

# Versorgungsqualität und „individuelle Gesundheitsleistungen“ – Was ist für unsere Patienten wirklich gut?



In diesem Heft ist wiederholt von Qualität die Rede. Die Kollegen Egidi und Schelp haben in ihrer Praxis versucht, die Qualität der eigenen Tätigkeit zu dokumentieren und zu messen, und haben dabei nicht unerhebliche Anstrengungen unternommen, vor denen man nur den Hut ziehen kann. Wer von uns macht sich schon die Mühe, Qualitätsmarker in der eigenen Arbeit zu identifizieren, diese mühevoll durch „Pseudozif-

fern“ zu kodieren und dann statistisch auszuwerten, und dadurch dann auch noch öffentlich zu zeigen, wo die Defizite zu finden sind. Die Arbeit hat vielleicht keinen hohen wissenschaftlichen Stellenwert – es handelt sich um eine einfache, deskriptive Längsschnittstudie, die einerseits mit all den Mängeln dieses Studientyps behaftet ist – d.h. es ist vor allem keine Erklärung von Kausalität möglich – und zudem ist eine Studie mit Daten aus nur einer Praxis natürlich nicht repräsentativ. Aber es ist dennoch eine wichtige Arbeit, denn sie zeigt eindrücklich und beispielhaft, wie Allgemeinärzte die Qualität ihrer Arbeit analysieren und verbessern können, sicher zum Wohle ihrer Patienten. Als treibende Kraft hinter dieser Qualitätsverbesserung steht einerseits ein außergewöhnlich hohes professionelles Engagement und andererseits das Bekenntnis zur Evidenz. Es wird versucht, in der täglichen Versorgung der Patienten das mit großer Gewissenhaftigkeit sicherzustellen, was durch die momentan verfügbare beste Studienevidenz belegt ist.

Ein weiterer Artikel beschäftigt sich mit Qualität in ganz anderer Weise: Zur Qualität gehört nicht nur eine optimale Versorgung im Sinne der Kollegen Egidi und Schelp, sondern auch das Unterlassen von medizinischen Maßnahmen, die dem Patienten nichts nützen oder ihm sogar schaden. Die zugegebenermaßen nicht immer befriedigende Honorierung hausärztlicher Leistungen hat so manche KollegInnen auf das IGeL-Glatteis geführt, und sie versuchen, sich durch diese Maßnahmen ein kleines Zusatzeinkommen zu sichern.

Bereits im Aprilheft haben die Autoren der Frankfurter Arbeitsgruppe den sogenannten „Manager-Check“ genauer unter die Lupe genommen, und sie sind zu dem Ergebnis gekommen, dass keine der angebotenen Untersuchungen (Blutbild und diverse weitere Laboruntersuchungen) geeignet ist, tatsächlich vorhandene Erkrankungen so sicher und rechtzeitig

zu diagnostizieren, dass sich hieraus ein Nutzen für den Untersuchten ergibt. Ganz im Gegenteil führen die im Niedrigprävalenzbereich der Untersuchung von symptomfreien Gesunden zahlreichen falsch-positiven Befunde zu unnötiger, teilweise belastender Folgediagnostik, die nicht nur zur Medikalisierung der Betroffenen beiträgt, sondern diese auch nebenwirkungsbelasteten, möglicherweise sogar invasiven Maßnahmen aussetzt. Zudem führen die falsch-positiven Befunde zu einer indirekten ökonomischen Belastung der Sozialversicherung: Sobald ein positiver Laborbefund auf dem Tisch liegt, sind nachfolgende diagnostische Listungen nicht mehr „Individuelle Gesundheitsleistungen“ sondern gehen als Abklärung pathologischer Befunde zu Lasten der Sozialversicherung.

Der Artikel von Weberschock et al. widmet sich in diesem Heft nun der Ergometrie bei beschwerdefreien Personen. Auch dieser Artikel macht deutlich, dass IGeL selten hält, was es im Namen verspricht, denn manchmal ist es eben gerade nicht eine „Gesundheitsleistung“ für den „Noch-nicht-Patienten“. Rein statistisch wird so mancher erst zum Patienten gemacht und wird beispielsweise mit ventrikulären Rhythmusstörungen vom Fahrrad fallen oder als „Falsch-positiver“ unnötigerweise auf dem Kathetertisch landen, was mit weiteren Risiken und unangenehmen Folgen verbunden ist. Auch hier geht die unnötige Folgediagnostik zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Durchführung derartiger IGeLeistungen mag zwar kurzfristig dem sie durchführenden Kollegen ein paar zusätzliche Groschen in die Kasse bringen – für das System als Ganzes und vor allem natürlich für den betroffenen Patienten sind sie eher schädlich.

Wir Ärzte neigen dazu, das Heil in der Tat zu sehen, und als Erfolg wird gewertet, wenn eine Erkrankung nachgewiesen, ausgeschlossen, erfolgreich oder auch nicht erfolgreich behandelt werden kann. Selbst erfolglose Diagnostik und Behandlung lässt sich noch als Erfolg darstellen, denn man hat es wenigstens versucht. Aber manchmal ist es eben das Beste für den Patienten, wenn wir nichts machen – außer dem Patienten im Gespräch zu erklären, dass es für ihn das Beste ist, nichts zu tun. Dies gilt insbesondere für zahlreiche sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen, seien sie nun therapeutisch oder diagnostisch.

Konzentrieren wir also unsere ärztliche Tätigkeit auf das, was unseren Patienten wirklich nützt, und das ist sicher vor allem eine evidenzbasierte, qualitativ hochwertige Versorgung wie sie in der Arbeit von G. Egidi beschrieben ist.

Herzlich  
Andreas Sönnichsen