

Titel

Wettstreit für den Patienten

Wie findet man den besten Arzt? Die Antwort kann Leben retten, die Suche danach ist für viele Patienten ein gefährliches Abenteuer. Doch einige Krankenhäuser verraten jetzt, wie gut sie wirklich sind – eine Revolution.

98

schlechtestes Viertel
der Krankenhäuser

Komplikationen

in deutschen Krankenhäusern bei ausge-
wählten Eingriffen*, je tausend Operationen

44

bestes Viertel

Chirurgische Komplikationen
bei Hüft-Endoprothese
innerhalb von 90 Tagen

Quelle: WIdO

51

22

Transfusion/Blutung
nach Gallenblasen-
entfernung

37

11

Revisions-OP bei
Knie-Totalendoprothese
innerhalb eines
Jahres

37

13

Thrombose/
Lungenembolie nach
Oberschenkelbruch-OP
innerhalb von
90 Tagen

* AOK-Patienten
in den Jahren 2008 bis 2011
mit Nachbeobachtung bis
Ende 2011, nicht risikoadjustiert



Erstversorgung im Rettungswagen

Manche Kinder haben das Pech, am falschen Ort geboren zu werden. An den Folgen leiden sie ihr Leben lang.

Das ist ein äußerst brisanter Befund. Deshalb hielten die 16 Frauen und Männer, die sich im Ärztehaus in Hannover zusammengefunden hatten, die Details unter Verschluss. Aber immerhin redeten sie überhaupt darüber – und schon das ist für deutsche Ärzte fast eine Revolution.

Es ging um 500 Babys, die in niedersächsischen Perinatalzentren geboren wurden und weniger als 1500 Gramm wogen. Zwei Jahre nach der Geburt hatten Ärzte 439 der Kinder auffindig gemacht und ihre Motorik, ihre Sprache und ihr Verhalten beurteilt.

„Dabei zeigte sich, dass es extreme Unterschiede gibt“, sagt Evelyn Kattner, 65, die bis zum Sommer Chefärztin im Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover war. Was den Befund so heikel macht: Die Unterschiede lassen sich in einzelne Krankenhäuser zurückverfolgen. Hier die Vorzeigestation: 60 Prozent der dort geborenen Frühchen gedeihen ohne Behinderung. Da das Schlusslicht: 70 Prozent der Kinder zeigten Auffälligkeiten.

Unterlaufen den Ärzten dort mehr Fehler? Beherrschen sie ihr Handwerk nicht? Und was machen die Kollegen in den anderen Häusern besser? Für die niedersächsischen Neonatologen sind das unangenehme Fragen, die sie nicht ruhen ließen. Deshalb beschlossen sie – auch wenn sie die brisanten Daten nicht veröffentlichen –, doch zumindest untereinander offen zu sein.

„Wir Kinderärzte haben eine sehr emotionale Bindung zu unseren Patienten“, sagt Karsten Harms, Chefarzt des Kinderzentrums im Klinikum Hildesheim. „Wenn man sieht, ein Verlauf hätte besser sein können, dann macht man sich Gedanken.“

Um voneinander zu lernen, regte Harms das Treffen in Hannover an. Neonatologen aus elf Zentren diskutierten dort ihre Ergebnisse. Gastgeber war das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen.

„Wo es Unterschiede gibt, da kann ich auch etwas verbessern“, sagte Helmut

Küster, der die Neonatologie der Universitäts-Kinderherzkllinik in Göttingen leitet. „Alle werden gewinnen, wenn wir uns zusammensetzen.“

Das Treffen der Neonatologen, das künftig zweimal im Jahr stattfinden soll, steht für eine ungewohnte Offenheit in der Medizin. Traditionell gucken sich Ärzte wenig in die Karten – doch jetzt nimmt eine wachsende Schar von Medizinern keine Rücksicht mehr auf die Empfindlichkeit ihrer Kollegen. Sie messen ihre Erfolge und vergleichen sie untereinander. Sie diskutieren ihre Mängel und verraten ihre Tricks.

Es ist ein Ansatz, mit dem der US-Ökonom Michael Porter das ganze Gesundheitssystem kurieren will. „Überall, wo die Qualität gemessen wird, verbessern sich die Ergebnisse“, schreibt er in einem Buch, das er mit dem deutschen Arzt Clemens Guth vorgelegt hat*.

In ihrem Werk gehen Porter und Guth noch über das hinaus, was Neonatologe Harms und seine Mitstreiter tun. Sie fordern totale Transparenz: Die Ärzte sollten sich nicht nur miteinander vergleichen – sondern auch der Öffentlichkeit verraten, was dabei herauskommt.

„Das Messen von Ergebnissen und Kosten wird der wichtigste Einzelschritt sein auf dem Weg zu einer Umgestaltung des Gesundheitswesens“, sagen Porter und Guth.

Als Porter im Frühjahr nach Berlin kam, traf sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) zum Gespräch mit ihm – und war beeindruckt. Bahr sagt: „Ich setze mich dafür ein, dass medizinische Qualität besser gemessen wird, damit auch medizinische Leistung besser honoriert wird.“

Noch weiter geht Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte der SPD: „Als Minister würde ich eine Zwangsveröffentlichung von medizinischen Ergebnissen einführen“, sagt er.

Der Arzt Jens Deerberg-Wittram hat dies schon getan – aus freien Stücken. Als Geschäftsführer der Schön Klinik, einer Gruppe von Krankenhäusern mit mehr als 4200 Betten, hat er einen Qualitätsbericht für Patienten ent-

wickelt, der Abteilungen unterschiedlicher Klinikstandorte vergleicht. Die Tabellen sind bemerkenswert – weil sie einräumen: Selbst innerhalb eines Klinikverbunds ist die Qualität an den Standorten mitnichten gleich gut.

Es gehe keinesfalls darum, die schlechteren Doktoren an den Pranger zu stellen, sagt Deerberg-Wittram. Vielmehr führe Transparenz zu einem Wettstreit, von dem alle profitierten. „Das Messen von Ergebnissen in der Medizin hat einen viel höheren Wert, als die Leute denken“, sagt Deerberg-Wittram, der die Leitung des im Oktober gegründeten International Consortium for Health Outcomes Measurement (Ichom) in Boston übernommen hat. „Mit einer vernünftigen Qualitätskontrolle werden alle beteiligten Ärzte besser.“

Das Krankenhaus wäre dann nicht länger eine Black Box. Patienten könnten besser entscheiden, wo sie sich operieren lassen. Vorsicht ist dabei berechtigt: 18 Prozent aller Menschen, die sich zur Behandlung in eine Klinik begaben, wurden laut einer im „New England Journal of Medicine“ veröffentlichten Studie Opfer von Medizinschäden, von denen die meisten vermeidbar waren. Dem Allgemeinen Patienten-Verband zufolge sterben jedes Jahr in Deutschland 25 000 Menschen durch solche Schäden.

Wie drastisch die Unterschiede sind, die sich zwischen den Kliniken auftun, offenbarte eine Untersuchung der AOK. Das Wissenschaftliche Institut dieser Krankenkasse hat Daten zu künstlichen Hüftgelenken in Deutschland ausgewertet. Im besten Viertel der Kliniken mus-

sten rund zwei Prozent der Behandelten nachoperiert werden. Bei den schlechtesten 25 Prozent der Krankenhäuser lag die Revisionsrate dagegen mehr als doppelt so hoch (siehe Grafik).

In einer anderen Studie befragten US-Forscher Krankenhausesangestellte, ob sie sich in ihrer eigenen Abteilung behandeln lassen würden. In manchen Kliniken entschieden sich nicht einmal 20 Prozent der Befragten fürs eigene Haus – in anderen dagegen 99 Prozent.

Wie sehr es auf die Erfahrung des Arztes ankommt, zeigt das Beispiel der Prostataentfernung: Die auf diesen Eingriff spezialisierte Martini-Klinik in Hamburg berichtet, dass ein Jahr nach der Operation 35 Prozent der behandelten Männer impotent sind. Unter Versicherten der Barmer GEK dagegen – die meisten gehen in irgendein Krankenhaus in Wohnortnähe – liegt die Vergleichszahl bei 73 Prozent.

Auch was den Darmkrebs angeht, könne „die Wahl des Arztes oder der Klinik so wichtig sein wie das Tumorstadium“, warnt SPD-Gesundheitsexperte Lauterbach. „Der Einfluss des Krankenhauses auf das medizinische Ergebnis ist dramatisch.“

Patienten haben allen Grund, erfahren zu wollen, wie gut oder schlecht eine Klinik dasteht. Nach einer Erhebung der Bertelsmann Stiftung wünschen sich 86 Prozent der befragten Menschen Informationen zur Qua-



Frühchen mit Gelbsucht bei Lichttherapie

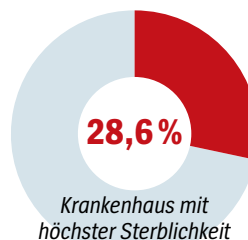
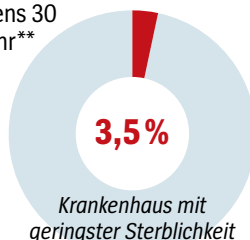
WALTRAUD GRUBITZSCH / PICTURE ALLIANCE / DPA

Mortalität* bei Frühgeborenen

mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm, in Krankenhäusern mit mindestens 30 Fällen pro Jahr**

Quelle:
Deutsches
Ärztblatt

DER SPIEGEL



* risikoadjustiert

** 2007 bis 2009 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen

* Michael Porter und Clemens Guth: „Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“. Springer-Verlag, Berlin und Heidelberg; 376 Seiten; 59,95 Euro.

Das Odysseus-Syndrom

Die Irrfahrt eines Patienten bis zur erfolgreichen Behandlung



Hausarzt



Alternative Heiler

Alternative Heilverfahren
Schlechte Erfahrungen mit der Schulmedizin treiben Patienten zu Alternativmedizinern und Heilpraktikern.



Facharzt B



Facharzt A

Überweisung an den Facharzt Die Behandlung eines Patienten hängt nicht nur von seiner Erkrankung ab. Oft ist entscheidend, an welchen Spezialisten er gerät: „Wen du siehst, ist, was du kriegst.“

Diagnose 15 Prozent aller Befunde in Praxen und Kliniken sind falsch – einer der häufigsten Gründe für Kunstfehlerprozesse.

Ambulant und stationär Das Nebeneinander von Praxen und Kliniken macht das Gesundheitssystem teuer und ineffektiv.

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

Krankenhauswahl Die Qualität zwischen Kliniken schwankt mitunter gewaltig. Der Patient kann kaum erkennen, wo ihm am besten geholfen wird.

Krankenhaus A

Krankenhaus B

Therapie 20 bis 40 Prozent aller Patienten werden medizinischen Prozeduren ausgesetzt, die ihnen keinen oder keinen nennenswerten Nutzen bringen.

Behandlungserfolg

Ursachen für medizinische Missgriffe

in Deutschland, Angaben in Prozent*

* Mehrfachnennungen möglich

Bestätigte Behandlungsfehler 2011:

4068

Quelle: Behandlungsfehlerstatistik des MDK

Fehlerhafte invasive Eingriffe

41,3

Falsche Therapieplanung und -durchführung

23,6

Falsche Diagnose

23,1

Schlechte Dokumentation

20,4

lität von Krankenhäusern. „Die Leute sind verärgert, dass sie von einem Doktor zum nächsten wechseln und von einem Test zum nächsten, ohne dass sie erkennen können, ob die Behandlung von guter Qualität ist“, schreibt der Arzt Marty Makary in seinem Bestseller „Unaccountable“ (in etwa: „Unverantwortlich“), einem Manifest für Transparenz in Krankenhäusern.

Vorangetrieben wird die Entwicklung jetzt von den Krankenkassen. Denn die drängen darauf, Kliniken zur Rechenschaft ziehen zu dürfen. Die AOK etwa fordert, spezielle Verträge mit denjenigen Krankenhäusern abschließen zu dürfen, die nachweislich gute Ergebnisse erzielen. Uwe Deh vom AOK-Bundesverband sagt: „Es muss den Krankenkassen künftig möglich sein, qualitativ gute Krankenhäuser besser zu bezahlen, dafür aber die schlechten Kliniken gar nicht.“

Quacksalber würden finanziell abgestraft, Könnner belohnt. Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH-Allianz, sagt: „Das hieße dann: mehr Geld für bessere Qualität, weniger Geld für schlechtere Qualität.“ Und Christoph Straub, Chef der Barmer GEK, meint: „Das Prinzip, dass Geld guter Leistung folgt, muss auch für die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern gelten.“

Noch allerdings sperren sich die Krankenhausbetreiber dagegen. Bisher bleibt es einzelnen Ärzten vorbehalten, in freiwilligen Projekten ihr Tun transparent zu machen. So nehmen Orthopäden an mehr als 30 deutschen Kliniken am Probetrieb des neuen Endoprothesenregisters teil, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wird: Erstmals werden sie dokumentieren, wie es ihren Patienten nach dem

Wo gibt es die meisten Bakterieninfektionen? Wo werden die Kranken am ältesten?

Einsetzen eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks ergeht. „Die Ärzte wollen erkennen, wie gut oder schlecht ihre Ergebnisse sind“, sagt der Geschäftsführer des Registers, der Kieler Orthopäde Joachim Hassenpflug. „Dadurch können sie die Wahrscheinlichkeit verringern, dass der Patient aufgrund von Komplikationen eine Wechseloperation braucht.“

„Wir lassen die Hose runter“ – so formuliert es Doris Staab, die Leiterin des

Mukoviszidose-Zentrums am Virchow-Klinikum der Charité. Regelmäßig fährt sie zum Ärztehaus in Hannover und spricht mit Kollegen aus Hamburg, Hannover, Osnabrück, Bochum, Essen und sechs weiteren Städten. Fällt die Tür ins Schloss, kommt alles zur Sprache: Wo gibt es die meisten Bakterieninfektionen? Wer hat die Patienten mit der besten Lungenfunktion? Wo werden die Kranken am ältesten?

Diese leiden an Mukoviszidose, einer der häufigsten angeborenen Stoffwechselstörungen, bei der das Gen für einen Chloridtransporter mutiert ist. Das bringt den ganzen Körper durcheinander: Der Schweiß schmeckt sehr salzig; die Sekrete sind klebrig; die Gänge der Bauchspeicheldrüse verstopfen; die Verdauungsenzyme gelangen nicht an ihren Bestimmungsort. Der Schleim in den Atemwegen, der Mucus, ist zähflüssig. Er verkleistert die Lungen, der Mensch ringt nach Luft.

Die Mukoviszidose ist zwar nicht heilbar, aber man kann die Symptome wirksam behandeln und den Verlauf stark beeinflussen – wenn man gute Pfleger, Psychologen, Physiotherapeuten, Ernährungsfachkräfte und Ärzte hat. Im rückständigen Moldau werden Patienten selten älter als 20 Jahre; in Deutschland

dagegen leben jetzt einige, die älter als 50 Jahre sind.

Aber auch zwischen den mehr als 130 Zentren in Deutschland gibt es erhebliche Unterschiede. Viele „Mukos“, wie sich die Patienten selbst nennen, hören sich ständig nach Empfehlungen um.

Eine von ihnen ist Peggy Haufe, 29. Im Schneidersitz sitzt sie auf einem Krankbett der Berliner Charité. Ihre grell gefärbten Haare fallen zuerst auf. Erst dann hört man, wie es in ihrem Brustkorb rasselt. Ihren Laptop hat sie im Krankenzimmer dabei; sie liest Erfahrungsberichte in den Patienten-Netzwerken.

Früher wurde Haufe in Rostock behandelt. Doch als ihr Lungenvolumen nur noch 30 Prozent betrug, bekam sie Angst. Sie wechselte zur Charité, weil andere Patienten ihr erzählt hatten, hier gingen alle ungewöhnlich offen miteinander um.

Alle drei Monate kommt die Patientin für einige Tage auf die Station. An diesem Tag übt sie eine besondere Atemtechnik. Sie saugt die Luft tief ein und atmet sie anschließend explosionsartig aus. Auf diese Weise versetzt sie ihre Bronchienwände in Schwingung und kann den Schleim so besser abhusten. Mittlerweile ist Peggy Haufes Lungenvolumen auf 50 Prozent gestiegen. Das gibt ihr Hoffnung: „Vielleicht werde ich ja noch 40.“

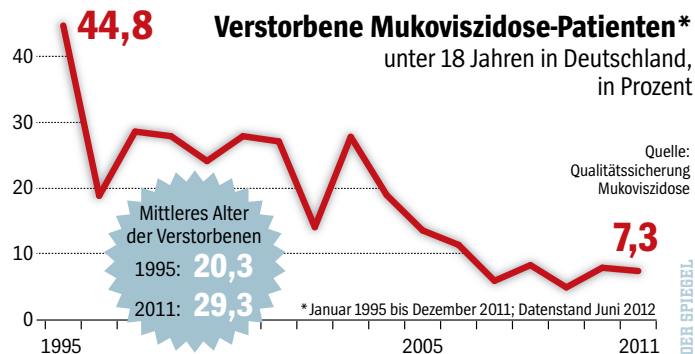
Peggy Haufe hatte sich allein auf die Suche nach den besten Ärzten gemacht; in anderen Fällen versuchen Krankenkassen, den Patienten zur besten Medizin zu lotsen.

Mitarbeiter der KKH-Allianz mit Sitz in Hannover etwa wollen wissen: Wie steht es um die Qualität der Behandlung? Was bekommt unser Versicherter für das Geld?

Um das zu erfahren, hat die Kasse nach Missverhältnissen zwischen Kosten und Nutzen gesucht. Mit einem Algorithmus haben Mitarbeiter die Stammdaten ihrer Versicherten durchforstet – und Tausende „erhöhte Aufwender“ ausfindig gemacht. Unter ihnen sind schwerkranke Patienten, die ihre Medikamente und Therapien brauchen, sowie Hypochonder, die eigentlich zum Psychiater müssten – aber auch erstaunlich viele Patienten mit gut behandelbaren Leiden.



NORBERT MICHALKE / DER SPIEGEL



Die KKH-Allianz beschäftigt spezielle Gesundheitsberater, die Kontakt zu diesen Menschen aufnehmen. Wenn es ihnen gelingt, das Verhalten dieser Versicherten zu verändern, dann spart die Krankenkasse viel Geld und den Patienten wird womöglich einiges Leid erspart.

„Wir investieren am Anfang zusätzliches Geld für die Beratung. Hinten heraus sparen wir hoffentlich das Krankengeld“, sagt Elisabeth Siegmund-Schultze, zuständige Medizinerin von der KKH-Allianz. „Eine gesteuerte Versorgung bringt vermutlich mehr Nutzen als das übliche Verfahren, wo der Patient nach dem Zufallsprinzip zu irgendeinem Arzt geht.“

Dieser Ansatz ist neu. Die naheliegende Frage, wie viel der Patient eigentlich von einer Behandlung hat, wird in erschreckend vielen Fällen bisher gar nicht gestellt. Ganz gleich, ob eine Bandscheibe entfernt oder eine Gebärmutter ausgeschabt wird, ob ein Bypass gelegt oder eine Chemotherapie durchgeführt wird –

der Erfolg der Therapie wird bisher kaum sinnvoll erfasst.

Dem deutschen Gesundheitssystem fehle das übergreifende Ziel, den Nutzen für den Patienten zu verbessern, sagen auch Porter und Guth. Das führe dazu, dass „die einzelnen Akteure aneinander vorbeiarbeiten und jeweils versuchen, das System auszutricksen.“

Zwar sind Krankenhäuser seit einiger Zeit gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Leistungen alle zwei Jahre in einem Bericht zu veröffentlichen. Doch wer kann all die vielen Zahlenkolonnen schon einordnen und wirklich beurteilen, welches Krankenhaus das bessere ist? Brigitte Sens, die das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen in Hannover leitet, sagt: „Das ist eine Maschinerie, die Ärzten Zeit raubt, die Beitragszahler Geld kostet und den Patienten so gut wie nichts bringt.“

„Selbst ein niedergelassener Arzt ist auf Grundlage dieser Berichte nicht in der Lage, eine Klinik zu empfehlen“, sagt auch SPD-Gesundheitsexperte Lauterbach. „Wie kann ich das dann von einem Patienten erwarten?“

Und so rennen Menschen jahrelang von Arzt zu Arzt. Sie leiden unter dem „Odysseus-Syndrom“ (Mediziner-

Spott). So, wie der Held der griechischen Sagenwelt erst nach langer Irrfahrt in die Heimat fand, so muss der Patient wahre Abenteuer überstehen, bis ihm (wenn überhaupt) geholfen wird.

Einer ist Johann Patz, ein pensionierter Polizist mit grauem Bürstenhaar aus der Oberpfalz. Vor einiger Zeit, er zog sich gerade um und stand auf einem Bein, drehte es sich plötzlich um ihn herum. Herrn Patz wurde übel, er fand keinen Halt und krachte auf den Boden.

Patz kam ins Krankenhaus in Weiden – und musste gleich einige Tage dort bleiben. „Die haben mich in sämtliche Röhren gesteckt“, erzählt Patz, heute 83.

Nachdem die Ärzte den alten Herrn durch die Diagnosemühle gedreht hatten, durfte er gehen – ohne Befund. Patz fühlte sich zunächst erleichtert – bis er einige Wochen später den nächsten Schwindelanfall erlitt.

Patz lief in den Folgejahren zu verschiedenen Ärzten. Der Mann nahm Beruhigungsmittel, machte eine Eigenblut-



WOLFGANG MARIA WEBER / DER SPIEGEL

Schwindelpatient bei Untersuchung: „Zu viele Fehldiagnosen, zu viele Medikamente, die gar nicht helfen“

therapie und erhielt den Rat, nur noch Dinkelbrot zu verzehren.

Auf seiner Odyssee konnte Patz nicht erkennen, an wen er da geriet. So ergeht es den meisten Patienten. Ärztelisten aus Zeitschriften würden nicht wirklich helfen, urteilen die Autoren Porter und Guth. Sie beruhten auf Hörensagen und „nicht auf der tatsächlichen Qualität der Behandlungsergebnisse“.

Und so kehren jene, denen nicht geholfen wird, immer wieder zurück ins Wartezimmer. Mit 17 Arztkontakten pro Einwohner und Jahr sind die Deutschen wahre Meister in der Disziplin Zum-Doktor-Gehen, nur verschleiert dieser Durchschnittswert die wirklichen Verhältnisse. Die meisten Bürger gehen nämlich eher selten zum Arzt, eine Minderheit aber umso häufiger: Etwa 16 Prozent der Versicherten nehmen 50 Prozent der Arztkontakte in Anspruch. Und 20 Prozent der Versicherten verursachen 80 Prozent der Kosten.

Oft jedoch ist gerade der häufige Arztbesuch ein Zeichen schlechter Medizin. Eine Studie über große Kinderkliniken in den USA hat beispielsweise ergeben, dass 3 Prozent der kleinen Patienten 23 Prozent der Kosten verursachten. Doch bei fast jedem dritten dieser kranken Kinder waren die Ausgaben nur deshalb so hoch, weil sie miserabel versorgt worden waren. Immer wieder wurden sie wegen derselben Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen, entlassen, aufgenommen, entlassen, aufgenommen.

Um Menschen, die solche Schleifen drehen, zu identifizieren, setzen die Mitar-

beiter der KKH-Allianz ihren Algorithmus ein. Die mathematische Analyse offenbart nicht nur, wie teuer ein bestimmter Versicherter schon war und noch werden wird. Sondern sie verrät auch, ob man diese Kosten vermeiden könnte, wenn Ärzte ihm tatsächlich helfen würden.

Jede Woche identifizieren die Kassenmitarbeiter neue Fälle und übermitteln die Daten an zwei Büros in München und Halle an der Saale, in denen insgesamt 24 Gesundheitsberater arbeiten.

Das Büro in Halle sieht aus wie ein Callcenter, die Gesundheitsberater (13

„Ich hatte Angst, dass mich niemand findet, wenn ich unterwegs zusammenbreche.“

Frauen und 2 Männer) tragen Kopfhörer mit Mikrofon, und sie sitzen an Tischen mit großen Bildschirmen. Im Seminarraum hängt ein Papier; „Gesprächssteuerung“ steht darauf.

Links vorn ist der Platz von Silvia Holzapfel, einer Krankenschwester mit kurzen Haaren und vergnügter Stimme. „23111958“ lautete die Nummer eines Falls, den ihr vor einiger Zeit die Zentrale in Hannover geschickt hat: männlich, Jahrgang 1950, sechs Diagnosen.

Der erste Anruf bei einem solchen Patienten ist immer ein bisschen heikel. Etwa 70 Prozent der Versicherten lehnen

eine Unterstützung durch die Krankenkasse ab. Manche sind empört, dass man ihnen hinterherschneifelt.

Anders der Fall 23111958: Karl Noack hörte aufmerksam zu, als Frau Holzapfel ihn anrief – und erzählte dann seine Geschichte: Der Schlachter hatte früher als Abteilungsleiter in einer Würstchenfabrik im holsteinischen Halstenbek gearbeitet. Während der Schicht kostete er von den Würstchen, um die Qualität der laufenden Produktion zu überwachen. Für den Feierabend und das Wochenende bekam er, wie alle Mitarbeiter, ein Deputat. Noack: „Ich konnte so viel Würstchen essen, wie ich wollte.“

Zum üppigen Fleischkonsum seien die Zigaretten gekommen, erzählte er weiter. Eines Tages wurde ihm plötzlich schummrig – Herzinfarkt mit nur 44 Jahren. Obwohl er das Rauchen aufgab, vier Jahre später in Frührente ging und mithin die Wurstesserei merklich einschränkte, wurde es nicht besser.

Herr Noack war jetzt chronisch krank. Der Blutdruck erhöhte, die Leber angegriffen, die Arterien verkalkt, das Herz geschwächt. Die Besuche beim Arzt, der Noack jedes Abrechnungsquartal kurz sah und ihm Rezepte mitgab, änderten daran nichts.

Während seine Frau in einem Drogeriemarkt arbeiten ging, verließ Noack kaum noch die Wohnung. Den Hund, einen schwarzer Labradormischling, führte er nur vorm Haus aus. „Ich hatte Angst, dass mich niemand findet, wenn ich un-

Kampf gegen den Schlendrian

Als erstes Land der Welt unterzieht Großbritannien seine Ärzte jetzt einer Art TÜV.

Wenn die Sonne aufgeht über Großbritannien am Montag, dem 3. Dezember, dann wird die Welt nicht mehr dieselbe sein für die rund 230 000 Mediziner im Königreich. Einzelne fürchten diesen Tag so sehr, dass sie ihren Kittel an den Nagel hängen wollen. Andere preisen ihn als den glorreichsten seit der Entdeckung des Penicillins.

Denn an diesem Stichtag verändert sich das Berufsbild eines britischen Arztes stärker denn je in der Nachkriegszeit. Alle Mediziner auf den Inseln, ob alt oder jung, ob Könner oder Neulinge, sind von da an Ärzte auf Zeit: Künftig dürfen sie nur dann noch Menschen behandeln, wenn sie alle fünf Jahre unter Beweis stellen, dass sie ihr Handwerk beherrschen.

Als erstes Land der Welt führt Großbritannien den Ärzte-TÜV ein. Das General Medical Council (GMC), in etwa vergleichbar mit den deutschen Ärztekammern, legt künftig ein Dossier zu jedem einzelnen Mediziner an, darin die Schlüsseldokumente zu den Schlüsselfragen: Bildet er sich in ausreichendem Maße fort? Schaut er selbstkritisch auf sein tägliches Werk? Beherzt er die Richtlinien, die das GMC vorgibt? Wie beurteilen ihn Patienten, Untergebene und Kollegen? Selbst anonyme Einsendungen finden Eingang in die Mappe.

Im Dossier müssen zudem jährliche Leistungsberichte des Arztes auftauchen, dazu eine jährliche Begutachtung durch einen Vorgesetzten oder einen „RO“, einen „Responsible Officer“. Wer Zweifel aufkommen lässt an seiner Fachkompetenz oder wer trotz Sachkenntnis durch einen rüden Kommunikationsstil auffällt, den zwingen die GMC-Prüfer zur Nachschulung. Hilft auch das nicht, so erlischt am Ende der Fünf-Jahres-Frist die Approbation des Arztes.

Pfusch, Schlendrian und ärztliche Überheblichkeit hofft Gesundheits-

Staatssekretär Dan Poulter, 34, auf diese Weise niederzukämpfen. Dass es von alledem in Klinik und Praxis zu viel gibt, weiß Poulter aus erster Hand: Vor seiner Politikerkarriere war der junge Tory Krankenhausarzt.

Rund 100 Millionen Pfund im Jahr, etwa 125 Millionen Euro, lassen sich die Briten den Ärzte-TÜV kosten. Dies, so Poulter, sei gutangelegtes Geld, denn der Ärzte-Check-up, „revalidation“ genannt, werde durch die Bank zu höheren Standards führen und zu weniger Kunstfehlern, Leid und Prozessen. Überdies werde das Publikum neues Vertrauen fassen in seine Ärzteschaft.

als Briten. Auf Großbritannien hochgerechnet bedeutet dies: Jeden Tag murksen 1600 Quacksalber ganz legal an Kranken herum. Für sie heißt es nun: Game over.

Seit mehr als zehn Jahren schon debattieren die Briten über den Ärzte-TÜV. Vor allem Patientenvertreter machten sich dafür stark. Wieso, so fragten sie, müssen Berufspiloten alle sechs Monate im Simulator einen Kompetenznachweis erbringen, während Mediziner, einmal approbiert, nie wieder geprüft werden?

Gegen den Medizinertest kämpfte unter anderem die British Medical Association, der Berufsverband der Ärzte. Erst kürzlich hat er seinen Widerstand notgedrungen aufgegeben. „Nach einer Reihe von Skandalen“, sagt GMC-Chef Rubin, „wurde es zu deutlich, dass dieser Berufsstand sich nicht ausreichend selbst regulieren kann.“

Landesweites Entsetzen hatte zum Beispiel das Krankenhaus von Stafford im Norden Birminghams erregt. Dort haben Ärzte ihre Patienten über Jahre so nachlässig behandelt, dass Hunderte Kranke eines zu frühen Todes starben. Ein Londoner Mediziner, ausgebildet im Indien der sechziger Jahre, malträtierte einen Patienten so sehr, dass dieser das rechte Bein verlor. Schlagzeilen machte auch die Brustkrebs-Spezialistin, die nur selten Karzinome fand. Tauchten Zweifel an ihrem Sachverstand auf, wechselte sie eben, ohne je Probleme zu kriegen, an eine andere Klinik.

Eine neue Ära britischer Qualitätsmedizin bricht an – und doch bleibt für Patienten weiterhin so manches verborgen. Ob ein Arzt mit einer Eins oder einer Vier durch die Prüfung kam, was er richtig gut kann und was nicht, das wissen nur die Leute vom GMC. Patienten erfahren es höchstens am eigenen Leibe.

MARCO EVERS



Protest gegen Ärztepfsch in Stafford: Alle fünf Jahre zum Test

Aus Untersuchungen wissen die Briten, dass die meisten Mediziner sorgsam und verantwortungsbewusst zu Werke gehen. Mit gehörigem, aber vertretbarem Aufwand, so erwartet das GMC, werden diese ihre Berufserlaubnis jeweils erneuern können. Das System werde „gute Ärzte noch besser machen“, verspricht GMC-Chef Peter Rubin.

Aber 0,7 Prozent der Doktoren, so ergaben die Stichproben, arbeiten qualitätsmäßig tief im roten Bereich – darunter mehr alte als junge, mehr Praxismediziner als Krankenhausärzte, mehr Männer als Frauen, mehr Ausländer

RUI VIER / EMPICS / PICTURE-ALLIANCE / DPA

terwegs mit einem Herzinfarkt zusammenbreche“, sagt Noack.

In dieser Phase kam der Anruf von Frau Holzapfel. Noack fand und findet das in Ordnung: „Da draußen ist jemand, der sich um mich kümmert“, sagt er.

Es ist ein Kümmern, das strategisch geplant ist. Die Gesundheitsberater – alle müssen Berufserfahrung als Krankenpfleger vorweisen – sind darin geschult, ein persönliches Verhältnis zu den Versicherten aufzubauen. Nur so besteht die Aussicht, dass diese ihr Verhalten ändern.

Befehle und Bevormundungen werden von den Beratern vermieden, sie wenden stattdessen psychologische Tricks an. Zum Beispiel wechseln sie die Perspektive. Einen Großvater etwa sprechen sie auf seine Enkel an und fragen: „Haben Sie einmal daran gedacht, wie schön es für Ihre Enkelkinder wäre, wenn der Opa wieder mehr mit ihnen spielen könnte?“

Noack bekommt Broschüren von der KKH-Allianz geschickt (wohl dosiert, damit er es auch schafft, sie zu lesen) und redet alle paar Wochen am Telefon mit Frau Holzapfel. So bekommt er Hinweise, worauf er beim folgenden Arztbesuch achten sollte. Noack hat sogar eingewilligt, dass die Krankenkasse ihn zu Hause überwacht. Dazu hat sie ihm eine spezielle Waage und ein Blutdruckmessgerät zur Verfügung gestellt, welche die jeweiligen Messergebnisse jeden Tag an den Rechner der Krankenkasse übermitteln.

Noacks Gewicht liegt jetzt schon seit einigen Wochen bei 73 Kilogramm, bei ihrem Anruf an diesem Tag ist Frau Holzapfel angetan. „Großes Lob“, sagt sie, schaut kurz auf ihren Bildschirm und schneidet dann das nächste Thema an: „Ich hatte Ihnen ja eine schöne Broschüre geschickt. Bluthochdruck – die stille Gefahr.“

Die Beratung wolle er nicht mehr missen, versichert Noack, als er in seiner Wohnung seine Hightech-Waage zeigt. Frau Holzapfel habe ihm die Furcht vor einem zweiten Herzinfarkt genommen und ihn zu mehr Aktivität ermuntert. Auch hätten seine Tage jetzt wieder Struktur: Um 6.30 Uhr geht er auf die Waage, tagsüber dreht er mit dem Hund zwei ausgedehnte Runden um den Tierpark Hagenbeck, am Nachmittag trainiert er eine halbe Stunde auf dem Fahrrad-Ergometer.

Bei seiner Krankenkasse hat ihm das die zweitbeste von fünf möglichen Bewertungen eingebracht: „Ändert sich“.

Bisher hatten die Gesundheitsberater der KKH-Allianz Kontakt zu 2100 „erhöhten Aufwendern“, deren Erkrankungen jeweils in eine von elf Gruppen fallen, darunter Diabetes, koronare Herzkrankheit, Depression und Asthma.

Es geht den Beratern auch darum, die Versicherten vor überflüssiger Medika-



Herzpatient Noack: Blutdruck und Körpergewicht überwacht die Krankenkasse

tion zu schützen. Wenn ein Patient mehr als zwölf Arzneimittel gleichzeitig nimmt, wird er durch den Algorithmus identifiziert. Ein Gesundheitscoach meldet sich und bietet an: Ein Pharmakologe der Medizinischen Hochschule Hannover könne prüfen, ob der Medikamentencocktail gefährlich sei – und gegebenenfalls den verschreibenden Arzt bitten, bedenkliche Mittel abzusetzen.

Keine Frage, die Gesundheitsberater sollen der KKH-Allianz unterm Strich Geld sparen. Ob dem tatsächlich so ist, das untersucht die Krankenkasse derzeit zusammen mit Forschern des Universi-

Den Patienten wurden überflüssige Medikamente verschrieben – für 1,66 Millionen Euro.

tätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Bis Ende des kommenden Jahres sollen 4500 Versicherte an der Gesundheitsberatung teilgenommen haben.

Eine Studie an 502 Menschen mit pumpschwachem Herz deutet jedoch bereits an, dass die Rechnung aufgehen wird. Die Hälfte dieser Patienten nahm ein Jahr lang an einer telefonischen Beratung teil und ließ das Körpergewicht kontrollieren.

Die betreuten Patienten hatten tatsächlich einen Zusatznutzen im Vergleich zu Personen ohne Beratung: Sie verbrachten nur halb so viele Tage im Krankenhaus; die Sterblichkeit ihrer Gruppe war mit 14,7 Prozent viel niedriger als die der

Kontrollgruppe mit 27,1 Prozent. Überdies war ihre Behandlung im Schnitt um 6883 Euro billiger.

Gute Medizin muss also nicht teuer sein. Elisabeth Siegmund-Schultze, die Ärztin von der KKH-Allianz, hat das als Gastmedizinerin in Irland erfahren. Bei Risikoschwangerschaften hätten ihre irischen Kollegen moderne Technik eingesetzt, bei normalen Geburten jedoch dem guten, alten hölzernen Hörrohr zum Abhören der Herztöne des Babys vertraut. Das hat die junge Deutsche geprägt: „Wir müssen die richtige Maßnahme für den richtigen Patienten finden.“

Um das umzusetzen, wechselte Siegmund-Schultze zur Krankenkasse. Sie wollte Projekte voranbringen, bei denen Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen gezielt zusammenarbeiten, um den Patienten tatsächlich zu helfen.

„Wir haben nach Leiden Ausschau gehalten, wo es notwendig erscheint, interdisziplinär zu arbeiten“, sagt Siegmund-Schultze. Sie kamen auf den Schwindel.

Er ist ein Leiden, an dem 20 bis 30 Prozent der Menschen im Laufe des Lebens mindestens einmal erkranken. Doch hinter dem Symptom können ganz unterschiedliche Ursachen stecken – die etliche Ärzte nicht alle kennen. Die Patienten sitzen gleichsam zwischen den Stühlen der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen.

Ihnen ergeht es wie zunächst Johann Patz, dem pensionierten Polizisten aus der Oberpfalz, der nach seiner Schwindelattacke tagelang im Krankenhaus behalten wurde. Oder wie Sonja Blanz, einer 78-Jährigen, die an einem Sommerabend in der Pfalz daniedersank und sich von



Neonatologen-Treffen in Hannover: „Wo es Unterschiede gibt, da kann man auch etwas verbessern“

STEFAN THOMAS KROEGER/DER SPIEGEL

einem Notarzt sagen lassen musste, sie habe zu viel Wein getrunken.

An diesem Tag laufen sich Johann Patz und Sonja Blanz im Klinikum Großhadern in München zufällig über den Weg. Hier, in einem Seitengang des Erdgeschosses, befindet sich eine Einrichtung ganz nach dem Geschmack von Siegmund-Schultze: das Deutsche Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Neurologen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Psychiater und Psychologen, Kinderärzte und Kardiologen untersuchen gemeinsam Patienten, um die richtige Diagnose zu stellen.

Deshalb empfiehlt die KKH-Allianz den Versicherten aus dem Südosten Deutschlands, sich hierhin überweisen zu lassen. Natürlich steht das Zentrum auch Mitgliedern anderer Krankenkassen offen. Von den 5000 Menschen, die hier jedes Jahr behandelt werden, kommen 70 Prozent von außerhalb.

Michael Strupp, ein Neurologe am Zentrum, hat dokumentiert, was Patienten alles erlebt hatten, ehe sie nach Großhadern kamen. Etlichen Menschen waren demnach Erkrankungen angedichtet worden, etwa eine „Durchblutungsstörung des Gehirns“ oder ein „postmenopausaler Schwindel“.

Bei den meisten Patienten wurden Untersuchungen gemacht, die für sie sinnlos waren: Kernspinaufnahmen der Halswirbelsäule, Computertomogramme vom Schädel, Ultraschalluntersuchungen des Kopfes, Elektroenzephalogramme und Langzeitmessungen des Blutdrucks.

So abenteuerlich die Diagnosen, so sinnlos die Therapieversuche. Das hat eine Studie der KKH-Allianz mit

knapp 15 000 Schwindelpatienten gezeigt: Vielen von ihnen wurden überflüssige Medikamente verschrieben – was binnen zwei Jahren Kosten in Höhe von 1,66 Millionen Euro verursachte.

„Es gibt zu viele Fehldiagnosen, zu viele Untersuchungen mit Apparaten und zu viele Verschreibungen von Medikamenten, die gar nicht angebracht sind“, resümiert Strupp. Er und seine Kollegen dagegen unterhalten sich erst einmal ausführlich mit dem Patienten. Sie untersuchen den Gleichgewichtssinn und die Augenbewegungen, das Stehen und das Gehen. Auf diese Weise finden sie oftmals schon die Ursache des Schwindels.

So auch bei Sonja Blanz, der Frau mit der angeblich maßlosen Vorliebe für Wein. Tatsächlich leidet sie an Morbus Menière, einer krankhaften Gewebeveränderung im Innenohr. Seitdem Blanz Tabletten dagegen schluckt, sind ihre Beschwerden gelindert. Und Ex-Polizist Patz

hat auf der rechten Seite einen gutartigen Lagerungsschwindel. Gleichgewichtsssteinchen haben sich gelöst und sind in die Bogengänge geraten. Bei bestimmten Kopfbewegungen reizten die Steinchen die Sinnesfühler und lösten die Drehschwindelattacken aus – ein Klassiker, den die Mediziner in Weiden übersehen hatten.

Gesundheitsökonom Michael Porter hält das Schwindelzentrum in München für einen Ort, an dem man betrachten kann, wie die Medizin der Zukunft aussehen sollte: Krankenhäuser spezialisieren sich auf bestimmte Krankheitsbilder und deren Behandlungen.

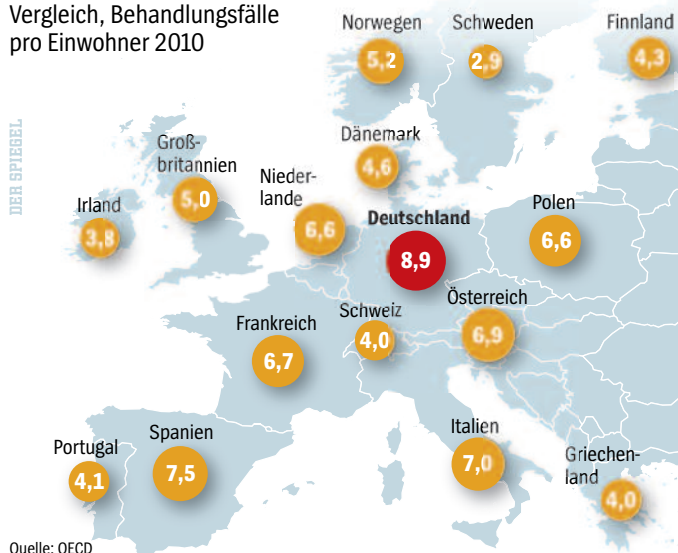
Porter nennt es das Konzept der „Integrated Practice Units“, der integrierten Behandlungseinheiten: Teams aus Experten verschiedener Disziplinen behandeln Krankheiten gemeinsam – und prüfen später, ob der Patient tatsächlich einen Nutzen hatte. Die ermittelten Ergebnisse stellen sie ins Internet.

Vom kommenden Jahr an könnten Perinatalzentren in Deutschland vormachen, wie eine solche Information im Netz aussehen kann: Mitarbeiter des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Göttingen entwickeln derzeit eine Website, auf der man künftig leicht erfassen kann, welche Zentren es wo gibt, wie viele Frühgeborene dort jeweils behandelt werden und wie viele von ihnen ohne schwere Erkrankung überleben.

Die Ergebnisse jedes Frühchen-Zentrums sollen jeweils im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt der anderen Zentren dargestellt werden. Der beteiligte Arzt Günther Heller sagt, die ge-

Spitzenplatz im Wartezimmer

Arztbesuche im europäischen Vergleich, Behandlungsfälle pro Einwohner 2010



plante Website habe eine „Qualität und Aussagekraft, die es bislang in Deutschland noch nicht gegeben hat“.

Bei der Behandlung der Mukoviszidose könnte es ebenfalls so weit kommen. Viele der Mediziner halten es zwar noch für geboten, ihre Daten nicht mit den Patienten zu teilen. „Die Veröffentlichung des Rankings bringt uns nicht wirklich weiter“, meint etwa Doris Staab, die Leiterin des Mukoviszidose-Zentrums an der Charité. „Entscheidend ist die Tatsache, dass wir uns alle gemeinsam Gedanken machen, wie wir unseren Patienten am besten helfen.“

Dann aber erzählt Staab eben doch ein wenig, wo ihr Zentrum steht: Als die Berliner ihre Zahlen erstmals mit denen der anderen Zentren verglichen, erschranken sie: In puncto Ernährung landeten sie nur auf einem hinteren Rang. Ihre Patienten waren im Vergleich stark untergewichtig – warum nur?

Die überraschende Antwort erfuhren Staab und ihre Kollegen, als sie den Mitarbeitern anderer Zentren zuhörten. Diese hatten den Mukoviszidose-Patienten weit weniger Vorschriften gemacht, wie sie sich ernähren sollten. Das gab den Charité-Leuten zu denken: Waren ihre Ratschläge so streng, dass sie von den Patienten im Alltag gar nicht befolgt werden konnten?

Gemeinsam beschlossen die Berliner, die Ernährungsberatung gelassener anzugehen. Statt nur auf Kalorien und Vitamine zu pochen, wurde eine Psychologin hinzugezogen. Und siehe da: Binnen kurzem legten viele der Patienten deutlich an Körpergewicht zu – und das Berliner Zentrum kletterte im Ranking.

„Wir hatten zu viel künstliche Nahrung verordnet, den Patienten zu viel Druck gemacht“, sagt Staab. „Dadurch haben wir seelisch bedingte Essstörungen ausgelöst.“

Diese erfreuliche Lernkurve beweist, wie das Vergleichen von Ergebnissen die Medizin besser machen kann – und wäre doch ein Argument dafür, die Rangliste der Mukoviszidose-Zentren auch den Patienten zu verraten.

Andreas Reimann, der Geschäftsführer der Patientenorganisation Mukoviszidose e. V., will genau dies durchsetzen und möchte im Dezember sämtliche Zentren anschreiben. „Wir drängen darauf, die Daten von 2013 an zu veröffentlichen“, sagt Reimann. „Patienten haben ein Recht auf Information.“

JÖRG BLECH



**Video: So arbeitet
das Schwindelzentrum
in München**

Für Smartphone-Benutzer: Bildcode
scannen, etwa mit der App „Scanlife“.
spiegel.de/app482012medizin