



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

Stiftung in der
Deutschen
Diabetes-Stiftung

Nutzen für Patienten sollte erkennbar sein

Dass Fehlanreize und Produktivitätsdruck zu Lasten des Patientenwohls gehen können, beunruhigt Mediziner. Sie werden mit Fragen zur Versorgungsqualität konfrontiert. Evidenzbasiert und auf aktuellem Stand sollen die ärztlichen Empfehlungen sein.

Unser System laufe aus dem Ruder, erklärten die Diskutanten bei der von der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (DHD) initiierten Debatte über „Qualität und Nutzen in der Medizin“ zum Auftakt der Tagung im November 2014 von der RWGIM (Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin).

Qualität ist ärztliche Pflicht

„Die Behandlung von Patienten nach Qualitätsrichtlinien ist verpflichtendes Prinzip ärztlichen Handelns, aber die Bedingungen sollten stimmen“, betonte Dr. Theodor Windhorst von der ÄKWL (Ärzttekammer Westfalen-Lippe). Man müsse Ärzte auch lassen, so der Kammerpräsident. Dass die Priorisierungs-

diskussion bei der Mengendynamik nicht vorankommt, der Verband der Universitätsklinika über eine Viertelmilliarde fehlende Euro an den 33 medizinischen Fakultäten klagt oder im niedergelassenen Bereich ein EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) existiert, der nur das Notwendigste, Wirtschaftlichste und Zweckmäßigste ins Sozialgesetzbuch geschrieben hat, seien ungünstige Voraussetzungen. Statt G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)-gesteuert werde ein patientengesteuertes System gebraucht. Windhorst monierte: „Die verfasste Ärzteschaft ist im neu gegründeten Qualitätsinstitut des Bundesgesundheitsministers noch nicht einmal vertreten.“

Kein Masterplan für Stellschrauben in Sicht

Deutliche Worte fand Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbunds: „Mediziner werden unter dem Anreiz von DRGs (Diagnosis-Related Groups) getrieben, sich wirtschaftlich intelligent

zu verhalten.“ Da würde ohne Indikation zu hoch bewerteten Eingriffen durchgeführt. Das müsse geäußert werden dürfen in der heutigen Zeit. „Komischerweise haben es nicht die Ärzte zu verantworten, sondern jene, die die ökonomischen Stellschrauben so gestellt haben“, meinte Reinhardt. Übergeordnet scheine der Masterplan zu fehlen, wie an den Stellschrauben zu drehen sei. Mehr Wettbewerb hineinzubringen, werde wohl kaum dazu führen, dass sich Strukturen vernünftig entwickeln.

Indikation als Maßstab

„Die indikationsgerechte Therapie innerhalb der Erreichbarkeit ist Maßstab“, stellte Bernd Zimmer von der ÄKNO (Ärzttekammer Nordrhein) klar. Ein Verfahren, das perfekt durchgeführt wird und beim Erkrankten keinen Erfolg bringt, könne nicht zielführend sein. „Sollten Entscheidungen unabhängig vom Nutzen getroffen werden, wird sich das bei zunehmend besser aufgeklärten Patienten negativ auf die Ärzteschaft auswirken“, warnte Zimmer. Die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen sei skurril. Im Rahmen der deutschen Überregulation gebe es eine Überbehörde, die beurteilt, was Qualität ist. Das habe dazu geführt, dass Therapien mit unstrittigem Nutzen nach Verlassen der Klinik in der Praxis nicht mehr verordnet werden. „Zudem gehen Krankenhausbetten runter bei immer kürzerer Verweildauer. In überversorgten Gebieten soll auch die fachärztliche Versorgung reduziert werden bei gleichzeitiger Terminverdichtung (um Wartezeiten für Patienten zu vermeiden).“



Abb. 1: Diskutanten v. r. n. l.: Bernd Zimmer (Vizepräsident Ärztekammer Nordrhein), Dr. Theodor Windhorst (Präsident Ärztekammer Westfalen-Lippe), Matthias Blum (Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen), Dr. Klaus Reinhardt (Vorsitzender Hartmannbund), Professor Dr. Bernd Richter (Coordinating Editor Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Review Group – Department of General Practice), Professor Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe (Vorsitzender Stiftung DHD, Vorsitzender RWGIM 2014).

Erst Mengen-, jetzt Rationierungsdebatte?

Matthias Blum von der KGNW (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen) sagte, dass „die Klinikbedarfsplanung ein laufender Prozess ist, der sukzessive weiterentwickelt wird“. Das sei nichts, womit man jetzt erst anfangen. „In den letzten zehn Jahren sind auch nicht – wie uns immer suggeriert wird – 15 Krankenhäuser von der Bildfläche verschwunden, sondern 22 Kliniken und 10 Betriebsstandorte.“ Die Planung werde im Endeffekt den Bettenabbau bringen, allerdings muss das mit Augenmaß geschehen. Man dürfe heute keine Kapazitäten abbauen, die morgen wieder gebraucht werden. Zur Diskussion um Mengen und Indikation könne angemerkt werden: „Bei TAVI (Transkatheter-Aortenklappenimplantation) gibt es fünfstellige Steigerungsraten, die Krankenkassen prüfen jeden Einzelfall.“ Da werde diskutiert, ob

die Idee genug ausgereift sei. Medizinischer Standard sei der chirurgische Eingriff, dieser ist auch billiger. „Führen wir inzwischen nicht schon längst eine versteckte Debatte, ob noch jeder alles bekommen darf?“, fragte der Geschäftsführer der KGNW.

Abwägung Evidenz und Praktikabilität

„Es bestehen kaum Zweifel, dass zahlreiche Dinge in der Medizin eingeführt wurden, die sinnvoll sind, bei denen es aber an Evidenz mangelt“, so Professor Dr. Bernd Richter von der Cochrane-Gruppe. Selbst für Medikamente gebe es Zulassungen nur unter Wirksamkeitsaspekten, ohne dass der Nutzen hinreichend nachgewiesen sei. „SGLT-2-Hemmer beispielsweise, die können vielleicht nützlich sein. Es gibt aber keinen eindeutigen Beleg dafür, weil relevante Endpunktstudien fehlen“, erläuterte Richter. Widerspruch kam von Professor Dr.

Dr. h. c. Diethelm Tschöpe, dem Vorsitzenden der Stiftung DHD: Mit der Frage der Evidenz müsse man vorsichtig sein, „da befinden wir uns mitten in der Ethikdebatte“. Sicher könne kritisiert werden, dass Studien methodische Schwächen aufweisen. Auch die Forderung nach guter Forschung sollte aufrechterhalten bleiben. Man könne aber nicht immer 10 Jahre oder länger warten, bis der Nutzen über große beweisgestützte Studien gezeigt ist. „Je akuter ein Erkrankungsbild, desto dringlicher der Entscheidungsdruck!“ Der Arzt müsse zwischen Evidenz und Praktikabilität abwägen. Den Betroffenen interessiere weniger die Studie, für ihn zähle, dass er das Krankenhaus lebend und mit optimaler Prognose verlässt. Der Nutzen für Patienten sollte erkennbar sein.

*Katrin Hertrampf
Pressestelle Stiftung DHD
Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen*