

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen: Das Problem Qualität!

Karl-H. Wehkamp

Universität Bremen- Zentrum für Sozialpolitik
MSH Medical School Hamburg

Zusammenfassung

- **Ausgangspunkt:** Skepsis in Bezug auf die deutsche Gesundheitssystementwicklung
- **These:** die aktuelle „Qualitätsorientierung“ verdeckt eher die „Qualitätsdefizite“ und trägt mit dazu bei, wichtige Grundvoraussetzungen von „Qualität“, nämlich den „Spirit“ der Medizin und Heilberufe, zu zersetzen.
- **Forderung:** Die Gesundheitsforschung muss ihre methodologische Engführung überwinden und kritische transdisziplinäre Wissenschaft werden

Wissensvoraussetzungen der Gesundheitssystementwicklung

- Breit akzeptierte Leitwerte und Ziele der Versorgung
 - auf der Ebene der Medizin
 - auf der Ebene des Gesundheitssystems
- Sozio-demografische Prognosen
- Prognosen zur Medizin-/Wissenschafts-/Technologieentwicklung
- Gesundheitsökonomische Analysen und Prognosen
- Versorgungsforschung

Im Fokus: Bevölkerungsgesundheit („Public Health“)

- Für die reale Bevölkerungsgesundheit ist „Versorgung“ *eine* Komponente von vielen
- Die Public Health-Forschung sollte *alle* Komponenten im Blick haben
- Die Forschung sollte nicht nur empirisch-epidemiologische Bestandsaufnahmen machen, sondern auch kritische Wissenschaft sein

Leitwerte- Ziele

- ...Voraussetzung des Handelns in Politik und Management
- ...in den deutschen Diskursen zur Gesundheitssystementwicklung vernachlässigt zugunsten „technischer“ Kompetenzen
- Unterschiede zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene!
- Charakter: „politisch“- „ethisch“

Entscheidende Unterschiede!

- Aktuelle Gefahren für die „Qualität“ ergeben sich aus ungelösten Problemen und Konflikten *zwischen* der Mikro-, Meso- und Makroebene
- Die Medizin hat andere Leitwerte als das Gesundheitssystem!
- Ein Gesundheitssystem hat andere Leitwerte als eine „Gesundheitswirtschaft“!
- Die Abgleichung der Leitwerte verlangt *ethische* Kompetenz.

Mikroebene: Medizin- (individual)ethische Leitwerte

- Im Zentrum des „Gesundheitssystems“, das im Kern eher ein Krankheitsversorgungs- und Präventionssystem ist, steht die Medizin!
- Auf der Mikroebene ist die Verantwortung für gute Medizin und den Patienten zentral!
- Die Medizin hat im Kern *ethische* Leitwerte:
 - Zum Wohl des Patienten!
 - Nicht schaden!
 - Pflege und Vermittlung medizinischen Wissens
 - Geheimnis wahren!
 - Nicht töten!

Medizin und Ökonomie (T.Parsons, USA 1951)

„The ,ideology‘ of the profession lays great emphasis on the obligation of the physician to put the ,wellfare of the patient‘ above his personal interests, and regards ,commercialism‘ as the most serious and insidious evil which with it has to contend. The line therefore is drawn vis-a-vis business. The ,profit motive‘ is to be drastically excluded from the medical world.“

Talcott Parsons, The Social System, NY, London 1951, S. 435)

Ärztliche Berufsordnung (1997)- Relikt aus der Vergangenheit oder weiterhin aktuell?

- „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“
- „Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“
- „Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“

Ethik und Qualität

- Die Ethik der Medizin bildet die Grundlage des Vertrauens, das erforderlich ist, um sich in die Hände der Angehörigen der Heilberufe begeben zu können.
- Das Ethos der Medizin bildet den Kern einer „Qualitätsmarke“ der Heilberufe!
- Es ist das absolute Fundament jedweder „Qualität“
- Es taucht im „Qualitätsmanagement“ überhaupt nicht auf!

Prof. Gisela C.Fischer, Medizinische Hochschule Hannover

„Die ‚Ethik‘, welche den Kern und die Strahlkraft der Medizin ausmacht, wird (heute) zu einem nachrangigen Beiwerk, das allenfalls wünschenswert ist, aber der Betrieb kommt, so die Auffassung, auch ohne sie aus.“ (2010)

Ethos und Ethik

- Patienten ,Bürger und Öffentlichkeit reagieren sehr sensibel auf Verstöße gegen das medizinische *Ethos*
- Eine das Ethos reflektierende *Ethik* ist jedoch zu wenig präsent
- Als gelehrte (akademische) Ethik ist sie zu weit von der Praxis entfernt
- Qualitätsentwicklung und klinische Ethik laufen zumeist noch unverbunden parallel
- Die Medizinethik ist auf die Mikroebene zentriert. Eigentlich ist ihr ein Gesundheitssystem fremd.
- Eine „Public Health-Ethik“ der Makro- und Mesoebene ist noch unterentwickelt.

Gesundheitssystementwicklung...

- ...ein Projekt der Makro- und Mesoebene!
- ...im Vordergrund: die Bevölkerung, Organisationen, Institutionen (Kollektive)
- Leitwerte:
 - Gleichheit
 - Solidarität
 - „gute Medizin zu bezahlbaren Preisen“ (Lohmann)
- Aktuelle Leitkonzepte:
 - Rationalisierung
 - Ökonomisierung (Kommerzialisierung)
 - Wettbewerb
 - Qualitätsentwicklung

Makro- Ethik

- Auf der Makroebene sind ethische Kerne in *politischen* Programmen enthalten
- Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung verlangt sowohl den Schutz des einzelnen Bürgers als auch den Schutz des Kollektivs-ggf. gegen die Interessen des Einzelnen.
- Die Gesundheitsökonomie als aktuell politisch bevorzugte Expertendisziplin trägt konzeptionell bei zur „Wohlfahrt der Bevölkerung“.
- Ihre ethische Orientierung ist eher „utilitaristisch“. Damit kann sie in Konflikte zur „deontologischen“ Ethik der Mikroebene geraten.

„Ökonomisierung“ ...

- ...ein ethisch zweifellos wertvolles Konzept
- ...gegen die Verschwendung von Ressourcen
- ...stabilisiert das GKV-System u.a. durch Schutz der „Bezahlbarkeit“
- ...verlangt zu Recht Prüfung der Effektivität und Effizienz von „Investitionen in Gesundheit“
- ...hat aber erhebliche Probleme mit der „Qualität“ ...

Hintergründe und Untergründe: Weltbank (UN) und Qualität

- ...Kredite zur Gesundheitssystementwicklung sollen gewünschte Effekte erzielen: „mehr Gesundheit“ für die jeweiligen Bevölkerung
- ...wie „Gesundheit messen“ und kommensurabel machen mit Geld?
- Weltbank und Harvard School of Public Health: „Quality adjusted life years“ (QUALY)
- Achillesferse: die Messung von „Lebensqualität“ – eine Aufgabe für die Psychologie

Kosten- Nutzen-Bewertung

- Legitim und sinnvoll: Bestimmung des Nutzens medizinischer und pflegerischer Leistungen und Produkte
- Auf der Mikroebene: Angriff auf die Anwaltschaft des Arztes/Helfers für *seinen* Patienten
- Weitere Probleme:
 - die Effekte sind komplex
 - der Nutzen vielschichtig
 - Gewonnene Lebenszeit
 - Gewonnene Lebensqualität
 - Kurzfristig
 - Langfristig

Knackpunkt: „Lebensqualität“

- Wenn die „LQ“ nicht gemessen werden kann, dann kann keine solide Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen erfolgen!
- Quadratur des Kreises: die höchst subjektive und persönliche *Lebensqualität* muss verwandelt werden in ein *Quantitätsmass*.
- Das ist nicht wirklich möglich!
- Das kann für den einzelnen Patienten lebensgefährlich oder tödlich sein, während es für das Kollektiv Nutzen stiften kann.

Konsequenz für die Forschung

- Gesundheitsökonomische Versorgungsforschung ist „weich“, und zwar gerade da, wo scheinbar „harte Wissenschaft“ betrieben wird
- Von der Makro- und Mesoebene ausgehende Ökonomisierung hat keine wirklich harten wissenschaftlichen Grundlagen, bleibt aber dennoch wichtig
- Die Forschung bedarf der Einbettung in eine breitere Public Health Forschung.
- Die Gewinnung und methodische Verarbeitung der Daten bedürften kritischer Analysen und Interpretation

Qualitätsberichte usw.

- Der Gesetzgeber verlangt jährlich „Qualitätsberichte“ von allen Krankenhäusern
- Alle Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung (vom Großkonzern bis zur Ein-Personen-Praxis eines Psychotherapeuten) sollen ein Qualitätsmanagement praktizieren
- Berichte und „QM“ sollen die „Qualität“ abbilden, erhalten und verbessern
- Genau das tun sie nicht!

„Qualität-Orientierung“

- ein Projekt der Makro- und Mesoebene (Politik und Management)
- der Mikroebene fremd, suspekt, eher lästig
- Gleichwohl liefert sie wichtige Ergebnisse, die sich aus der Perspektive der Mikroebene nicht erkennen lassen
- Sie erfasst aber wichtige Qualitätsaspekte nicht- aus methodologischen Gründen und aus wirtschaftlichen Gründen

Qualitätssicherung braucht (auch) qualitative Studien

- Qualitative Studien gelten als weniger valide als statistisch fundierte Studien- das gilt wohl für den Prozess der Datenverarbeitung, nicht aber für die Datengewinnung und ihre Interpretation
- Die Verfahren der derzeit vorherrschenden „Qualitätssicherung“ verdecken nicht nur wichtige Mängel, sie tragen sogar mit dazu bei, solche zu erzeugen.

„Qualität“

- Ein Marketing-Konzept im Wettbewerb
- Kritische Daten gefährden die Position
- Die Orientierung an Donabedian (Prozess, Struktur, Ergebnis) lässt die Qualität der Indikationsstellung übersehen
- Die betriebswirtschaftliche Optimierung kann zu systemischen und verdeckten Qualitätseinbußen führen

„QM“ und „Burn out“

- Während das „QM“ systematisch gefördert wurde, stieg der Druck auf die Mitarbeiterschaft im Gesundheitssystem enorm
- Die Attraktivität der Gesundheitsberufe sinkt
- Die Verluste an gut ausgebildetem Personal in Pflege und Medizin sind groß.
- Viele leiden darunter, dass sie keine „gute Versorgung“ mehr leisten können, weil der Arbeitsdruck so groß ist und weil kurzfristige betriebswirtschaftliche Konzepte die Kräfte der Mitarbeiter auslaugen

Gesundheitsgefahren durch „QS“

- Der Druck zur Produktion „guter Routinedaten“ kann Probleme neuer Art erzeugen
- Z.B. routinemäßige (flächendeckende) Antibiotika-Gabe bei Operationen
- Interne und externe „Verlegungen“ mit der Verschiebung von Risiken und Problemfällen
- Zwangsernährung (PEG-Sonden)
- Erzeugung ausreichender Fallzahlen für Zertifizierungszwecke durch „großzügige Indikationsstellungen“
- Dokumentation geht vor Versorgung , manachmal ersetzt sie sie

Empfohlene Änderungen

- Gesundheitssystementwicklung nicht allein von der Makroebene her entwickeln: Gesundheitssystem und Medizin dialogisch vermitteln.
- Mehr ethische Kompetenz und Ethik- Strukturen in Medizin, Management und Politik zur immer wieder neu zu verhandelnden Abstimmung von Individual- und Kollektivinteressen.
- Qualitätssicherung quantitativ UND qualitativ
- Versorgungsforschung mit „mixed methods“
- Gesundheitsökonomie und Management nicht primär „technisch“ angehen!
- Praxisnahe Ethik- nicht im Philosophenturm!

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Karl-H. Wehkamp
- Prof. Dr.rer.pol. Dr. med.
- Universität Bremen FB 11 Human und Gesundheitswissenschaften
- Karl.wehkamp@t-online.de