

Ärzte-Rankings sind trendy, aber nützen sie tatsächlich?

Die Top-Docs der Schweiz

Ein überraschendes Studienergebnis: Nicht der Ruf des Chefarztes oder messbare Qualitätskriterien sind für Patienten bei der Wahl des Spitals entscheidend, sondern die Empfehlungen vom Hausarzt oder von Bekannten. Ärzt rankings stossen eher bei Gesunden und weniger bei Kranken auf Interesse.

Martina Lenzen-Schulte

Dr. med. Martina Lenzen-Schulte ist Ärztin, Medizjournalistin und Autorin. Sie schreibt für die Frankfurter Allgemeine Zeitung sowie für medizinische Fachzeitschriften. Der Artikel beruht auf einem Vortrag auf dem Deutschen Chirurgenkongress am 20. 4. 2010 in Berlin.

Das Anliegen, die Qualität ärztlicher Leistungen zu sichern, möchte man innerhalb der Ärzteschaft nicht nur als selbstverständlich behaupten, es soll auch nach aussen dokumentiert werden. Dazu dienen zahlreiche Initiativen, etwa das inzwischen bekannte Q-Monitoring im Rahmen der ambulanten Versorgung [1]. Allerdings fühlen sich längst auch andere als die Ärzte selbst dazu berufen, unter dem Motto der Qualitätsverbesserung ärztliche Leistungen zu bewerten. Die eine Gruppe, die den Ärzten Noten gibt, sind die Patienten selbst, wenn sie etwa auf Ärzteportalen im Internet ihre Meinung äussern. Obwohl die Schweiz noch am Anfang steht – hier gibt es okdoc.ch und mediosearch – und derartige Portale auch hierzulande nicht unumstritten sind, ist doch absehbar, dass sich eine ähnliche Vielfalt wie in anderen Ländern etablieren wird. Das gilt auch für die zweite Gruppe, nämlich jene Ärzte-Rankings, die von Journalisten erstellt werden.

argumentiert. Denn inzwischen nutzen – das zeigen die Erfahrungen nicht nur in Deutschland – auch die Betreiber von Kliniken nur zu gern die Tatsache, dass einer ihrer Ärzte auf den einschlägigen Ärztelisten erscheint, als kostenlose Werbung und stellen sie als Pluspunkt auf ihre Homepage. Der Verwaltungschef eines Spitals wird womöglich seine leitenden Ärzte freundlich ermuntern wollen, sich diesen medial inszenierten Wettbewerben zu stellen.

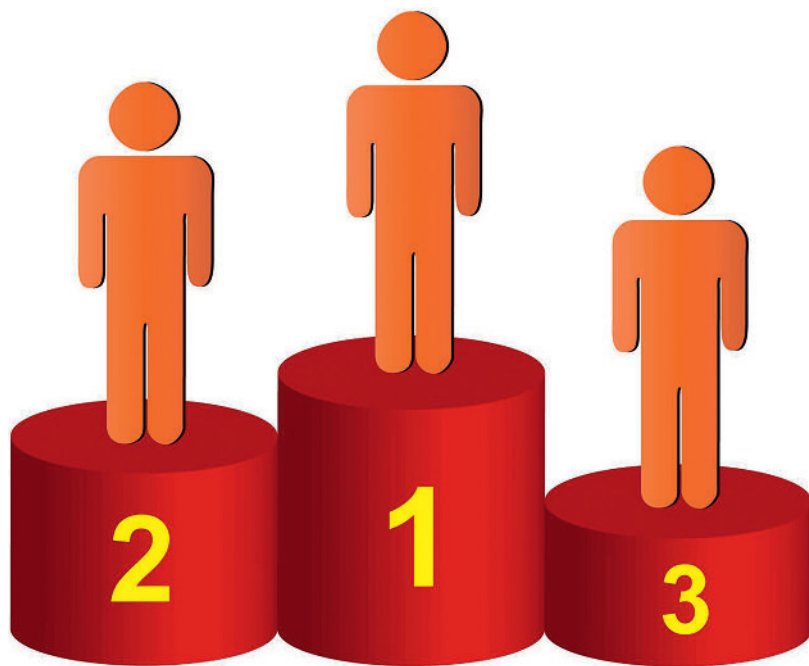
Das ist allerdings vorschnell gedacht. Denn jenseits der methodischen Kritik, die man gegen öffentliche Ärzt rankings ins Feld führen kann, gibt es noch zahlreiche andere Argumente, die ihren Nutzen fraglich erscheinen lassen. Zum Beispiel, wenn es um die Auswahl eines Krankenhauses geht. Die wenigen wissenschaftlichen Untersuchungen, die es dazu gibt, lassen erkennen, dass es nicht der Ruf eines Arztes ist, der die Kranken in ein Spital führt. Es sind ganz andere Kriterien, an denen sie sich orientieren. Der

Höchstens ein Zehntel der Befragten nutzte Internet, Zeitung oder Fernsehen, um sich über ein Krankenhaus zu informieren

Das Magazin Focus brachte vor zehn Jahren in Deutschland eine Ärzteliste heraus, die seinerzeit für Furore sorgte und inzwischen zahllose Nachahmer gefunden hat. So werden immer wieder in Zeitungen, Journalen, aber auch in Funk und Fernsehen bundesweit oder für einzelne deutsche Regionen und Städte die «Top-Doctors» gekürt. Die vor kurzem erschienene Neuauflage, die Focus-Ärzteliste 2010, wirbt damit, «Deutschlands härtester Mediziner-Check» zu sein. Journalisten und Medien, die sich dem Trend entziehen, geraten ebenso in Erklärungsnot wie jene Ärzte, die bei einschlägigen Befragungen nicht mit tun möchten. Die gängige fachliche Kritik an solchen Ärzt rankings in den öffentlichen Medien lautet, sie kämen aufgrund kaum durchschaubarer und unprofessioneller Kriterien zustande. Das ist indes wenig hilfreich, wenn man gegen einen so mächtigen Trend

Soziologe Stefan Bär vom Institut für Soziologie der Universität Heidelberg hat das Entscheidungsverhalten von Patienten untersucht. Er hat mehrere Hundert Befragungen in unterschiedlichen Kollektiven in Berlin und in Heidelberg standardisiert vorgenommen, um zu erforschen, nach welchen Kriterien Kranke vorgehen, wenn sie sich ein Krankenhaus aussuchen. Seine Analysen zeigen, dass Patienten ihre Entscheidungen nicht so vernünftig fällen, wie gemeinhin unterstellt wird [2–5]. «Wir wissen aus der soziologischen Forschung schon lange, dass sich viele Menschen nicht rational nach Kosten-Nutzen-Aspekten entscheiden. Im Gesundheitssystem, insbesondere dort, wo Marketing-Strategien an Boden gewinnen, herrschen jedoch immer noch weitgehend naive, alt hergebrachte Vorstellungen darüber vor, dass Kranke sich an objektiven Qualitätsparametern orientieren

Korrespondenz:
Dr. med. Martina Lenzen-Schulte
Hasselstrasse 5
D-55263 Wackernheim
mls.mail@t-online.de



Immer wieder werden die «Top-Docs» gekürt. Der Erfolg einer Behandlung hängt aber nie von einer Person allein ab.

würden», fasst Bär in einem Gespräch zusammen. Er kann zum einen zeigen, dass jeweils nur wenige Prozent der Befragten, im Höchstfall etwa ein Zehntel, das Internet oder Zeitungen und Fernsehen nutzen, um sich über ein Krankenhaus zu informieren. Etwa 80 Prozent antworten mit Nein auf die Frage, ob sie eine andere Klinik gewählt hätten, wenn es eine Alternative gegeben hätte. Mehr als drei Viertel wären nicht woanders hingegangen, wenn mehr Informationen zur Verfügung gestanden hätten.

Zwei Drittel der Patienten sind in dem Krankenhaus, das ihnen der Hausarzt empfohlen hat

«Es gibt viele Vermutungen über den wohlinformierten Patienten», stellt Bär weiter fest, «allerdings erweist sich, dass unsere Vorstellung vom souveränen, selbstbestimmten Entscheider im Krankheitsfall eher ein Konstrukt ist, das sich in unseren Untersuchungen nicht bestätigen liess.» Durchaus bestätigen können die Heidelberger Studien jedoch die nach wie vor wichtige Rolle des Hausarztes: Zwei Drittel sind in dem Krankenhaus, das ihnen der Hausarzt empfohlen hat. Nicht zuletzt orientieren sich die Kranken stark am sozialen Umfeld. «Wenn ein naher Angehöriger die Klinik empfiehlt, hat das mehr Gewicht als irgendein Qualitätskriterium, wie zum Beispiel die Komplikationsraten», lautet das Fazit des Soziologen. Insgesamt geben drei Viertel der Kranken die Entschei-

dung darüber, welches Krankenhaus sie aufsuchen, aus der Hand, sie delegieren sie an ihren Arzt oder an Freunde und Verwandte. Einzelne Faktoren, wie etwa der Ruf des Chefarztes als Aushängeschild für eine Klinik oder messbare Qualitätskriterien, verblassen in ihrer Bedeutung angesichts der vereinfachenden Entscheidungsstrategien, die die überwiegende Zahl der Kranken wählt.

Woher dann das grosse Interesse an Ärzterankings in den Medien? Den Unterschied macht das Kranksein. «Wir haben eben nicht – dieser Fehler wurde allzu lange gemacht – Gesunde gefragt, was im prognostizierten Krankheitsfall eine Rolle spielen könnte», stellt Bär klar: «Wir haben vielmehr Kranke befragt, deren Diagnosen, zum Beispiel Krebs, ihnen tatsächlich eine schwierige Entscheidung abverlangten.» Sich als Gesunder über die neuesten Rankings als Leser zu informieren, ist bestenfalls unterhaltsam, wenn es hingegen ernst wird, werden andere Dinge wichtig. Der kaufmännische Direktor einer Klinik mag sich also freuen, wenn das Konterfei eines seiner Abteilungschefs in einer Zeitschrift unter den 100, 200 oder 300 «besten Ärzten» abgebildet ist, als kostenlose Werbung wirkt dies nur bedingt. Auch deutsche Chefärzte räumen auf Befragen ein, dass ein solcher Listenplatz die Kranken keineswegs in Scharen zu ihnen geführt hätte. Allerhöchstens gäbe der eine oder andere Patient an, seine Wahl sei durch eine Liste in den Medien beeinflusst worden. Ein guter, loyaler Zuweiser hingegen, also ein Haus- oder Facharzt, der mit einer Klinik gute Erfahrungen gemacht hat und deshalb an sie überweist, verschaffe einem im Vergleich dazu Hunderte von Patienten im Jahr. Man sollte das nicht lediglich als persönliche Einschätzungen von Klinikchefs abtun und als Einzelfälle ansehen. Die in Deutschland unlängst bekannt gewordenen Bestechungen bestätigen dies als relevant. Krankenhäuser haben eben aus gutem Grund niedergelassene Ärzte, nicht jedoch Zeitschriften geködert, um an mehr Patienten heranzukommen.

Auch wenn weit weniger Patienten als gemeinhin angenommen aufgrund von Ärztelisten ihre Wahl treffen, so muss sich der Journalist dennoch rechtfertigen, warum er denn nicht wenigstens den verbleibenden Patienten mittels eines medialen Rankings hilft, die richtige Arztwahl zu treffen. Dagegen lässt sich einwenden, dass man in vielen Fällen dem Patienten eigentlich nur vorgaukelt, tatsächlich einen Nutzen und tatsächlich eine Wahl zu haben. Das ist oft eben nicht der Fall. Nutzen hat ein Ranking beispielsweise schon dann nicht, wenn auch der beste Arzt die beste Behandlung nicht zu garantieren vermag. Das ist längst nicht so trivial, wie es für den Laien klingen mag, es trifft vielmehr auf eine grosse Zahl von Patienten zu – beispielsweise auf die Abermillionen übergewichtiger Menschen, die inzwischen eines der grössten Gesundheitsprobleme unserer Tage darstellen. Von ihnen würden die allermeisten auch mit Unterstützung der weltbesten Ernährungs- und Sportmedizi-

ner das Gewicht nicht reduzieren. Obwohl man über Details einer Adipositas-Therapie diskutieren könnte, ist doch offensichtlich, dass psychische und soziale Faktoren den Therapieerfolg wesentlich mit beeinflussen. Eine echte Wahl haben Patienten dann nicht, wenn – bedingt durch ihren Wohnsitz – der Wunscharzt nicht oder nur unter Inkaufnahme grotesk weiter Fahrstrecken erreichbar wäre. Ebenso wenig hat der akut Kranke eine Wahl. Wer plötzlich erbricht, dazu Bauchweh und Fieber bekommt, sucht in der Zeitung sicherlich keinen Spezialisten für das «Akute Abdo-

Ärzte-Rankings sind ein Relikt aus alten Zeiten, sie bedienen das Klischee vom Halbgott in Weiss

men». Er geht vielmehr, abhängig von Tageszeit und Wochentag, zu seinem Hausarzt oder in die nächste Ambulanz. Und schliesslich hat der Verunfallte keine Wahl, er ist abhängig von logistischen Fragen wie «Wo gibt es ein freies Bett?» oder «Wer hat Dienst?».

Was Ärzte-Rankings schliesslich besonders problematisch macht, gleichsam ihre schlimmste unerwünschte Nebenwirkung darstellt, ist das veraltete Konzept, auf dem sie basieren. Sie transportieren letztlich eine überkommene Vorstellung davon, wer in einer Klinik für Erfolg und Misserfolg verantwortlich ist. Das ist in der Mehrzahl der Fälle gerade nicht der einzelne und nicht immer der Arzt. Eine Studie aus den Vereinigten Staaten fand zum Beispiel, dass eine geringe Sterblichkeit in einer Klinik nicht dadurch zustande kommt, dass es dort seltener zu Komplikationen kommt oder dass Ärzte dort weniger Fehler machen. Die niedrige Rate kam vielmehr dadurch zustande, dass die Komplikationen besser aufgefangen wurden [6]. Immer öfter zeigt sich, dass ein solides Komplikationsmanagement ganz erheblich von einer gutbesetzten Pflege abhängt [7]. Das gilt nicht zuletzt auch für die niedergelassenen Ärzte. So weist zum Beispiel die Primary Care International Study of Medical Errors nach, dass rund 80 Prozent der Fehler in der Praxis system- und prozessbedingt auftreten, nur 20 Prozent auf mangelndes Können zurückzuführen sind [8].

Liest man solche Erkenntnisse als Blaupause, so kann man schlechterdings nicht jegliches Gelingen allein dem Arzt zuschreiben. Wer zudem moderne Konzepte des Fehlermanagements mit dem Hinweis bewirbt, man möge doch von der «name-blame-shame»-Kultur abkommen und nicht den einzelnen anklagen, der sollte auch vermeiden, eine «fame»-Kultur zu unterstützen, die letztlich nur die Kehrseite dieser Medaille darstellt. Die Klinik, die ihren Mitarbeitern erklären möchte, dass Misserfolge durch gemeinsame Anstrengungen vermeidbar sind – vom Zivildienstleistenden, der die richtigen Röntgenbilder in den Operationssaal bringt, bis zur Anästhesiefachkraft, welche die Schläuche am Beatmungsgerät nicht falsch herum einsteckt – wirkt wenig authentisch, wenn sie am Ende in der Zeitung doch nur mit dem Chefarzt den Erfolg begründen will. So gesehen wirken Beste-Ärzte-Listen wie ein Relikt aus alten Zeiten, sie bedienen das Klischee vom Halbgott in Weiss, von dem einen Retter, der alles für den Patienten richten wird. Ärztelisten besetzt man deshalb besser mit Dr. House & Co, oder man sucht andere Wege, um dem Patienten Orientierung zu verschaffen.

Literatur

- 1 Nikolic V, Herren D. Die Ärzteschaft sichert Qualität – und wie! Schweiz Ärztezeitung. 2010;91:973–6.
- 2 Bär S. Wie kommen Auswahlentscheidungen für ein Krankenhaus bei Patienten zustande? 42. Berliner Krankenhaus-Seminar. WS 2009/2010. Technische Universität Berlin.
- 3 Bär S, Sobhani B, Bär S. Das Unentscheidbare entscheiden. Eine Studie über das Verhalten von Patienten bei der Krankenhauswahl. Das Krankenhaus. 2010; 102:427–32.
- 4 Bär S. Patientenrekrutierung oder bewusste Auswahl? Arzt und Krankenhaus. 2009;82:80–4.
- 5 Bär S. Die Qual der Wahl – oder ist doch alles ganz einfach? Anmerkungen zur Erklärung von Krankenhauswahl-Entscheidungen. Das Krankenhaus. 2008;100:129–34.
- 6 Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery. The New England Journal of Medicine. 2009;361:1368–75.
- 7 Ross JS et al. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. The New England Journal of Medicine. 2010;361:1110–8.
- 8 Gerlach FM, Beyer M. Fehler in der Allgemeinpraxis. Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2003; 79:327–31.