



Eine Frage des Vertrauens

Aus ärztlicher Sicht ist jede staatliche oder semi-staatliche Veradministrierung von Behandlungsprozessen problematisch.

Der Arzt wird deshalb so hoch geschätzt, weil Patienten von ihm Hilfe bei ihren individuellen gesundheitlichen Problemen erwarten, weil sie Vertrauen in seine medizinischen und menschlichen Fähigkeiten haben. Für uns Ärzte ist deshalb jede staatliche oder semi-staatliche Veradministrierung von Behandlungsprozessen problematisch.

Die Wurzeln eines Paradigmenwechsels in diese Richtung liegen in einer Zweckentfremdung der so genannten evidenzbasierten Medizin (EbM) begründet, die mittlerweile nicht nur Grundlage für vielfältige Leitlinien zum Umgang mit bestimmten Krankheiten ist, sondern auch der Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke.

Beides gilt es sorgfältig auseinander zu halten. Leitlinien betreffen die individuellen Patient-Arzt-Beziehungen, die DMP dagegen die medizinische Versorgung großer Bevölkerungsgruppen. Die Protagonisten einer solchen Programm-Medizin sehen viel zu wenig, dass Ärzte ganz individuell den einzelnen kranken Menschen zu behandeln haben. Vielmehr betrachten sie die Patienten quasi als Besitzer von Krankheiten, mit denen die entsprechenden Programme checklistenartig abzuarbeiten sind. Patienten werden so zu statistischen Größen, als ob sich jeder Patient mit einem anderen „Träger“ der gleichen Krankheit vergleichen ließe.

Gleichwohl hat sich bei manchen Ärzten, mehr aber noch bei Gesundheitspolitikern und besonders deren Politikberatern, die Auffassung durchgesetzt, die ärztliche Versorgung, ja das gesamte Leistungsgeschehen könne durch planerische Vorgaben für die individuelle Patientenbetreuung gesteuert werden. Auf diesen falschen Grundgedanken geht die Einführung der Disease-Management-Programme in Deutschland zurück.

Diese bedeuten für die betroffenen Patienten und ihre Ärzte eine umso stärkere Einschränkung der tradierten Therapiefreiheit, je mehr EbM-Programme auch als Instrument zur Steuerung der Leistungsausgaben zweckentfremdet werden. Diese Ten-

denz ist an der ursprünglichen Absicht zu erkennen, die Honorierung der Ärzte von einer sorgsam Befolgung der Programme abhängig zu machen.

Die Behauptung, Disease-Management-Programme seien lediglich eine Hilfestellung und die individuelle Patient-Arzt-Steuerung der Behandlung sei im Einzelfall nicht gefährdet, ist vor dem Hintergrund einer engen Verknüpfung der DMP mit der Verteilung finanzieller Mittel unter den Krankenkassen über den so genannten Risikostrukturausgleich nicht nachvollziehbar und auch nicht glaubwürdig.

Künftig wird die Qualität der Krankenversorgung entscheidend davon abhängen, ob die externen Vorstellungen von Programmgestalten oder – im unmittelbaren Zusammenwirken mit dem einzelnen Patienten – die unabhängigen ärztlichen Entscheidungen dominieren werden. Anders ausgedrückt: Wird die Orientierung am statistischen und ökonomischen Denken oder aber die ärztliche Urteilskraft höher geschätzt?

Die Orientierung an Programmen soll zwar eine medizinische und ökonomisch effiziente Betreuung gewährleisten. Im Falle des Konfliktes zwischen diesen beiden Zielen aber wird es aufgrund der begrenzten Ressourcen kaum zu verhindern sein, dass das medizinisch Notwendige dem finanziell Möglichen angepasst wird und damit eben nicht die optimale Betreuung gewährleistet ist, wie sie die Medizin und die Ärztinnen und Ärzte leisten könnten.

Der Weg zur Rationierung von Gesundheitsleistungen wäre durch eine derartige Medizin nach Programm vorgezeichnet. Dem müssen wir Ärzte widerstehen, wenn wir weiterhin das Vertrauen unserer Patienten haben wollen.

*Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und der Ärztekammer Nordrhein*

Ausführlicher hat Professor Hoppe das Thema in einem Grundsatzartikel im Deutschen Ärzteblatt behandelt (Nr. 14 vom 8. April 2005, im Internet verfügbar unter www.aerzteblatt.de).