

Heinz-Harald Abholz

Standardisierung in der hausärztlichen Versorgung

1. *Standardisierung – was ist das?*

Unter Standardisierung versteht man die Festlegung auf einen allgemein verbindlichen Ablauf – bezogen auf die Medizin also auf einen diagnostischen Ablauf bei einer diagnostischen Frage und einen therapeutischen Ablauf bei einer therapeutischen Frage. Die Verbindlichkeit derartiger Abläufe ist entweder qua Autorität bzw. Absprache zu erreichen oder qua wissenschaftlicher Fundierung eines bestimmten, eben des standardisierten Vorgehens.

Mit der wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin und der Verwissenschaftlichung der Methodik des Nutznachweises medizinischer Verfahren in Diagnostik und Therapie entstehen über die letzten Jahre auch zunehmend mehr hierüber gegründete Ablaufschemata, deren jüngste wissenschaftlich-methodische Rechtfertigung im Begriff der Evidence Based Medicine (EBM) sich findet (siehe Borgers in diesem Band).

Dabei soll hier nicht behauptet werden, daß die Mehrzahl derartiger Ablaufschemata und Standards heutzutage schon auf EBM basieren (Grimshaw et al. 1995), das Gegenteil ist der Fall: Eine Vielzahl heutiger Standards – teilweise von wissenschaftlichen Gesellschaften vertreten – basiert allein auf Erfahrung oder wenig fundierter wissenschaftlicher Empirie. Dennoch gilt: Die Diskussion um Standards in der Medizin entsteht in einer Phase, in der es immer besser gelingt, den Nutzen von Behandlungsformen, die im Standard vorgegeben sind, methodisch fundiert zu belegen. Insofern ist der Begriff der Standardisierung der Medizin mit der methodischen Entwicklung des Nutznachweises und damit mit der EBM verbunden. Die wissenschaftliche Fundierung des Nutznachweises diagnostischer oder therapeutischer Verfahren kann zu den Fortschritten der jüngsten Medizingeschichte gezählt werden. Nicht mehr »das Gute, was wir gesehen haben«, soll zukünftig handlungsleitend sein, sondern der Grad des nachgewiesenen Nutzens eines Verfahrens. Die praktische Handlungsanleitung bzw. der jeweils zu schaffende Handlungsrahmen, der aus derartig abgesicherten Erkenntnissen resultiert, läßt sich dann als Standard eines bestimmten Verfahrens oder einer bestimmten Umgangsform bei einer bestimmten Problemstellung definieren.

2. Ebenen und Instrumente der Standardisierung

Im folgenden soll betrachtet werden, in welchem Ausmaß und in welcher Form eine zunehmende Standardisierung der ambulanten Medizin erfolgt. Schließlich soll geprüft werden, ob eine Standardisierung für den ambulanten Behandlungsauftrag hilfreich ist oder nicht. Um den Ansatz für Standardisierung in der ambulanten Versorgung zu verstehen, ist es notwendig zu skizzieren, wie es zu einer ambulanten »ärztlichen Handlung« kommen kann und welche – die Erbringung ambulanter Leistungen ermöglichenden und einschränkenden – Rahmenbedingungen zumindest für den GKV-Bereich existieren. Leistungen, die im ambulanten Bereich zu Lasten der GKV erbracht werden können, werden auf den verschiedensten Ebenen reguliert:

- Eine Leistung muß *als GKV-Leistung zugelassen* werden. Hierüber entscheidet der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit Hilfe seiner Arbeitsausschüsse wie z.B. denen für »ärztliche Behandlung«, »Prävention«, »Mutterschaftsrichtlinien« etc.
- Ärzte müssen zur Erbringung von Leistungen *qualifiziert* sein. Hierüber entscheidet die ärztliche Weiterbildung und die gezielte, von der kassenärztlichen Vereinigung gesteuerte Zulassung zu bestimmten Leistungserbringungen wie z.B. psychosomatische Grundversorgung, Sonographie, Gastroskopie etc.
- Die Qualität der Leistungserbringung muß in *technischer Hinsicht* gesichert sein. Hierzu existieren Richtlinien für das Labor wie auch für die technischen Normen der verwendeten Geräte.
- Die Qualität der ärztlichen Leistungen muß *kontinuierlich* gewährleistet sein. Hierzu dienen Qualitätszirkel und zeitlich festzulegende Zwischenkontrollen über die qualitative Erbringung von Leistungen (z.B. Laborringversuche; Testate über Sonographie-/Gastroskopie-Befunde sind in der Diskussion).
- Die Erbringung von Leistungen muß *finanziell attraktiv* sein. Hierzu dienen die Festlegungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, vorgenommen vom Bewertungsausschuß.
- *Indikationsstellung* und Ablauf einer Leistungserbringung werden vorgegeben. Hierzu dienen – im weitesten Sinne – Aus- und Weiterbildung, aber auch die in jüngster Zeit geschaffenen *Leitlinien* ärztlichen Handelns.

Entsprechend der oben dargestellten Aspekte der Zulassung und Kontrolle von Leistungserbringung im GKV-Bereich lassen sich – jenseits der medizinischen Ausbildung – die folgenden Instrumente der Standardisierung identifizieren:

1. Im Hinblick auf die in den Weiterbildungsordnungen fixierten Weiterbildungsinhalte sind folgende Tendenzen bedeutsam:

- a) *Die Weiterbildungsinhalte* werden schäfer definiert sowie in ihrer Quantität und Qualität präziser festgelegt als noch vor zehn Jahren. Vor dem Hintergrund sich ausweitender Fächerinhalte ist das Resultat unter anderem ein sich zunehmend differenzierendes System von Weiterbildungsinhalten mit einer entsprechenden Zunahme von Facharztbezeichnungen und Gebietsbezeichnungen. Der Prozeß der über die Weiterbildungsordnung definierten Abgrenzung einzelner Facharzt- oder Gebietsarztgruppen ist noch nicht abgeschlossen. Aus den Weiterbildungsinhalten leitet sich – berufsrechtlich – die Berechtigung ab, Leistungen in einem bestimmten Bereich zu erbringen. Mit zunehmender Differenzierung wird eine Facharzt- oder eine Gebietsarztgruppe auf ein immer schmaleres Segment des Leistungsspektrums beschränkt. Dies hat insofern etwas mit Standardisierung zu tun, als den später handelnden Ärzten dann – berufsrechtlich – nur noch relativ wenig, nämlich das ihres eng definierten Faches, zu tun erlaubt ist.
- b) Noch vor etwa zwanzig Jahren war es mit der Facharztanerkennung möglich, wie oben dargestellt alles aus dem breiten Fachgebiet zu tun. Erst in den letzten zwei Jahrzehnten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen immer häufiger dazu übergegangen, *Qualifikationsanforderungen* für einzelne Leistungsbereiche innerhalb der fachärztlichen Tätigkeit zu formulieren. Zu nennen sind hier z.B.: psychosomatische Grundversorgung, Sonographie, endoskopische Untersuchung, radiologische Untersuchung, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung etc. Gegenwärtig steht zur Debatte, derartige Qualifikationsanforderungen auf andere Bereiche auszuweiten und deren Nachweis zur Voraussetzung für die Zulassung zur ambulanten Versorgung zu erklären (z.B. Allergie-Testung und Hyposensibilisierung). Diese Entwicklung läuft primär auf eine verbesserte Qualitätssicherung, vermittelt aber auch auf eine Standardisierung des Leistungsspektrums und der Leistungsabläufe hinaus (Ollenschläger/Mohr 1997).

2. Seit etwa acht Jahren gibt es in Deutschland die Entwicklung von *Qualitätszirkeln* mit dem erklärten Ziel der Qualitätssicherung. Zu einem nicht unwesentlichen Teil – insbesondere bei der Administration – wird das Ziel der Qualitätszirkelarbeit in der Erreichung eines gemeinsamen Standards der Leistungserbringung gesehen. Qualitätszirkelarbeit stellt in dieser Sicht ein didaktisches Konzept zur besseren Vermittlung von Standards in der Medizin dar. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß einige

Theoretiker der Qualitätszirkelarbeit nicht hierin, sondern in der Schulung der Fähigkeit zur Reflexion eigenen Tuns das wesentliche Ziel sehen.

3. Auch bei *Positiv-Listen* handelt es sich um eine Form der Standardisierung, nämlich die einer wissenschaftlichen Pharmakologie. Selbst die gescheiterte Einführung einer für die GKV-Versorgung verbindlichen Positiv-Liste hat nicht verhindern können, daß sich die Arzneimittelversorgung de facto zunehmend an der wissenschaftlichen Pharmakologie orientiert. Dies schlägt sich auch bei der Bewertung des Verordnungsverhaltens im Rahmen der GKV nieder.

4. Seit etwa 1992 ist in der Bundesrepublik eine *Diskussion über Leitlinien* (Lauterbach 1997) in Gang gekommen, die in den letzten zwei Jahren zur Schaffung von Hunderten solcher Regelwerke der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften geführt hat. Erklärtes Ziel der Leitlinien ist es, eine Orientierung zum Handeln zu geben, also den Stand des Wissens zu einer Thematik zu präsentieren und damit Standards zu setzen – selbst wenn dies nicht so benannt wird. Allerdings betont die mit dieser Aufgabe betraute Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) immer wieder, daß mit der jeweiligen Leitlinie keine juristische Verbindlichkeit geschaffen ist (ebd.).

5. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz sieht vor, daß nun sämtliche Leistungen des GKV-Katalogs, also nicht mehr nur die Neuzulassungen, im Hinblick auf ihren *Nutzen* und ihre *Wirtschaftlichkeit zu prüfen* sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in Kooperation mit den Krankenkassen gleichsam eine Ausführungsbestimmung in Form ihrer Richtlinien der Arbeit des Arbeitsausschusses »Ärztliche Behandlung« erlassen, die den hohen Stellenwert eines wirklichen Nutznachweises betont und damit – mit etwa zehn bis fünfzehn Jahren Verspätung – die wissenschaftliche Entwicklung in den Ländern Nordamerikas und des übrigen Westeuropa nachvollzieht.

Zukünftig können nur noch diejenigen Leistungen in den GKV-Katalog aufgenommen bzw. dort belassen werden, deren Nutzen auch belegbar ist (Bundesausschuß 1998). Dies ist in dieser »Schärfe« bisher keineswegs selbstverständlich gewesen. Selbst wenn man einmal unterstellt, daß ein Großteil der schon vorhandenen GKV-Leistungen nicht wirklich geprüft wird, so bliebe es dabei, daß zukünftig nur noch Leistungen mit einem solchen qualifizierten Nutznachweis neu aufgenommen werden. Damit hätte sich die wissenschaftlich abgesicherte Medizin durchgesetzt.

6. Zur Standardisierung tragen nicht nur solche Maßnahmen bei, die den Kreis der zur Leistungserbringung Berechtigten und die Aufnahme

von Leistungen in den GKV-Katalog regulieren. Denn die Leistungen an sich und die Festlegung, wer sie erbringen darf, reichen nicht aus, um das Leistungsgeschehen insgesamt zu regulieren und zu standardisieren. Offen ist noch die Frage der Indikationsstellung zur Leistungserbringung. Hier steht die professionelle Autonomie – ärztliche Therapiefreiheit ist hier das konkretisierende Stichwort – bisher vor einer Standardisierung.

In diesem Zusammenhang gewinnen »Leitlinien« (s.o., Punkt 4) eine besondere Bedeutung. Selbst wenn es für Leitlinien sehr viele rationale Argumente gibt, so dürfte schon jetzt klar sein, daß »Leitlinien« – auch wenn dies nicht in der Intention ihrer Verfasser liegen mag – zukünftig zum Maßstab dessen werden, was »richtig« und was »nicht richtig« ist, und somit entscheidend zu einer Standardisierung beitragen. US-amerikanische Entwicklungen belegen dies empirisch.

3. Medizinische Konsequenzen der Standardisierung

Die *Regulierung* des Leistungsgeschehens mittels Standards und wissenschaftlicher Maßstäbe führt zu:

- *mehr Vernunft* in der Medizin – zumindestens soll dies erst einmal so genannt werden;
- *mehr Qualität* in der Durchführung und Erbringung von Leistungen;
- *juristisch besser faßbaren* Bedingungen dessen, was »richtig« und was »falsch« in der Medizin ist;
- zu einer *Ausweitung* der Medizin und somit zu einem Kostenanstieg (siehe dazu die Abschnitte 4 und 6).

Medizin auch im ambulanten Bereich wird damit *überschaubarer*, leichter *verständlich*, *administrativ besser* handhabbar. Kann sie damit aber besser ihre Funktionen im ambulanten Bereich erfüllen?

4. Standardisierung und ambulante Versorgungsaufgabe

Ausgangspunkt ist im folgenden die ambulante Versorgungsaufgabe. Die im Hinblick darauf zu treffenden Aussagen gelten in abgemilderter Form auch für den stationären Versorgungsbereich.

Die ambulante Versorgung läßt sich in Bezug auf die hier vorliegende Problematik folgendermaßen charakterisieren:

1. Die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung sind durch *Multimorbidität*, durch die *Mehrdimensionalität* des Krankseins und durch die *Einflußnahme* des Patienten auf den Behandlungsprozeß charakterisiert (Abholz 1998a). Diese Merkmale sind insbesondere für den allgemeinmedizinischen Arbeitsansatz von zentraler Bedeutung, gelten

jedoch auch mehr oder minder deutlich für die Versorgung durch Spezialisten. Die Behandlung hat in der Regel nicht nur medizinische, sondern auch nicht-medizinische Dimensionen, weil der Umgang der Patienten mit ihrer Krankheit psychologisch und soziokulturell geprägt ist und seinerseits das Handeln des Arztes beeinflusst. Das *Kranksein* und nicht die Krankheit steht im Zentrum der Versorgungsaufgabe. Daraus läßt sich bereits leicht ableiten, daß sich hier ein sehr weites Spektrum von Behandlungsaufgaben in der Versorgung der verschiedenen Patienten ergibt, das kaum noch mit *einem* Standard erfäßbar ist. Die Behandlungsaufgaben sind in der Regel komplex.

2. Der Patient erteilt dem Arzt einen *Behandlungsauftrag* mit dem Inhalt: »Tue das Beste für mich«. Dies ist nur zu einem Teil identisch mit dem Auftrag, das Beste für die Gesundheit zu tun. Letzteres ist aber Inhalt aller Standards der Medizin. Was ist hier gemeint? Die wissenschaftliche Medizin und die wissenschaftlich fundierte Methodik des Nutznachweises in der Medizin – also die Grundlagen von Standards – orientieren auf eine eindimensionale Medizinbetrachtung nach dem Muster: »Ein Krankheitsbild und dessen Folgen«. Patienten aber weisen nicht selten mehrere Erkrankungen auf und verarbeiten Krankheit und Krankheitssymptomatik auf unterschiedliche Weise. Das Beste für sie zu tun, also dem eigentlichen Behandlungsauftrag zu folgen, beinhaltet also nicht immer die eine Erkrankung – möglicherweise nur eine von vielen – optimal zu versorgen, sondern kann auch heißen, andere Aspekte des Krankseins als die von der Medizin als vorrangig gesehenen Erkrankungen in den Vordergrund der Versorgung zu stellen oder überhaupt die Nicht-Versorgung zu akzeptieren, sofern dies der Patient wünscht. Zudem sind die Dimensionen des Nutzens in der Medizin (siehe auch Borgers in diesem Band) häufig in einer Weise charakterisiert, die vielen Patienten und ihren Lebensorientierungen völlig inadäquat erscheint. In manchen Fällen wird Patienten eine bestimmte Behandlung zuteil, die nur einem von 677 so versorgten Patienten einen Nutzen bringt. Besonders extrem ist dies im Bereich präventiv orientierter Medizin ausgeprägt: Hier profitiert u.U. nur eine von 2 500 regelmäßig an einer Screening-Untersuchung teilnehmenden Personen (Abholz 1994). Sind Behandlungskonzepte dann noch mit Belastungen oder gar Gefahren verbunden, so ist es nur zu verständlich, wenn Patienten die Versorgung als unangemessen empfinden.

3. *Low risks – low win*: Im ambulanten Bereich, insbesondere im allgemeinärztlichen Bereich, sind umschriebene Erkrankungen und Krankheitsbilder, die Inhalt von Standards sind, eher selten. Das gesamte diagnostische Programm, das anwendbar ist, birgt die Gefahr einer

hohen Rate von falsch-positiven Befunden in sich, da die Häufigkeit gesuchter Erkrankungen sehr gering ist (low-risk) (Abholz 1998b). Diese falsch-positiven Befunde müssen – kunstgerecht behandelt – weiter abgeklärt werden – nicht selten dann mit invasiven Verfahren. Dies bringt neue Belastungen für den Patienten mit sich. Ähnliches gilt für den therapeutischen Bereich: Im ambulanten Bereich sind die Verlaufsformen von Krankheiten auch bei identischen Krankheitsbezeichnungen und identischen Diagnosen bisweilen sehr unterschiedlich. Bei leichteren Verlaufsformen aber ist zumeist ein geringerer therapeutischer Nutzen als bei ausgeprägten Verlaufsformen zu erwarten. Zusammenfassend läßt sich daraus ableiten, daß sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich Standards der Versorgung, die sich auf einzelne Diagnosen und einzelne Verfahren beziehen, einen anderen Stellenwert haben als z.B. gleiche Standards im stationären Bereich, wo high-risk- und high-win-Situationen wahrscheinlicher sind.

4. Im ambulanten Bereich ist ein Großteil der Krankheitszustände nicht geklärt und auch mit wissenschaftlicher Medizin *nicht klärbar* (Kroenke/Magelsdorff 1989), wobei diese Krankheiten nur zum Teil als psychosomatisch anzusehen sind. Das Verständnis dieser Krankheiten wird dadurch erschwert, daß die von uns gehandhabte Medizin zu »grob« ist, um alle Veränderungen organischer Natur ausreichend zu erfassen. Wenn z.B. nur 30 bis 40% der ambulanten Behandlungsanlässe einer wissenschaftlich-medizinischen Diagnose zuzuordnen sind, so kann bestenfalls dieser Anteil auch nach einem Standard versorgt werden.

5. *Die Arzt-Patienten-Beziehung* und daraus sich ergebende therapeutische Ansätze stellen ein Schwergewicht ambulanter, insbesondere allgemeinärztlicher Tätigkeit dar. Aufgrund der großen Häufigkeit psychosomatischer Krankheitsbilder bzw. der Krankheitsbilder, die nicht einer klassischen medizinischen Diagnose zugeordnet werden können, müssen im diagnostischen Bereich häufig Interpretationen aus einer längerfristigen Arzt-Patienten-Beziehung heraus vorgenommen werden (=erlebte Anamnese). Im therapeutischen Bereich wird die gleiche, längerfristig bestehende Arzt-Patienten-Beziehung genutzt, um therapeutische Entscheidungen zu treffen. Schließlich ist die Arzt-Patienten-Beziehung mit der daraus erwachsenen therapeutischen Potenz selbst »Therapeutikum« (Rönsberg 1998). Dies erstreckt sich auf ein Spektrum von der Beratung über stützende psychotherapeutische Interventionen bis hin zur Placebo-Medizin (Abholz 1993). Die Arzt-Patienten-Beziehung selbst stellt – dies liegt in der Natur der Sache – ein wesentlich durch den Begriff der Subjektivität zu beschreibendes

Arbeitsfeld dar. Derartige Bereiche lassen sich bestenfalls durch Rahmenvorgaben und Grundregeln, nicht aber durch spezifische Standards steuern.

6. Ambulante Medizin und insbesondere hausärztliche Versorgung zeichnet sich dadurch aus, daß in einer jeweiligen diagnostischen oder therapeutischen Fragestellung nicht alles, was möglich ist, auch getan wird. Vielmehr wird die Mehrzahl der – nicht zuletzt durch Leitlinien vorgeschriebenen – Möglichkeiten eben nicht wahrgenommen. Dies geschieht zum Wohl des Patienten, der ansonsten durch eine Vielzahl falsch-positiver Befunde und eine »Übertherapie« gefährdet wäre. Dies liegt aber auch im Interesse der Versichertengemeinschaft, die dadurch von einer gewaltigen Ausgabenlawine verschont wird. Derartige Unterlassungen beruhen auf einer Wahrscheinlichkeitserwägung – der Wahrscheinlichkeit, daß eine bestimmte Erkrankung vorliegt und die fragliche Therapie einen Gewinn für den Patienten mit sich bringt (Bursztajn et al. 1990). Diese Entscheidungen basieren in der Regel auf der Kenntnis der Lebensgeschichte und des Lebenszusammenhangs des Patienten, und nur vor diesem Hintergrund sind sie verantwortlich zu fällen. Leitlinien, die die Funktion haben, zumindest alle wichtigen Entscheidungswege vorzugeben, werden zu einer Ausweitung des medizinischen Handelns führen, also die üblichen »Wahrscheinlichkeitsentscheidungen« des ambulant tätigen Arztes reduzieren.

Es lassen sich vor diesem Hintergrund die folgenden Versorgungsaufgaben definieren:

- a) *Medizinisch umschriebene Probleme*, die auf der Grundlage einer Evidence Based Medicine bearbeitet werden können. Hierbei wird es sich im wesentlichen um eher dramatische bzw. lebensgefährliche, medizinisch eindeutig zu definierende Krankheitszustände handeln, für die es diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen gibt, die wissenschaftlich hinreichend fundiert sind. Über die Häufigkeit der Behandlungsanlässe aus diesem Problembereich lassen sich keinerlei exakte Angaben machen. Dennoch dürfte dieser Bereich den bei weitem kleinsten Teil von Behandlungsanlässen ausmachen. Dies gilt selbst für die spezialärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, auch wenn sie hinsichtlich der Behandlungsanlässe manchen Unterschied zur hausärztlichen Versorgung aufweist.
- b) *Medizinisch umschriebene Probleme*, die jedoch in hohem Maße mit *anderen Fragestellungen verbunden sind*, welche psychische und soziokulturelle Probleme umfassen. Hier können medizinische Standards keinerlei umfassende Hilfestellungen geben, da sowohl aufgrund gegebener Multimorbidität und der Mehrdimensionalität des

Krankseins als auch angesichts der Einflußnahme des Patienten auf den Behandlungsablauf davon ausgegangen werden muß, daß Standards bestenfalls als Orientierungslinie für den medizinischen Kernbereich des Problems dienen können. Ein Großteil der Versorgungsaufgaben hausärztlicher als auch spezialärztlicher Versorgung ist in diesem Bereich angesiedelt.

- c) *Nicht medizinisch zu definierende* bzw. medizinisch nicht ausreichend zu definierende *Krankheitszustände*. Hierzu gehört das weite Feld der psychosomatischen Erkrankungen als auch solcher Erkrankungen und Störungen, die sich eindeutigen medizinischen Diagnosen nicht zuordnen lassen. Ein erheblicher Teil der Behandlungsanlässe ambulanter Versorgung ist hier zu lokalisieren. Auch für diesen Bereich gilt, daß Standards nicht anwendbar sind bzw. nur Rahmenrichtlinien des Umgangs mit den Patienten beschreiben können.
- d) *Behandlungsanlässe aus den Bereichen a) bis c)*, bei denen jedoch eine *rational begründete Therapie nicht möglich* ist oder vom Patienten nicht gewünscht wird. Hiermit ist der klassische Bereich einer *Placebo-Medizin* beschrieben. Folgt man dem Behandlungsauftrag des Patienten, nämlich dem, das Beste für ihn zu tun, so ist nicht selten auch eine Placebo-Medizin indiziert (Abholz 1993). Für diese gibt es zwar auch Standards des Behandlungsablaufs, die insbesondere hier einzuhalten sind, jedoch ist deren Konkretion weitaus weniger verbindlich als in einem klassischen Bereich standardisierter Medizin. Der Bereich d) umfaßt – dies muß klar sein – einen nennenswerten Teil der Behandlungsanlässe ambulanter Versorgung.

Als Fazit läßt sich also festhalten, daß standardisierte Medizin, selbst wenn sie heute schon voll entwickelt wäre, einen Großteil des ambulanten Versorgungsgeschehens nicht erfassen kann.

5. *Das zukünftige Verhältnis von standardisierter und nicht-standardisierter Versorgung*

Was geschieht in der Zukunft mit demjenigen Teil der Versorgung, der nicht standardisiert wird bzw. nicht standardisiert werden kann? Grundsätzlich lassen sich folgende Möglichkeiten vorstellen:

1. Standardisierter und nicht-standardisierbarer Bereich der Versorgung bleiben *nebeneinander bestehen* und werden durch die GKV gleichermaßen abgedeckt.

2. Im nicht-standardisierbaren Bereich wird aufgrund äußerer Bedingungen *standardisiert vorgegangen*, indem Behandlungsprobleme undefiniert werden. Dies ist zu weiten Teilen auch heute schon zu

beobachten: Zum Beispiel findet ein Teil der Placebo-Medizin mittels der Umdefinition eines unspezifischen Krankheitszustandes zu einem definierten medizinischen Krankheitsbild statt: Funktionelle oder nicht näher erklärbare Schmerzen in der Brust werden als Angina pectoris definiert und dann so behandelt – obwohl ein Großteil der Ärzte in den entsprechenden Situationen hier um den Unterschied weiß. Gleiches gilt in dem Moment, in dem Diagnoseangaben gemacht werden müssen: Das gesamte ambulante Versorgungsgeschehen wird dann auf die Dimension der vorgegebenen medizinischen Diagnosen gebracht.

3. Die *nicht-standardisierbaren Bereiche* werden aus der Medizin *eliminiert* bzw. aus dem GKV-Leistungskatalog herausgedrängt. Im Falle ihrer Eliminierung werden sie zu Aufgabenfeldern anderer Heilberufe oder – wie die jüngste Entwicklung zeigt – zu privat zu finanzierenden Leistungen außerhalb des GKV-Kataloges. Die Projekte einiger Krankenkassen, Zusatzleistungen für ihre Versicherten – z.B. Jugendgesundheitsuntersuchung, einige alternative Heilverfahren etc. – anzubieten, sind Beispiele dafür. Der Plan der KBV, sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Katalog) einzuführen, weist in eine ähnliche Richtung: Das, was im GKV-Katalog nicht enthalten sein darf, weil ein Nutzenbeleg nicht möglich ist, wird nun zur privat zu finanzierenden Gesundheitsleistung erklärt (Abholz 1998c).

Die Lösung 1 wird aufgrund des Drucks zur Ausgabenbegrenzung und der gesetzlichen Steuerungsmaßnahmen in der GKV nicht die Lösung für die Zukunft darstellen. Unter dem Druck der Kostensenkung wird all das, was nicht mit einem herkömmlichen Nutzenbeleg versehen ist, aus der GKV ausgegrenzt werden. Die Lösung 2, die Umdefinition des Krankheitsgeschehens auf medizinisch umschriebene Begrifflichkeiten mit den daran gebundenen Standards, als auch die Lösung 3, die zusätzliche Finanzierung außerhalb des GKV-Kataloges, beschreiben den Weg in die Zukunft.

So führt das, was anfänglich für Wissenschaftlichkeit und Vernunft stand, nämlich Evidence Based Medicine und die aus ihr abgeleiteten Standards, zu einem hohen Maß von Unvernunft. Unvernunft, weil Probleme wider das Interesse der Versorgung und damit des Patienten unsinnig umdefiniert werden oder weil Probleme zwecks Verbesserung der Einkommens- oder der Wettbewerbssituation nur außerhalb des GKV-Kataloges zur »Bearbeitung« angeboten werden. Die Standardisierung in der Medizin hat insbesondere für den ambulanten Bereich also durchaus einen vernünftigen Kern. Um diesen herum breiten sich allerdings schon jetzt die großen Areale der »Unvernunft« aus. Dies ist so, weil einmal nicht begriffen wird, daß »Vernunft« sich nicht nur im

eng definierten Rahmen des Standes wissenschaftlicher Medizin definieren kann, und zum weiteren, weil es genug Interessenten gibt, die das, was aus der »Standardisierung« herausfällt, für private ökonomische Interessen nutzen wollen. Vernunft in der Medizin ist nicht auf »Standards« reduzierbar.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

Literatur

- Abholz, H.-H. (1993): Die Berechtigung einer Placebo-Medizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 69: 181-185
- Abholz, H.-H. (1994): Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbrock/Kühn/Köhler (1994), 54-82
- Abholz, H.-H. (1998a): Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: M.M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart (i. E.)
- Abholz, H.-H. (1998b): Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In: M.M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart (i. E.)
- Abholz, H.-H. (1998c): Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) – der verkannte Sprengsatz für GKV und ärztliche Profession. *Arbeit und Sozialpolitik* 52 (i.E.)
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (1998): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungen und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen. *Deutsches Ärzteblatt* 95: A-53-A-56
- Bursztajn, H.J. et al. (1990): *Medical choices, medical chances*. New York
- Grimshaw, J. et al. (1995): *Developing and implementing clinical practice guidelines*. *Quality in Health Care* 4: 55-64
- Kroenke, K.; Magelsdorff, D. (1989): Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine* 86: 262-266
- Lauterbach, K.W. (1997): Ökonomische und ethische Aspekte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 91: 277-282
- Ollenschläger, G.; Mohr, W. (1997): Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 91: 59-67
- Rönsberg, W. (1998): Die Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinmedizin. In: M.M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin*. 2. Aufl. Stuttgart (i. E.)
- Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B.M. (Hg.) (1994): *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: Edition Sigma