

Ökonomisierung in der Medizin

„**Ärzteblatt Sachsen**“, Heft 10/2013, S. 429f.

Für die Offenheit, mit der in dem Artikel „Ökonomisierung in der Medizin“ Beispiele für folgenschwere Fehlsteuerungen im System benannt werden, kann man nur danken. Ärzte wie Patienten leiden darunter... Was mich ärgert und meines Erachtens ins Zentrum der Debatte führt, sind die fortwährenden Klagen über die „Ökonomisierung in der Medizin“, über das „Diktat der Ökonomie“ usw.

Es sei erinnert: Ökonomie ist an sich keine höhere, quasi himmlische Macht und auch nicht per se schlecht, sondern ein menschengemachtes Steuerungsinstrument.

Meine vielleicht provokative Meinung ist, dass die Verantwortung für die Folgen von Fehlsteuerung nicht Ökonomen, nicht Juristen oder Politiker tragen – sondern allein wir Ärzte. Wir sind es auch, die die derzeitigen Steuerungsinstrumente ja akzeptiert haben, täglich nach ihnen arbeiten und besser als alle anderen berufen sind und in der Lage wären, diese fortwährend so anzupassen,

dass ökonomische Rentabilität und Sinnhaftigkeit ärztlichen Handelns nicht wie eine Schere immer weiter auseinandergehen, sondern zusammengeführt werden.

Was wäre denn einzuwenden, wenn jener Arzt, jene Klinik am besten wirtschaften würde, die den besten patientenbezogenen Nutzen mit der günstigsten Aufwand-Nutzen-Relation erzielt?

Natürlich gäbe es viel zu verändern, Kommunikation über Grenzen des Machbaren aufzuwerten, bei hochbetagten Multimorbiden personelle und finanzielle Ressourcen besser in qualitätsvolle Pflege zu investieren als in ziellosen diagnostischen und therapeutischen Aktionismus und und und...

Was hindert uns Ärzte also an strukturellen Veränderungen?

Die in Partikularinteressen und verschiedenste Lobby-Kreise gespaltene Ärzteschaft stellt sich nicht mehr solcher Aufgabe, sondern klagt lieber gebetsmühlenartig über ihre Ohnmacht gegenüber den Ökonomen, Juristen, Politikern usw.

Die angekündigte Anrufung zentraler Gremien wird bestenfalls zu neuen zentralen Regelungen führen. Dies wird kaum helfen – denn wir kennen das Problem aus der Praxis: Dieselbe medizinische Maßnahme

bringt für den einen Patienten ganz klar viel Nutzen – in anderer Fallkonstellation (wie zum Beispiel bei hochbetagten, multimorbiden Menschen) kann sogar der Spontanverlauf absehbar günstiger sein und dieselbe Maßnahme also eher schaden. Skandinavische Priorisierungspraktiken berücksichtigen dies und bringen Wirtschaftlichkeit und Sinn an der Basis eher zusammen. Vom Deutschen Ärztetag hingegen habe ich bestenfalls Absichtserklärungen vernommen, über eine Priorisierung nachzudenken. Stattdessen beschäftigte man sich lieber mit der Finanzierung des Systems und lobte das duale GKV/PKV-System – auch um den Preis, sich damit dem Verdacht des Eigeninteresses auszusetzen.

Ich bin noch in Zeiten ausgebildet und tätig gewesen, als ein verantwortungsvolles Handeln zum Wohle des Patienten selbstverständlich war – wenn auch unter dem Diktat des Mangels.

Mit vergleichsweise hervorragenden Ressourcen kann dies nur gelingen, wenn sinnvolles Tun im konkreten Fall nicht systembedingt unrentabel ist.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden
14. 10. 2013