

Qualitätssicherung oder Kontrolle? Wo ist sie anzusiedeln?

Vortrag bei den 5. Stuttgarter Gesprächen – 31.10 bis 2.11.2003

Prof. F. W. Kolkmann

Das Thema Qualitätssicherung in der Medizin bzw. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausbildung hat mich 12 Jahre lang intensiv beschäftigt, weil ich im Vorstand der Bundesärztekammer für dieses Fachgebiet zuständig war und den entsprechenden Fachausschuss der Bundesärztekammer wie die Fachkonferenz der Landesärztekammern geleitet habe. Auch heute noch, nach meinem Ausscheiden aus dem Vorstand der Bundesärztekammer, bin ich mit der Vertretung der Bundesärztekammer in Gremien des medizinischen Qualitätsmanagement beauftragt. Ich kann ohne Übertreibung behaupten, dass es fast keine Einrichtung auf Bundesebene gibt, die sich mit Fragen der ärztlichen Qualitätssicherung befasst, an deren Zustandekommen ich nicht maßgeblich beteiligt war. Ob das nun die AQS, die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin ist, die jetzt im neuen GMG allerdings keine Erwähnung mehr findet, oder die ÄZQ, die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung und das Verfahren zum Leitlinien-Clearing, die BQS, d.h. die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, die sich um die externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung kümmert, oder KTQ, d.h. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, eine Gesellschaft, die die Zertifizierung von Krankenhäusern fördert und derzeit ein Verfahren zur Zertifizierung von Arztpraxen vorbereitet. Gewissermaßen trauriger Höhepunkt meiner Qualitätssicherungskarriere war die Mitarbeit in Gremien des Koordinierungsausschusses, die sich mit der Entwicklung von DMPs, der Bewertung stationärer Therapiekonzepte und HTA beschäftigte. Der Koordinierungsausschuss war ja mit viel Aplomb und mit erheblichem finanziellen Aufwand nach dem Regierungswechsel 1998 ins Leben gerufen worden, um jetzt, mit dem neuen GMG sang- und klanglos beerdigt zu werden. Er geht in dem neuen Gemeinsamen Bundesausschuss auf. Einerseits ein Beispiel für „negative“ Nachhaltigkeit in der Politik. Andererseits war er ohnehin genauso überflüssig wie jetzt dieser gemeinsame Bundesausschuss. Überflüssig und auch verfassungswidrig, weil die dem Koordinierungsausschuss und jetzt dem Bundesausschuss zugedachten Aufgaben massiv in die ärztliche Berufsausübung eingreifen und damit eigentlich in die Zuständigkeit der Bundesländer fallen und mit dem ärztlichen Berufsrecht

konkurrieren. Als traurigen Höhepunkt habe ich die Mitarbeit im Koordinierungsausschuss deshalb empfunden, weil bei keiner anderen Gelegenheit so deutlich wurde, dass Begriffe wie Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen Synonyme für Machtkämpfe, Einflussnahme und Kostenkontrolle darstellen. Entgegen anders lautenden Behauptungen, die auch durch permanente Wiederholung nicht an Wahrheit gewinnen, war Qualitätssicherung für die Ärzteschaft nie ein Fremdwort, sondern gehörte und gehört zum ärztlichen Berufsleben und Berufsbild als eine primärärztliche Aufgabe. Als eine der ersten, ältesten und wirksamsten Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Medizin gilt die klinische Obduktion, die in Deutschland und Europa seit Jahrhunderten auch praktiziert wird und auch heute, im Zeitalter wirksamer bildgebender Verfahren nichts an ihrer Bedeutung verloren hat. Es handelt sich um eine Effiziente Form der Fehlerforschung und des Fehlermanagements in der klinischen Medizin. Die Obduktion klärt Fehler in der Diagnostik und Therapie auf, die es dann bei anderen Patienten zu vermeiden gilt. Ich halte das rapide Absinken der Obduktionsfrequenz in Deutschland deshalb für eine katastrophale Fehlentwicklung. Die Ärzteschaft verzichtet damit zunehmend auf ein ureigenes Instrument ärztlicher Qualitätssicherung.

Ein weiteres Beispiel gewissermaßen traditioneller Qualitätssicherung in der Medizin ist die ärztliche Weiterbildungsordnung. Sie existiert in Deutschland immerhin seit 1927. Die Weiterbildungsordnung ist eine sehr wichtige Voraussetzung ärztlicher Strukturqualität. Sie ordnet und regelt die Weiterbildung der Fachärzte in den verschiedenen Fachgebieten und wird ständig aktualisiert. Die Ärztliche Weiterbildung, d.h. die fachliche Qualifikation der Ärzte, fällt völlig unbestritten in die Kompetenz der Länder und, als untergesetzliche Normgeber, der Landesärztekammern. Die Krankenkassen versuchen allerdings seit längerem und mit zunehmenden Erfolg, Einfluss auf die Weiterbildung zu nehmen, indem sie über die Kassenärztliche Vereinigung Zusatzqualifikationen für die Honorierung bestimmter Leistungen fordern und/oder vereinbaren. In ähnlicher Weise wird versucht, die ärztliche Fortbildung, ebenfalls eine wichtige Aufgabe der Landesärztekammern, zu „infiltrieren“. Fortbildung gehört übrigens, seit es eine ärztliche Berufsordnung gibt, zu den Berufspflichten der Ärzte.

In den Krankenhäusern gehören seit langem Konferenzen wie Röntgenbesprechungen, Fallbesprechungen, Todesfallbesprechungen, Arzneimittel-

und Hygienekommissionen zur Alltagsroutine. Alle diese Konferenzen, Konsultationen und Kommissionen haben qualitätssichernden Charakter. Im Jahre 1976 haben sich Münchener Frauenärzte zusammengetan und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern die so genannte Perinatalstudie gegründet, die man mit Fug und Recht als Urmutter der vergleichende externen Qualitätssicherung in Deutschland bezeichnen kann. Die beteiligten Ärzte haben die Daten ihrer Entbindungen dokumentiert und diese Dokumentation zum Vergleich ihrer Prozess- und Ergebnisdaten untereinander herangezogen. Die Ergebnisse wurden publiziert. Die Perinatalstudie, die es schon bald in fast allen Ländern der alten Bundesrepublik gab und die heute noch in ganz Deutschland durchgeführt wird, wenn auch unter anderen Vorzeichen, hat fast Kultcharakter. Wenig später, ich glaube es war 1978, folgte dann die vergleichende chirurgische Qualitätssicherung, ähnlich wie die Perinatalerhebung, eine Dokumentation von Prozess- und Ergebnisdaten bestimmter chirurgischer Tracerdiagnosen, z.B. Appendizitis, Leiste, Gallenblasenoperationen, Rektumkarzinom usw. Initiator war der Krefelder Chirurg Schega - er hat für seine Leistung die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft bekommen – und der Berufsverband der Chirurgen. Auf die Perinatalerhebung und die so genannte Schega-Studie der Chirurgen geht die gesamte externe vergleichende Qualitätssicherung zurück, die durch die schon erwähnte BQS in Düsseldorf jetzt deutschlandweit betrieben wird. Ich referiere das um zu unterstreichen, dass Qualitätssicherung in der Medizin ursprünglich ein ärztliches Anliegen gewesen ist - lange bevor Gesundheitspolitik und Krankenkassen das Thema entdeckt und für sich usurpiert haben. Es gab schon Anfang der 80iger Jahre einige Bundesländer der alten Bundesrepublik, in denen flächendeckend geburtshilfliche und chirurgische Qualitätssicherung betrieben wurde, getragen von Ärztekammern, ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften, z.B. in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Niedersachsen. Zur Vervollständigung sei gesagt, dass es solche Programme auch in der ehemaligen DDR gegeben hat. Übrigens hat der Deutsche Ärztetag bereits 1988 die Pflicht der Beteiligung aller Ärztinnen und Ärzte an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern in der so genannten Musterberufsordnung eingeführt. Die Landesärztekammern sind dieser Empfehlung der Musterberufsordnung in ihren, für die Ärzte verbindlichen Berufsordnungen, gefolgt, so dass heute nicht nur die Fortbildung, sondern auch die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern zu den Berufspflichten der

Ärztinnen und Ärzte gehört. Die Gesundheitspolitik hat die Qualitätssicherung in der Medizin erst viel später als ein wichtiges Regelungsfeld entdeckt. Noch vor ca. sieben Jahren hat der damals zuständige Minister Horst Seehofer mir erklärt, Qualitätssicherung sei ein weiches Thema, eine Art Sahnehäubchen der Gesundheitspolitik – das man offenbar vernachlässigen kann.

Aus Sicht der Ärztekammer ist die Qualitätssicherung seit jeher eine der ärztlichen Berufsausübung immanente, gemeinschaftliche Aufgabe der Ärzteschaft. Dabei sind die einzelnen Ärztinnen und Ärzte für die Qualität ihrer erbrachten Leistungen letztlich persönlich verantwortlich. Die ärztlichen Körperschaften, also vor allem die Ärztekammern, unterstützen ihre Mitglieder, indem sie – in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften – Konzepte, Inhalte, Organisation und Administration von Qualitätssicherungsmaßnahmen erarbeiten und zur Verfügung stellen.

International besteht unter Fachleuten weitgehend Übereinkunft darüber, dass Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle nicht dasselbe sind. Qualitätskontrolle darf nicht im Mittelpunkt von Qualitätssicherung stehen. Natürlich beginnt Qualitätssicherung damit, dass bestimmte Leistungen beobachtet und mit Erwartungen oder definierten Standards verglichen werden. Dieses kann man als Kontrolle im weitesten Sinne bezeichnen. Aber durch solche Kontrollen wird Qualität ja nicht verbessert. Ziel solcher Kontrollen ist es, Schwachstellen, Defizite, Fehler und Risiken zu identifizieren. Ziel der Qualitätssicherung ist es, diese Schwachstellen zu beseitigen. Der Begriff Kontrolle verbindet sich zwangsläufig mit der Vorstellung von Zwang, Sanktion, Strafe. Qualitätssicherung als Kontrolle verstanden und praktiziert schadet der Idee der Qualitätssicherung und ist kontraproduktiv.

Qualitätskontrollen sind daher der Motivierung zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Akzeptanz solcher Maßnahmen in der Ärzteschaft kontraproduktiv. Sie führen deshalb auch nicht zur gewünschten Verhaltensänderung. Aus ärztlicher Sicht sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung eine Dienstleistung zu Gunsten der Patientinnen und Patienten wie der Ärztinnen und Ärzten in Praxen, Krankenhäusern und Instituten, die den Ärztinnen und Ärzten helfen soll, die Qualität ihrer persönlichen Arbeit auf einen möglichst hohen Niveau zu erhalten und auch interkollegial eine vertrauensbildende und kommunikationsfördernde und nicht vertrauenzerstörende und kommunikationsverhindernde Maßnahme darstellen. Qualitätssicherung als

Arbeitsprinzip kann nicht von oben, topdown, verordnet werden. Sie muss sich vielmehr aus dem Bewusstsein der Verantwortung für die erbrachte Leistung entwickeln. So gesehen findet Qualitätssicherung primär im Kopfe statt. Qualitätssicherung zielt auf Verhaltensänderung hin. Qualitätssicherung macht die Qualität der eigenen Arbeit transparent, sie hilft, Defizite zu erkennen und zu beseitigen, verbessert den kollegialen Informationsaustausch und sie unterstreicht auch das hohe Qualitätsniveau der geleisteten ärztlichen Arbeit. Die Idee der Qualitätssicherung droht irreparabel beschädigt zu werden, wenn pure Qualitätskontrolle, unmittelbarer Zwang und die Suche nach den „schwarzen Schafen“, bad apples, an die Stelle der Qualitätssicherung gesetzt werden. Dafür, für bad apples, sollte man andere Methoden benutzen. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung steht – so sieht es jedenfalls die Ärzteschaft – unter dem Primat der Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind, ausgehend von Japan und USA, in der Industrie zur ausdifferenzierten, systematisch betriebenen Verfahren geworden, die Effektivität und Effizienz der Produktion optimieren, Wettbewerbsvorteile verschaffen sowie Vertrauen und Zufriedenheit der Kunden sichern sollen. Durch Programme wie umfassendes Qualitätsmanagement oder kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Benchmarking usw. werden nicht nur Endprodukte der Fertigung, sondern sämtliche Produktionsschritte in die Beurteilung einbezogen, kritisch überwacht und kontrolliert. Es kann nicht verwundern, dass die in der industriellen und gewerblichen Produktion auf empirische Grundlage erarbeiteten Qualitätsmanagementkonzepte daraufhin überprüft wurden und werden, ob sie sich nicht auch auf den Dienstleistungssektor – und hier besonders auf das Gesundheitswesen – übertragen lassen. Es sei nur an die EN DIN ISO 9000-Normreihe erinnert, die ja im deutschen Gesundheitswesen, in Krankenhäusern und Arztpraxen, häufiger Anwendung finden. Krankenhäuser oder Arztpraxen können jedoch nicht ohne weiteres mit Industrie- oder Handwerksbetrieben gleichgesetzt werden. Die Besonderheiten der Arzt/Patientenbeziehung lassen Krankheitsprozesse häufig individuell, spontan, nicht unbedingt vorhersehbar ablaufen. Normen verlangen aber eine möglichst detaillierte Festlegung von Prozessen als Voraussetzung struktureller und disziplinierter Grundsätze eines Qualitätsmanagements. Patientinnen und Patienten sind keine Kunden im herkömmlichen Sinne. Sie sind z.B. – anders als in der Industrie, Handel und

Gewerbe – in den Prozess der medizinischen Leistungserbringung aktiv und passiv mit einbezogen, integriert, sie müssen bei der „Herstellung“ von Prozess- und Ergebnisqualität wenigstens teilweise mitwirken. Das bedeutet, dass trotz perfekten Qualitätsmanagementsystemen, trotz optimaler Struktur- und Prozessqualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens wohl niemals eine vollständige Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität möglich sein wird. Ich komme später noch einmal darauf zurück.

1993 und noch einmal 1998 hat der Deutsche Ärztetag Thesen zur Qualitätssicherung aus ärztlicher Sicht verabschiedet. In diesen Thesen heißt es u.a.,

- dass Qualitätssicherung seit jeher eine der ärztlichen Berufsausübung immanente gemeinschaftliche Aufgabe der Ärzteschaft ist,
- dass Qualitätssicherung ausschließlich der Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung dient und daher kein Selbstzweck ist (was manche Qualitätsverbesserer vergessen),
- dass Qualitätssicherung nicht vorrangig Forschung ist,
- und dass Qualitätssicherung nicht mit Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verwechselt werden darf, auch wenn mit den Methoden der Qualitätssicherung eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann.

Nach Ansicht der Ärzteschaft werden Begriff und Bedeutung der Qualitätssicherung eingeengt, wenn Qualitätssicherung lediglich der Gesundheitsökonomie dienen soll. Qualitätssicherung muss primär auf die medizinische Effektivität ausgerichtet sein und hat erst sekundär Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit von Leistungen, oder um es ganz platt auszudrücken, auf die Kosten. Qualitätssicherung hat mit dem Aufspüren von Wirtschaftlichkeitsreserven primär nichts zu tun. Das soll natürlich nicht heißen, dass eine gute und gesicherte Qualität mittel- und langfristig nicht auch mehr Wirtschaftlichkeit im Sinne einer Kostensenkung nach sich zieht und dass Qualitätsmanagementmaßnahmen nicht auch ökonomische Aspekte im Auge behalten sollen.

Aus ärztlicher Sicht beobachten wir in den letzten zehn Jahren eine Art Paradigmenwechsel, eine Umkehrung der Zielsetzung von Qualitätssicherung in der Medizin. Man kann das sehr gut in den verschiedenen Reformstufen des SGB V der letzten Jahre, vom GRG zum GMG ableiten. Qualitätssicherung mutiert, unter dem Druck sinkender Einnahmen und steigender Kosten bei der GKV und dem

wirtschaftspolitischen Dogma vom Abbau der Lohnnebenkosten zu einem gesundheitsökonomischen Instrument der Kostensenkung, Machtverschiebung von Krankenkassen und Disziplinierung der Ärzteschaft. Die Ärzteschaft verliert sozialrechtlich zunehmend ihr bis in die letzte Zeit auch höchstrechtlich anerkanntes Definitionsmonopol (gesellschaftliches Mandat) über Gesundheit und Krankheit, das immerhin seit mehr als 100 Jahren gilt. Der ärztliche Beruf wird mit Hilfe der Qualitätssicherung zunehmend von arzt- und patientenfremden Interessenten abhängig, Ärztinnen und Ärzte zunehmend eingeengt zu Erfüllungshilfen gesundheitsökonomischer Vorgaben des Sozialgesetzgebers und der Krankenkassen. Für besonders bedenklich halte ich diese zunehmende Endprofessionalisierung des Arztberufes, weil diese Entwicklung schwerwiegende Folgen für das Menschenbild der Medizin und damit für Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Das lässt sich zeigen an zwei Schlüsselbegriffen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, die derzeit eine überragende Rolle spielen, nämlich Leitlinien und EBM= Evidenzbasierte Medizin. Es hat eigentlich ganz harmlos angefangen. Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (wie er damals noch heiß) hatte in seinem Sachstandsbericht von 1994 die „Notwendigkeit von Standards und Leitlinien“ erörtert und die AWMF aufgefordert, Leitlinien zu entwickeln. Es war davon die Rede, dass Leitlinien und Standards Instrumente sind zur Vermeidung des Unnötigen bzw. Überflüssigen und Gewährleistung dessen, was in Diagnostik und Therapie notwendig ist. Offensichtlich ging es dem Sachverständigenrat darum, mit Hilfe von Standards und Leitlinien Rationalisierungsreserven zu aktivieren. Man darf also im wesentlichen ökonomische Beweggründe hinter der Forderung nach Leitlinienentwicklung durch die AWMF vermuten. Der Sachverständigenrat hat sich drei Jahre später in einem Sondergutachten erneut mit dem Thema Leitlinien beschäftigt und jetzt allerdings gewarnt, dass eine ernsthafte Störung des Arzt-/Patientenverhältnisses zu befürchten sei, wenn die klinische und ärztliche Entscheidungsfreiheit durch ökonomische Erwägungen eingeschränkt wird. Dem kann man nur zustimmen. Leider war diese Warnung offensichtlich in den Wind gesprochen. Es kam nicht nur zu einer Flut von Leitlinien unterschiedlicher Provenienz und Qualität, die sich nur schwer einordnen lassen. Gesundheitsökonomie und Kassenverbände machen Leitlinien, die hier offensichtlich mit Standards gleichgesetzt werden, zur Richtschnur ärztlicher Diagnostik und Therapie. Darüber hinaus beanspruchen sie maßgeblich

Mitspracherecht bei der Entwicklung und der Einführung von Leitlinien. Nicht mehr die Ärzteschaft bzw. die medizinische Wissenschaft allein entwickelt, bewertet und verantwortet medizinische Leitlinien, sondern Gremien der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung, also Kassenverbände, KVen und ggf. DKG. Nun sind Leitlinien und Standards keine neuen, bisher unbekannte Begriffe, sondern spielen im ärztlichen Berufsrecht, im so genannten Vertragsrecht, in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wie in der Qualitätssicherung seit Jahrzehnten eine wichtige Rolle. Für die Ärzteschaft dienen Leitlinien der Sicherung und Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung unter Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfe in der ärztlichen Berufspraxis. Sie sollen zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener Vorgehensweise unter Beachtung der Bedürfnisse und Einstellungen eines Patienten motivieren. Großer Wert wird darauf gelegt, dass es sich um Entscheidungshilfen handelt, die wissenschaftlich begründete Option und Orientierungshilfen darstellen, im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, die dem Arzt Spielräume lassen. Leitlinien sind also keine verbindlichen Handlungsanweisungen. Von Leitlinien soll und muss der Arzt abweichen, wenn dafür plausible, durch den individuellen Krankheitsfall gebotene Gründe vorliegen. Politik und Ökonomie fordern, dass Leitlinien evidenzbasiert sein müssen. Evidenz based medicine lautet die neue Heillehre, der wir uns zu unterwerfen haben, und die alle tatsächlichen und vermeintlichen Probleme lösen soll. Der Begriff EBM stammt von David Sackett. Für Sackett ist evidenz based medicine – ich zitiere etwas frei übersetzt – „die bewusste, ausdrückliche und verständige Nutzung der jeweils besten Evidenz bei Entscheidungen über die Versorgung individueller Patienten. Ihre Praxis beinhaltet die Integration individueller klinischer Kenntnisse mit der jeweils besten externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ Es sollen also möglichst aktuelle, weltweite Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien für die Behandlung individueller Patienten vor Ort nutzbar gemacht werden. Das lässt sich im Zeitalter der EDV unschwer realisieren, vorausgesetzt, man beherrscht den Umgang mit Studienergebnissen und mit elektronischen Datenbanken. Dieses durchaus vernünftige, wenn auch keineswegs revolutionäre Konzept ist in mehr als stark verfremdeter Form über uns gekommen. Evidenz based medicine hat die Gestalt einer überwertigen Idee angenommen. Sie soll Bedeutung haben für die Beurteilung klinischer Studien, die Beschreibung und Klassifikation von Krankheiten, für die Therapie und Diagnosestellung, für Prävention

und Rehabilitation, für Fragen des natürlichen Verlaufs und der Prognostik sowie für Fragen der Qualitätssicherung. Evidenzbasierte Medizin besitzt anscheinend eine allumfassende Zuständigkeit. Ohne Evidenz bzw. evidenzbasierte Leitlinien soll es keine Diagnostik und Therapie in Deutschland mehr geben. EBM erhebt gewissermaßen den Wahrheitsanspruch durch ein evidenzbasiertes, unbestechliches Bewertungssystem von Wissenschaft und Technik. In Wirklichkeit wird Medizin auf Biologie und das statistische Mittel reduziert. Die wissenschaftliche Medizin ist keine reine Naturwissenschaft. Die ist auch keine Biowissenschaft oder eine Ingenieurwissenschaft oder Sozialwissenschaft. Die Medizin bedient sich wissenschaftlicher Methoden, die nicht medizinisch spezifisch sind, sondern von anderen wissenschaftlichen Disziplinen stammen. Konventionelle naturwissenschaftliche Forschung verfolgt Kausalketten. Das wird aber sehr schwierig und erfasst allenfalls Teilbereiche, wenn es um die Erforschung menschlicher Krankheiten geht. Es ist eine triviale Erkenntnis, dass Menschen und ihre Krankheiten sehr vielgestaltig sind, dass Lebensvorgänge auf hochdifferenzierten, sehr komplexen biologischen Prozessen mit Wechselwirkungen zahlreicher Variablen beruhen, multidimensional sind, dass es psychosomatische Wechselwirkungen gibt und dass Menschen – untechnisch ausgedrückt – eine Seele haben. Deshalb stößt z.B. eine streng naturwissenschaftliche Definition von Gesundheit und Krankheit auf erhebliche Schwierigkeiten. Wahrscheinlich kann es sie gar nicht geben. Doppelblindstudien, auf denen ja der Erkenntnisgewinn moderner medizinischer Forschung zum großen Teil beruht, werde unter sehr künstlichen Bedingungen durchgeführt, mit hochselektierten Probandenkollektiven nach strengen Ein- und Ausschlusskriterien. Man schätzt, dass allenfalls, maximal ca. $\frac{1}{4}$ der Patienten eines normalen Krankenhauses den Ein- und Ausschlusskriterien solcher Studien entsprechen. Nur auf diese können, streng genommen, die Ergebnisse entsprechender Studien angewandt werden. Man muss sich außerdem darüber klar sein, dass Evidenz keineswegs die sichere Wirkung eines Verfahrens, einer Therapie im Einzelfall meint, sondern lediglich eine mehr oder weniger große Wirkungswahrscheinlichkeit spiegelt. Zu den Quellen medizinischer Erkenntnisse gehört auch die Erfahrung, die Empirie. Das beinhaltet immer auch die ganz persönliche individuelle ärztliche Erfahrung, die nicht an Hochschulen gelehrt oder durch Studien vermittelt wird, sondern im Laufe eines ärztlichen Berufslebens durch zahlreiche persönliche Arzt-/Patientenbegegnungen erworben wird. In der

Medizin spielt auch, bei aller wissenschaftlicher Rationalität, irrationales eine nicht unbeträchtliche Rolle spielen. Die Droge Arzt gibt es wirklich und der suggestive Effekt des Placebo ist hinlänglich bekannt. Ärzte behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen. Epidemiologische Erkenntnisse, statistische Mittelwerte oder so genannte Restrisiken sind für den einzelnen Patienten, für das kranke Individuum, ohne jede Bedeutung. Kranke Menschen sind niemals Objekte, sondern Subjekt, mit einer ganz eigenen Biografie, die Symptomatik, Verlauf und Bewältigung einer Krankheit wesentlich beeinflusst. Ärztinnen und Ärzte treten als Person in Beziehung zur kranken Person und nicht zu irgendwelchen krankhaften Erscheinungen, Laboratoriumsbefunden oder Studienergebnissen. Man kann Herrn Arnold nur zustimmen, der festgestellt hat, dass die Einmaligkeit von Patienten die aus der mangelnden Wissenschaftlichkeit der Medizin folgenden Unsicherheiten es nur in Ausnahmefällen möglich machen, strenge Normierungen vorzunehmen oder goldene Regeln für Diagnostik und Therapie auszustellen. Eine standardisierte Medizin, die nach obligaten, leitliniengestützten Diagnose- und Therapiekriterien vorgeht, setzt den standardisierten Menschen und Patienten voraus. Den gibt es aber nicht. Das naturwissenschaftlich dominierte, mechanische Menschenbild von der „Körpermaschine“, der Mensch als technisch-mechanisches Modell, wie man es übrigens schon bei Descartes finden kann, ist falsch, ein Irrtum. Es verkennt, dass Krankheit ein sozialer Tatbestand ist und dass der Arzt eine soziale Funktion hat. Kranke werden zu Objekten und Ärztinnen und Ärzte zum technischen Handlangern degradiert. Das gilt besonders für die Vereinbarung der evidenz based medicine, EBM, durch die Gesundheitsökonomie. EBM als gesundheitsökonomisches Steuerungselement, als Basis von versorgungsrelevanten, sanktionsbewährten verbindlichen Diagnose- und Therapiestandards führt zu einer inhumanen, weil endindividualisierten Medizin.

Der Arztberuf verkommt mehr und mehr, wie Horst Beyer es einmal ausgedrückt hat, zu einer Agentur für gesellschaftspolitische Zwecke. Unvoreingenommene Beobachter diagnostizieren seit langem eine Entprofessionalisierung des Arztberufes. Das alte und auch das neue SGB V bieten genügend geeignete Instrumente für verbindliche, letztlich rationalisierte Behandlungsstandards. Dort wird massiv in die Kernbereiche ärztlicher Tätigkeit, die ärztliche Behandlung, eingegriffen. Nicht medizinisch-wissenschaftliche, sondern medizinisch wirtschaftliche Standards sind gefragt. Ärztliches Berufsethos, dass der Arzt nämlich dem Patienten

und niemanden sonst verpflichtet ist, wie die Interessen kranker, schwacher und hilfloser Menschen werden zunehmen missachtet.