

Staat oder Markt?



Dr. H. Hellmut Koch,
Präsident der BLÄK

Für die Auftaktveranstaltung des diesjährigen Bayerischen Ärztetages haben wir das Motto „Geld regiert die Welt – auch die Medizin?“ gewählt. Nicht ohne Grund, wollen und müssen wir doch die aktuelle Diskussion um die Optimierung und „Ökonomisierung“ unseres Gesundheitswesens mitgestalten. In den letzten Jahren hat diese „Ökonomisierung der Medizin“ rasant an Fahrt aufgenommen. Das Interesse, die Organisation und die Verteilung innerhalb des Gesundheitssystems dahingehend zu reformieren, dass sie nicht mehr vom Staat gesteuert, sondern von „Marktkräften“ bestimmt werden, ist enorm gewachsen. Analytiker und politische Entscheidungsträger haben sich dem Wettbewerb verschrieben und folgen ökonomischen Theorien. Die Frage „Staat oder Markt?“ spielt eine ausschlaggebende Rolle. Doch wenn Ökonomen oder andere Akteure in der Gesundheitspolitik in eine normative Art verfallen, wenn sie vorgeben, wissenschaftliche Methoden anzuwenden, um vorzuschlagen, was getan werden muss und was effizient ist, sollte in unseren Köpfen die Alarmleuchte aufblinken. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass wir es mit jemanden zu tun haben, der sich den Grenzen der Ökonomie nicht hinlänglich bewusst ist.

Auslaufmodell

Das klassische Modell des Arztes, der mit seinem Patienten Entscheidungen trifft, ist heute in Gefahr, zum Auslaufmodell zu werden. Der Druck auf die Arzt-Patient-Beziehung wächst. Einerseits ist es der höhere Vernetzungs- und Koordinationsbedarf arbeitsteilig erbrachter medizinischer Dienste. Andererseits besteht er in zunehmender Ökonomisierung und Rationalisie-

rung. Zusätzlich mehren sich Vorgaben „von oben“, also Management, Integrierte Versorgung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Evidence-based Medicine, Controlling, Disease-Management-Programme (DMP) und Diagnosis Related Groups (DRG) und vieles mehr, kontinuierlich.

Diabetes

Nehmen wir beispielsweise die DMP und richten wir hier wiederum unser Augenmerk auf das DMP „Diabetes mellitus Typ 2“, mit dem bereits über 6300 Ärztinnen und Ärzte in Bayern arbeiten. Die Bezeichnung „Volkskrankheit“ können nur Erkrankungen für sich in Anspruch nehmen, die häufig auftreten und womöglich in ständiger Zunahme begriffen sind. Dies sind Kriterien, die auf den Diabetes zweifellos zutreffen. Man muss damit rechnen, dass es im Augenblick bereits acht Millionen Diabetiker in Deutschland gibt und dass diese Zahl zunehmen wird.

Sollen sich die Patienten für dieses „DMP-Diabetes“ entscheiden? Sollen die Kolleginnen und Kollegen sich daran beteiligen? Diese Entscheidungen sollte man sicherlich nicht oder nicht nur davon abhängig machen, was finanziell für den Arzt dabei herauspringt. Fragen wir vielmehr nach dem medizinischen Hintergrund des DMP. Für den Typ-2-Diabetes ist das Programm fertig, wird aber nach einem Jahr Erfahrung derzeit überarbeitet. Der Grundgedanke der DMP ist ausgezeichnet: Wer könnte schon Behandlungs- und Betreuungsvorschläge ablehnen, die nach dem neuesten Stand der Forschung und des Wissens für eine bestimmte Patientengruppe gelten sollen? Wohl niemand, doch die DMP in ihrer heutigen Form entsprechen eben diesen Erfordernissen nicht, sondern sind vielmehr Mittel zum Zweck für einen gut funktionierenden Risikostrukturausgleich (RSA). Wenn man bei den Kolleginnen und Kollegen und bei Mitgliedern von Kommissio-

nen, die sich mit den DMP beschäftigen, herumhört, sind es im Wesentlichen zwei Punkte, die die Akzeptanz der DMP für Arzt und Patient erschweren: Die Papierflut der Formulare, die mit jedem Patienten, der sich in das Programm einschreibt, durch den Arzt zu bewältigen ist, und zum anderen die Vernachlässigung von Innovationen auf dem Therapiesektor.

Innovationen

Problematisch ist für mich vor allem diese weitgehende Ausklammerung von innovativen Arzneimitteln. Natürlich ist es primär berechtigt, dass die evidenzbasierte Medizin bei den Überlegungen zur Therapie des Typ-2-Diabetes Vorrang haben muss. Nur ist zu bedenken, dass die evidenzbasierte Medizin natürlich nur auf einen Bruchteil von Medikamenten Anwendung finden kann, nämlich auf die, die lange genug im Handel und lange genug erprobt sind. Solche Präparate also, bei denen im Hinblick auf Wirkung und Nebenwirkungen Studien vorliegen, die bis zu einem Jahrzehnt und länger gelaufen sind. Gerade dieses ist aber bei Innovationsmedikamenten nicht möglich, weil sie ja – daher der Name Innovation – gerade erst neu den Ärzten und Patienten zur Verfügung gestellt wurden.

Es beunruhigt mich schon, wenn man den Arzt dadurch in einen Gewissenskonflikt bringt, dass man ihn für die Teilnahme am DMP finanziell besser stellt, ihm aber die Möglichkeit nimmt, die seiner Pflicht nach bessere Therapie zu betreiben.

Würden wir in einer idealen Welt leben und jeder Arzt würde seine Therapie an etablierten Leitlinien orientieren, diese individuell optimieren und kein Arzneimittelbudget würde den Arzt daran hindern, wären – was das ärztliche Tun anbelangt – die DMP wohl überflüssig. Da wir aber nicht in einer idealen Welt leben, sollten wir wenigstens dafür sorgen, dass unter dem existenten DMP eine optimale Patientenversorgung möglich ist und fehlgeleitete Selektionsanreize infolge der Koppelung mit dem RSA zurückgefahren werden.