

Durchführung solcher Studien bisher keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung. Zu überlegen wäre es, die Krankenkassen systematisch miteinander zu beziehen. Als Beispiel sei auf das Modellprojekt Akupunktur hingewiesen, in dem simultan randomisierte und pragmatische, kontrollierte Studien sowie prospektive Beobachtungsstudien und gesundheitsökonomische Analysen durchgeführt wurden zur umfassenden Klärung der Wertigkeit von Akupunktur bei der Behandlung chronischer Schmerzen und anderer Indikationen (12–16). Es erscheint sogar angemessen, die Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einwilligung zur Teilnahme an Studien der Versorgungsforschung zu knüpfen. Schließlich wird die medizinische Versorgung des Patienten solidarisch finanziert beziehungsweise mitfinanziert, und somit sollten auch Ergebnisse der Behandlung als Erfahrung und zugunsten zukünftiger Patienten eingebracht werden.

Auch das Medizinstudium sollte bezüglich der Fragestellung, welche Studientypen als Grundlage für medizinische Versorgung relevant sind, ergänzt werden. Bei der Ausbildung zukünftiger Ärzte sollten systematische Kenntnisse und mehr Sensibilität bezüglich der Stärken und Einschränkungen der randomisierten kontrollierten Studien und Versorgungsstudien vermittelt werden. Schon vor längerem wurde davor gewarnt, „evidence-based medicine“ ausschließlich oder einseitig an die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien zu knüpfen (17–20).

Randomisierte kontrollierte Studien sind allein keine ausreichende Basis für die Nutzenbewertung von Verfahren und Strategien in der medizinischen Routineversorgung – notwendig sind ergänzende Studien der Versorgungsforschung.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2006; 103(39): A 2524–9

Anschrift des Verfassers
Prof. Dr. med. Stefan N. Willich
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin
E-Mail: stefan.willich@charite.de

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3906

KOMMENTAR

Dr. med. Peter Pommer



Zu einem gut organisierten und zertifizierten Qualitätsmanagement (QM) gehört auch, dass zu jedem aufgetretenen Notfall zeitnah ein detailliertes Protokoll erstellt wird, das Grundlage einer Nachbesprechung aller Beteiligten ist. Diese dient dazu, aufgetretene Mängel festzustellen und zu analysieren. Auf dieser Grundlage soll ein Plan aufgestellt werden, wie man diese Mängel in Zukunft vermeiden kann.

In einem konkreten Fall hatte eine ältere Patientin mit schwerer ischämischer

Kardiomyopathie und im Zustand nach mehreren Herzinfarkten eine plötzliche Asystolie erlitten und war trotz suffizienter Reanimationsmaßnahmen, die innerhalb von zwei Minuten einsetzten und über mehr als 50 Minuten ununterbrochen fortgeführt wurden, verstorben.

Bei der Analyse des Ablaufes stellten sich einige verbesserungswürdige Details heraus. Es wurde protokolliert: suboptimale Funktion des transportablen Absauggerätes; Transportliege, deren Höhe für eine Fortführung der Herzdruckmassage zumindest nicht optimal war; Hindernisse auf dem Transportweg zur Intensivstation. Aber selbst ein optimaler Versorgungsablauf hätte bei diesem konkreten Fall nichts am deletären Ausgang geändert.

FEHLERMANAGEMENT

Mit einem Bein im Gerichtssaal

Ein versierter Jurist hätte jedoch, von Angehörigen beauftragt, zumindest ein teilweises Organisationsverschulden durch nicht ganz optimale Bedingungen bei der Reanimation konstruieren und so die Klinik in beträchtliche Schwierigkeiten bringen können – vor allem im Sinne einer finanziellen Schadenersatzforderung.

Am Ende der Nachbesprechung wurde deshalb diskutiert, inwieweit dieses Protokoll im juristischen Streifland her-

ausgabepflichtig sei. Von juristischer Seite kam daraufhin der eindeutige Rat, ein solches Protokoll völlig zu anonymisieren oder gegebenenfalls auch nur als Protokoll einer Notfallübung zu tarnen. Dies ist eigentlich eine klare Aussage dahingehend, dass das QM-Protokoll gegen die beteiligten Ärzte verwendet werden könnte.

Wenn es nicht gelingt, an dieser Rechtslage etwas zu ändern, wird niemand öffentlich oder auch nur im Mitarbeiterkreis es wagen, Fehler und Unvoll-

kommenheiten, gleich ob selbst oder von dritter Seite verursacht, zu thematisieren.

Da man bekanntlich aus Fehlern am nachhaltigsten lernt, bleibt so den Ärzten das wichtigste und effektivste Mittel verwehrt, die Qualität ihrer medizinischen Arbeit kontinuierlich zu verbessern. Genau das soll aber erreicht werden – und dies funktioniert eben nur auf dem Weg analytischer und konstruktiver Selbstkritik, die uns jeden Tag begleitet.

Solange die Ärzte bei diesem Bemühen ständig mit einem Bein im Gerichtssaal stehen, wird sich das nicht realisieren lassen.

Gesundheitspolitik und ärztliche Selbstverwaltung sollten sich um eine Lösung dieses Problems bemühen. Vorstellbar wäre zum Beispiel die Schaffung eines ärztlichen Solidarfonds, aus dem heraus Schadenersatzforderungen, die ausgehend von solchen Qualitätssicherungsmaßnahmen entstehen, beglichen werden; denn diese Forderungen werden sicherlich nicht ausbleiben. Einer Kriminalisierung betroffener Ärzte und deren Mitarbeiter muss aber – sofern kein grob fahrlässiges oder unethisches Verhalten vorliegt – vorgebeugt werden. ■