

Durch den Druck auf effektiven Einsatz knapper werdender Ressourcen wird zunehmend offensichtlich, wie wenig über die Wirksamkeit vieler Maßnahmen und Interventionen in der Medizin gesichert ist (1). Große regionale Unterschiede im Einsatz von Herzkathetern, Endoskopien oder Carotis-Endarteriektomien werfen die Frage nach Indikationskriterien und adäquatem Einsatz dieser Methoden auf (2). Maßnahmen mit nachgewiesenem Erfolg verbreiten sich langsam. Interventionen ohne Nutzen lassen sich nur schwer aus dem klinischen Alltag entfernen (3, 4). Gleichzeitig werden vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen kritischer und informieren sich darüber, was wirkt.

Ärzte müssen sich diesen Problemen stellen und neue Wege beschreiben, um den rapiden Zuwachs an Wissen zu bewältigen und in den ärztlichen Alltag zu integrieren. Durch den Einsatz neuer Technologien stehen unzählige Informationen zur Verfügung. Ein großer Teil davon ist, kritisch betrachtet, wenig glaubwürdig und irrelevant für den klinischen Alltag. Ärztliche Entscheidungen beruhen oft auf einem lange zurückliegenden Kenntnisstand, auf der begrenzten Erfahrung oder auf Empfehlungen von Experten oder Vorgesetzten. Klare Ergebnisse aus hochwertigen Studien werden in der Praxis nur verzögert umgesetzt (5).

Kritische Bewertung

Um nützliche Erkenntnisse aus der Wissenschaft in der Praxis anzuwenden, benötigen Ärzte ein neues „Handwerkszeug“. Sie brauchen Zugang zu medizinischem Wissen aus sauber durchgeführten Studien: Sie müssen lernen, gute und informative Studien kritisch zu bewerten und von

Evidence Based Medicine

Weg zu einer rationaleren Medizin

weniger nützlichen und irrelevanten zu unterscheiden und dieses Wissen im Alltag in Klinik und Praxis umzusetzen. Kritische Selbstreflexion des eigenen Handelns und die Überprüfung im Hinblick auf die Frage, was der Patient von ärztlichen Entscheidungen tatsächlich hat, sind Grundvoraussetzung, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Mit der Evidence Based Medicine* wurde ein neues Konzept entwickelt, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden (6). Ausgehend von einem aktuellen Problem, mit dem sich ein Patient präsentiert, wird der gegenwärtige Stand der Forschung zu diesem Problem identifiziert, analysiert und kritisch beurteilt. Der Arzt erhält eine neue, fundierte und aktuelle Basis, auf der er allfällige Entscheidungen treffen kann. In drei Schritten werden unter anderem folgende Fragen beantwortet:

► Wurde bei der Durchführung der Studie ein Minimum an methodischen Standards berücksichtigt, und sind die Ergebnisse valide?

► Liefert die Studie Ergebnisse mit *harten* Aussagen über die therapeutische Wirkung und den Nutzen für den Patienten, oder wurden nur Surrogatwerte gemessen?

► Wurden Aussagen über mögliche Nebenwirkungen getroffen?

Diese Fragen sind deshalb so entscheidend, da einem großen Anteil der medizinischen Veröffentlichun-

gen entweder die klinische Relevanz fehlt oder Qualitätsdefizite in der Methodik keine zuverlässigen Schlußfolgerungen für das weitere Patientenmanagement zulassen. Mit einfachen Methoden läßt sich die kritische Beurteilung von Validität und klinischer Relevanz ohne großen Aufwand erlernen. Sie erlauben auch dem Ungeübten, in kurzer Zeit die Spreu vom Weizen zu trennen und selbständig glaubwürdige Studien mit klinisch wichtigen Endpunkten von weniger glaubwürdigen zu unterscheiden. Der vierte Schritt führt wieder zurück zum Patienten und dem Problem, das das Bemühen von Ärzten, die sich für Evidence Based Medicine engagiert haben, ausgelöst hat.

Jetzt muß der Arzt mit seiner klinischen Erfahrung und seinem Hintergrundwissen entscheiden, inwieweit die Evidenz auf den Patienten paßt und welche anderen Krankheiten und Begleitzustände berücksichtigt werden müssen, bevor man die Ergebnisse in das weitere Management integrieren kann.

Nutzen noch umstritten

Nach einer Einübungsphase ist der Arzt in der Lage, Artikel in weniger als 15 Minuten kritisch zu bewerten und in die Patientenversorgung zu integrieren. Sekundärzeitschriften mit kritisch bewerteten Artikeln werden inzwischen auch in deutscher Sprache veröffentlicht. Daneben bietet die Cochrane Library mit einer umfangreichen Datenbank aus systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen eine wichtige Informationsquelle. Die Datenbank wird auf CD-ROM veröffentlicht und viermal im Jahr aktualisiert, weitere Informationen sind über das Cochrane-Zentrum in Freiburg erhältlich: Deutsches Cochrane-Zentrum, Stefan-Meier-Straße 26, 79104 Freiburg, Fax 07 61/2 03-67 11.

Der tatsächliche und meßbare Nutzen von Evidence Based Medi-

Symposium in Berlin

Über den aktuellen Stand der Evidence Based Medicine, ihren möglichen Nutzen, ihre Risiken und Nebenwirkungen wird auf einem Symposium der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer am 13. und 14. März in Berlin diskutiert. Es soll damit ein Beitrag geleistet werden für eine Reform des Gesundheitswesens, das sich in Zukunft durch eine geringere Orientierung an Althergebrachtem oder an Experten und mehr als lernendes System im Hinblick auf den tatsächlichen Nutzen für den Patienten begreift. Die Grauzone der ärztlichen Entscheidungsmöglichkeiten kann auf rationaler Grundlage verringert werden.

* „Evidence“ bedeutet Nachweis oder Beweis. Der deutsche Begriff der „Evidenz“ ist eher philosophischer Natur und bedeutet „das Offenkundige, das aus sich selbst heraus ersichtlich ist“ und ist mithin das Gegenteil des englischen Inhalts.

cine für den Patienten ist noch umstritten. Ergebnisorientierte Studien werden zur Zeit durchgeführt. Erkenntnisse aus Kanada – dort ist man mit dem rationalen Umgang mit knapper werdenden Mitteln recht professionell – weisen nach, daß Ärzte, die während ihrer Ausbildung Evidence Based Medicine erlernt und praktiziert haben, im Gegensatz zu anderen 15 Jahre nach Abschluß der Weiterbildung über den neuesten Stand der Hypertoniebehandlung im Praxisalltag Bescheid wußten (7).

Evidence Based Medicine ist damit mehr als nur eine neue Technik in der Bewertung wissenschaftlicher Arbeiten. Sie stellt mit dem Prinzip der konstruktiven Selbstkritik und der fortlaufenden Überprüfung eigenen Handelns darauf, welchen Nutzen der Patient hat, einen Schritt hin zu einer vielleicht wiederzubelebenden ärztlichen Kultur dar.

Rückfragen zum Symposium: mibeg Consulting, Tel. 02 21/9 12 66 20, Fax 02 21/91 26 62 62

Literatur

1. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Health Care Technology and its Assessment in Eight Countries. OTA-BP-H-140, Washington DC; US Government Printing Office, February 1995.
2. Brook RH et al.: Predicting the appropriate use of carotid endarterectomy, upper gastrointestinal endoscopy, and coronary angiography. *N Engl J Med* 1990; 323: 1173.
3. Antman EM et al.: A Comparison of Results of meta-analyses of Randomized Controlled Trials and Recommendations of Clinical Experts. *JAMA* 1992; 268: 240–248.
4. Denton MD, Chertow GM, Brady HR: Renal dose dopamine for the treatment of acute renal failure; rationale, experimental studies, and clinical trials. *Kidney Int* 1996; 50(1); 4–14.
5. Ramsey PG et al.: Changes over time in the knowledge base of practicing physicians. *JAMA* 1991; 266: 1103–1107.
6. Faber RG: Information overloads. *BMJ* 1993; 307; 383.
7. Evidence-Based Care Resource Group: Evidence-based medicine, a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420–2425.

Dr. med. Günther Jonitz
 Ärztekammer Berlin
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
 Günter Ollenschläger
 Ärztliche Zentralstelle
 Qualitätssicherung Köln
 Dr. med. Regina Kunz, MSc (Epi)
 Charité, V. Medizinische Klinik
 Berlin

Überlebensstrategie für das Krankenhaus

Abschied von alten Denkkategorien

1. Kolloquium „Medizinisches Leistungszentrum“ (MLZ) im Januar in Köln: Sektorenübergreifende Finanzierungs- und Organisationsformen notwendig. Rasche, flexible Marktreaktion der Medizinbetriebe ist unerlässlich.

Das Gesundheits- und Krankenhauswesen in Deutschland ist durch zwei kontraproduktive, kostentreibende Struktur-schwächen gekennzeichnet: Einerseits sind die Leistungssektoren und -träger durch eine wenig auf Kooperation und engere Zusammenarbeit angelegte sektorale Abschottung und eine nicht immer effiziente „Optimierung“ gekennzeichnet. Andererseits leidet die Krankenhauswirtschaft ebenso wie der ambulante ärztliche Sektor unter den sektoralen und globalen Ausgabendeckelungen, die wenig Kräfte zur innovativen Weiterentwicklung und zu einem flexiblen Marktreaktoren freisetzen.

Hinzu kommt: Das Krankenhaus krankt daran, daß es sich vielfach noch als ein „inhomogenes Konglomerat von Meisterbetrieben“ versteht und darstellt, mit innerbetrieblichen Reibungsverlusten bei der Betriebsführung, das einer kompakten, qualitätsorientierten Leistungserstellung und einer flexiblen Finanzierungs- und Betriebsorganisation und den sich ständig ändernden Markt-konstellationen nicht hinreichend Rechnung trägt. Notwendig sei es aber, Entscheidungen von morgen jetzt schon zu treffen, denn beständig sei nur der Wandel. So der Tenor von Dr. med. Beowulf Walter (64), Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Holweide der Kliniken der Stadt Köln, vor dem 1. MLZ-Kolloquium: „Überlebensstrategie für das Krankenhaus“, veranstaltet von der Kongreßabteilung des Deutschen Ärzte-Verlages am 16./17. Januar in Köln.

Nach der Diagnose und Einschätzung des berufserfahrenen Klinikchefs, die er den rund 160 fortbildungsbefähigten Klinikmanagern ebenso wie den Klinikärzten mit auf den Weg gab: Für viele Krankenhausbetriebe ist es noch ein weiter Weg bis zu einem marktresistenten und flexibel agierenden Leistungszentrum, das auch sektorenübergreifend agiert und sich ständig an die sich ändernden Markt-konstellationen und an die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen anpaßt.

Effizienter Controller-Dienst

Walter plädierte für neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten; erforderlich seien auch bei begrenzten finanziellen Ressourcen Wege der Kooperation und neue Betriebsabläufe, die einer ganzheitlichen Medizin den Weg bahnen, ohne das notwendige Spezialistentum abzuschaffen oder unerträglich einzuschränken. Große Bedeutung mißt Walter einem effizienten Controller-Dienst zu, der dort, wo noch Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden können, mithilft, Spareffekte zu erzielen, aber dort, wo Kosten und Leistungen exakt ermittelt und nachgewiesen werden, ungerechtfertigte Eingriffe von außen abwehrt.

Dringend sei den hochtechnisierten und spezialisierten Krankenhäusern zu raten, möglichst betriebs- und krankenhaushausfremde Leistungen ausgliedern und durch spezialisierte

Betriebe zu beziehen oder die Verbundwirtschaft zu erweitern (externer Leistungskreis). Allerdings müßten die bezogenen Leistungen außerhalb der Klinik qualitativ besser und preiswerter angeboten werden, als sie intern erbracht werden können.

Sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhäuser haben darunter zu leiden: Nicht immer folgt guten Ideen und der Leistung auch das Geld. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) begrenzt die Transferierung von Finanzierungsströmen und teilt sie sektoral zu beziehungsweise deckelt sie durch zu starre Budgets. Privatisierungsaktionen, marktgerechtere Rechtsformen für Krankenhäuser (etwa: GmbH für kommunale Häuser), konsequentes Outsourcing können helfen, aber nur begrenzt, so die Erfahrung des Referenten.

Als Mittel der Wahl empfahl Walter, neben den materiellen vor allem die immateriellen Ressourcen (Strukturqualität, qualifiziertes Fachpersonal; Betriebsklima und anderes) in die Waagschale zu werfen, um den härter werdenden Wettbewerb zu bestehen. Gerade bei der immer notwendiger werdenden Qualitätssicherung würden diese in Mark und Pfennig nur schwer ausdrückbaren Produktionsfaktoren vernachlässigt. Ein guter Führungsstil und ein patientenfreundliches Betriebsklima allein führten noch nicht in die schwarzen Zahlen der Klinikkostenrechnung; auch die materiellen Ressourcen müßten ausgeschöpft werden, und das Krankenhaus müsse Freiraum zum Agieren haben.

Für eine sektorenkooperierende Krankenhauswirtschaft und mehr Kooperation trat auch der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland, Wilfried Jacobs, Düsseldorf, ein.

Die immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen müßten dazu veranlassen, daß die starre Trennung zwischen ambulante und stationärem Sektor aufgehoben und eine durchlässige, intensitätsmäßig gestufte Versorgung vollzogen wird. Sämtliche Akteure des Gesundheitswesens müßten sich den Wettbewerbsbedingungen stellen. Dies erfordere, so der AOK-Mann, ein Aufbrechen verkrusteter Strukturen und einen Abschied vom Interessenpartiku-

larismus. Nicht alle wünschenswerten und machbaren Leistungen könnten heute noch implementiert und bezahlt werden. Die Leistungen müßten besser aufeinander abgestimmt werden. Nur Qualität und effiziente Leistungen würden die Kostenträger noch bezahlen. Die Effizienz müsse in erster Linie zum Wohl der Versicherten gesteigert werden – sowohl unter qualitativen als auch unter wirtschaftlichen Aspekten.

Auch das Krankenhaus müsse sich an diese Spielregeln halten. Eine bloße Überlebensstrategie und Markterhaltung könnten nicht toleriert werden. Aus der Sicht der Krankenkassen müsse eine hohe Qualität im Preis, den die Patienten und Kassen zahlen, inbegriffen sein, wie es beispielsweise in der Automobilindustrie bei den dortigen Produktpreisen der Fall sei. Allerdings, darauf wies Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkman, der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart, hin, würden dort auch echte leistungsorientierte Marktpreise bezahlt, wohingegen im Gesundheitswesen die Qualität bisher nicht in vollem Umfang durch Preise, Honorare und Entgelte bezahlt würde.

Leistungsgerechte Vergütungen

Für den Krankenkassenmann ist die Voraussetzung für eine effiziente ambulante und stationäre Versorgung die Etablierung eines Systems leistungsgerechter, differenzierter Vergütungen. Die AOK-Maxime: Für eine gleichartige und vergleichbare Leistung könne künftig bei gleich hohem Leistungsniveau nur ein einheitlicher(s) Preis (Entgelt) gezahlt werden. Die Krankenkassen arbeiten zur Zeit an Betriebsvergleichen, die sowohl die Kosten- als auch die Leistungsstrukturen von Krankenhäusern parallel analysieren und in Beziehung zueinander setzen. Dadurch könnten Besonderheiten einzelner Kliniken besser erkannt und entsprechend bezahlt werden. Zu teuer und aufwendig erbrachte Leistungen (im Vergleich zum Standard) könnten die Krankenkassen künftig aber nicht mehr vergüten und nicht auch nur teilweise berücksichtigen.

Nach Meinung von Jacobs sind noch Wirtschaftlichkeits- und Rationalisierungsreserven zu mobilisieren. „Beweis“: Im Bereich Nordrhein seien Nullrunden oder gar Budgetsenkungen durchgesetzt worden, ohne daß es bisher zu Engpässen und Qualitätsverlusten gekommen sei, so die Behauptungen der zuständigen AOK.

Stationär schrumpft

Der stationäre Sektor wird in Zukunft schrumpfen; der semistationäre und ambulante Sektor könnte begrenzt expandieren („denn die Gesundheitswirtschaft ist eine dynamische Wachstumsbranche“). Ein Vertragsmodell, wie es die AOK in Nordrhein goutiert, setzt auf individuell abgeschlossene Planverträge zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Verbänden der Krankenkassen. Dadurch sollen die Krankenkassen mehr Möglichkeiten erhalten, die Dimensionierung und Strukturierung des Leistungsgeschehens mit zu beeinflussen. Daran müsse sich auch das Ideenkonzept eines Medizinischen Leistungszentrums messen lassen.

Jacobs ist gegen ein lupenreines Einkaufsmodell, das von den Krankenkassen und der SPD empfohlen wird. Jacobs spricht sich für ein flexibles Vorgehen durch Verträge und sektorenübergreifende, integrierende und verzahnte Strukturen sowie „kongeniale“ Organisations- und Finanzierungsstrukturen aus. Darin müsse auch das ambulante Operieren mit allen Honorarkonditionen einbezogen werden. Bisher sei die *Kann*-Bestimmung allerdings noch nicht umgesetzt worden, nämlich auf Bundesebene gemeinsame Budgets für Krankenhäuser und Vertragsärzte im Bereich des ambulanten Operierens zu schaffen. Die AOK Rheinland tritt für eine gerechte Bezahlung von niedergelassenen Vertragsärzten ebenso wie von Klinikärzten und Krankenhausbetrieben ein. Die Deckelung des Finanzierungstopfes „Ambulantes Operieren“ müsse verschwinden. Es werde keine Leistungsverschiebung zwischen stationär und ambulante erfolgen, wenn der ambulante Bereich zementiert und mögliche Entwicklungsprozesse verhindert würden. Dr. Harald Clade