten Patienten und Ärzte diese Verbesserung sehr gerne auf das ärztliche Handeln zurückführen. Um aber mit Sicherheit entscheiden zu können, ob eine Therapie für die Verbesserung auch ursächlich ist, benötigt man einen parallelen Vergleich mit einem entsprechenden Krankheitsverlauf ohne diese Therapie.

Nur wenige Untersuchungen haben den Einfluss der ärztlichen Erfahrung auf medizinische Entscheidungen untersucht. Barkwin befragte Ärzte nach der Notwendigkeit einer operativen Entfernung der Rachenmandeln (Tonsillektomie) bei 1000 Kindern im Alter von elf Jahren. Danach sortierte er diejenigen Kinder aus, bei denen eine Indikation zur Tonsillektomie gestellt worden war (44–46 %). Die restlichen Kinder wurden weiteren Ärzten vorgestellt, und wieder wurde bei einem ähnlichen Prozentsatz von ihnen eine Tonsillektomie für indiziert gehalten. Und auch

im nächsten „Durchgang“ ergab sich noch einmal ein ähnliches Resultat.²

Seit Jahrhunderten, wenn nicht Jahrtausenden befindet sich der Arzt in einem Spannungsfeld zwischen seiner subjektiven Erfahrung, die durch Wünsche und Fehlwahrnehmungen gefärbt ist, und dem objektiven wissenschaftlichen Regelwissen. Diese subjektive ärztliche Erfahrung kann dabei auch als interne Evidenz, Intuition oder Kunst bezeichnet werden; sie nimmt mit wachsender Berufserfahrung naturgemäß zu.

Die externe Evidenz dagegen – also im Grunde das Regelwissen – wird durch das Medizinstudium, die Lektüre von Fachzeitschriften, Leitlinien und Büchern, durch Gespräche mit Kollegen und den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen gebildet. Am Anfang der ärztlichen Berufstätigkeit ist das externe Regelwissen relativ stark und die Intuition bzw. ärztliche Kunst meist nur geringgradig ausgebildet. Während die Erfahrung im Laufe der Berufstätigkeit stetig zunimmt, ist dies beim Regelwissen nicht unbedingt der Fall.

Das Problem der Verknüpfung von Regelwissen und Erfahrung ist so alt wie die Medizin. Das Problem taucht bereits in den Schriften des Hippokrates, also etwa 400 v. Chr., auf. Darin heißt es:

„Die Erfahrung allein ist eine gefährliche Lehrmeisterin (und durch sie bloß geleitet die Arzneikunst treiben und blinde Versuche anstellen, stürzt die Kranken ebenso leicht ins Grab, als dass es ihnen die Gesundheit wiedergibt, welches aber diejenigen nicht einsehen, denen unter ihrer eigenen Leitung die mehrsten Fälle davon vorkommen ...).“³

Die Forderung, dass in der Medizin Intuition und Wissenschaft verbunden werden müssten, haben sich ebenfalls schon vor Jahrhunderten auch die staatlichen Instanzen zu eigen gemacht. Bereits im *Liber augustalis*, dem Gesetzbuch Kaiser Friedrichs II. für das Königreich Sizilien, lesen wir:

„Da die Medizin niemals erfolgreich sein kann ... ohne die Kenntnis der Logik, befahlen wir, dass keiner Medizin studiere, der nicht vorher mindestens drei Jahre Logik betrieben hat.“⁴

Auch berühmte Ärzte haben sich zu diesem Problem geäußert, so zum Beispiel C. W. Hufeland in seinem Buch *Arzneykunde und Wundarzneykunst*, das im Jahr 1796 in Jena erschien. Er schrieb:

„Solange wahre Heilkunst existiert, hat es immer Routiniers und rationelle Ärzte gegeben, und so wird es ewig bleiben ... Die Heilkunst ist eine wissenschaftliche Kunst, das heißt, sie begreift Wissen und Handeln, sie verlangt wissenschaftliche Geistesbildung, aber auch Kunstfertigkeit. Nur durch die Vereinigung beider entsteht der vollkommene Arzt oder Künstler ... Hat der [Arzt] bloß das Wissen ohne die Kunstfertigkeit, ist er ein medizinischer Gelehrter, aber kein Arzt, denn dazu gehört durchaus das Talent des Handelns. Hat er bloß die Kunstfertigkeit ohne die Wissenschaft, so ist er ein Routinier.“⁵

Immer wieder hat es auch Kritik daran gegeben, dass das Medizinstudium auf eine kritische Auseinandersetzung mit dem erlernten Wissen und mit der eigenen Erfahrung nicht richtig vorbereite, sondern vielmehr zum Gehorsam, zum Reproduzieren erziehe. So schreibt der berühmte Medizinkritiker und Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin am Trinity College in Dublin, Petr Skrabanek, in dem Buch *Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin*:

„Skeptikämie ist eine seltene generalisierte Störung mit niedrigem Ansteckungsgrad. Das Medizinstudium verleiht in den meisten Fällen eine lebenslange Immunität.“⁶

Aber auch in der alltäglichen Tätigkeit nach dem Medizinstudium werden von den Ärzten sehr häufig medizinische Interventionen durchgeführt, die in ihrem Nutzen für die Patienten nicht ausreichend durch objektive Tatsachen belegt sind. Diese Tatsache bemängelt der Internist

und Diabetesforscher Michael Berger in einem Aufsatz mit dem Titel „Am Ende der Aufklärung steht das Goldene Kalb“ mit dem Satz:

„Mit ein wenig Ausbildung könnte jeder in der Lage sein, die Notwendigkeit einzusehen, dass der patientenbezogene Nutzen jedes diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs dokumentiert worden sein muss, ehe dieser als allgemeingültig bezeichnet werden und dem einzelnen Patienten empfohlen werden darf.“⁷

Aber auch wenn der Arzt über eine ausreichend lange und intensive Erfahrung verfügt, sich stetig fortbildet und sein Regelwissen ausbaut sowie empathisch und kommunikativ mit dem Patienten umgeht, benötigen er und die Gruppen, in denen er arbeitet, eine fortwährende Kontrolle und Überprüfung der Ergebnisse ihrer Arbeit im Vergleich zu anderen Gruppen. Diesbezüglich leistet die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) einen wertvollen Beitrag. Sie ermöglicht es, dass sich Krankenhäuser bezüglich ihrer Ergebnisse objektiv mit ähnlichen Einrichtungen vergleichen und feststellen, ob sie besser oder schlechter sind als der Durchschnitt.

Allerdings kann der beste Arzt keine guten Ergebnisse erzielen, wenn ihm für die Behandlung seiner Patienten die Zeit fehlt. Auch hier scheint es im deutschen Gesundheitswesens Defizite zu geben. In unserer Untersuchung der Qualität der medizinischen Versorgung in sieben Industrienationen haben wir die ärztliche Belastung und die Zeit abgefragt, die Ärzte mit Patienten verbringen. Für deutsche Ärzte ergibt sich mit 50,6 Arbeitsstunden pro Woche die höchste Arbeitsbelastung. (Die geringste wird mit 39,9 Stunden pro Woche in Australien verzeichnet.) Für den persönlichen Kontakt mit Patienten verwenden die Ärzte weltweit zwischen 30 und 32 Stunden pro Woche, wobei Deutschland hier ähnliche Zahlen wie das Ausland aufweist. Allerdings wird diese Gesamtzeit für deutlich mehr

Patientenkontakte verwendet als im Ausland: Ein deutscher Primärarzt hat im Durchschnitt 243 Patientenkontakte pro Woche; dies ist deutlich mehr als in Australien mit 128 Kontakten pro Woche, in Kanada mit 122, in den Niederlanden mit 141, in Neuseeland mit 112 und in England mit 154 Kontakten pro Woche. Die geringste Zahl weisen diesbezüglich die USA mit durchschnittlich 102 Patientenkontakten pro Woche auf. Daraus ergibt sich, dass die Hausärzte in Deutschland mit durchschnittlich 7,8 Minuten die geringste Zeit für einen Patientenkontakt zur Verfügung haben. Im Vergleich dazu liegt die Zeit pro Patientenkontakt in den anderen Industrienationen beim Zwei- bis Dreifachen.

In unserer Untersuchung haben wir ebenfalls erfragt, welche Verbesserung der ärztlichen Qualität aus Ärztesicht besonders sinnvoll erscheinen würde. Zusätzliche fachärztliche Fortbildungen hielten nur ein Drittel der deutschen Ärzte für sinnvoll, wohingegen es bei anderen Ländern 36–48 % waren. Nur etwa jeder vierte bis jeder fünfte Arzt glaubt, dass eine Qualitätsverbesserung durch bessere Informationen und Entscheidungshilfen für Patienten bzw. die Entwicklung von Leitlinien für Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen erreichbar wäre. Dagegen halten 75 % der deutschen Ärzte mehr Zeit für die Patientenberatung für den wesentlichen Ansatz, der zu einer Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns führen würde.

Zusammenfassend gesagt scheint mir, dass die Verbesserung der ärztlichen Qualität vor allem durch eine korrekte Einschätzung des Stellenwerts ärztlicher Erfahrung, Intuition und Kunst und durch eine Verbesserung der ärztlichen Fortbildung erreicht werden könnte. Ganz besonders wichtig scheint es mir dabei zu sein, dass diese beiden wesentlichen Bestimmungsfaktoren des ärztlichen Handelns in eine angemessene Verbindung gebracht werden. Darüber hinaus sollten die Konzepte, die einen Vergleich

der Ergebnisqualität zwischen den Ärzten, aber auch zwischen den Krankenhäusern usw. ermöglichen, ausgebaut werden, und die Abläufe sollten so modifiziert werden, dass für den einzelnen Patientenkontakt die doppelte bis dreifache Zeit zur Verfügung steht.

Anmerkungen

¹ Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse einer strukturierten, repräsentativen Ärztebefragung. In: Deutsches Ärzteblatt 38 (2007), A2584.

² *Bakwin, H.*: Pseudodoxia pediatrica. In: New England Journal of Medicine 232 (1945), 691–697.

³ *Hippokrates*: Aphorismen, Leipzig o. J., 1. Abschnitt, § 1 (ND der Ausgabe von J. H. Kühnlin, Helmstedt 1778; Zitat orthografisch modernisiert).

⁴ *Friedrich II.*: Constitutiones Regni Siciliae (Liber augustalis) 3,46.

⁵ *Hufeland, C.W.*: Arzneykunde und Wundarzneykunst. Jena 1796.

⁶ *Skrabanek, P. / McCormick, J.*: Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin, Mainz 1991.

⁷ *Berger, M.*: Am Ende der Aufklärung steht das Goldene Kalb. In: G + G Wissenschaft 2/2003, 29–35, 34.