

Abwertung der ärztlichen Kompetenz

Kommentar, ES, 06.10.2016

Das traditionelle Arztbild gerät ins Wanken. Mehr und mehr übernehmen Bürokratien unter dem Etikett „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ die Kontrolle über ärztliche Entscheidungen. Zum Vorteil des Patienten ist dies allerdings nicht.

Es begann vor etwa 25 Jahren mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Abrechnungsdaten und Arzneimittelverordnungen von Ärzten wurden statistisch ausgewertet und mit dem sogenannten Fachgruppendurchschnitt verglichen. Lag der Arzt signifikant über diesem Durchschnitt, dann drohte ihm eine Honorarkürzung bzw. ein Arzneimittelregress. Das Verfahren ist allerdings statistisch unsauber, da es eine einigermaßen homogene Durchschnittsklientel nur bei einigen wenigen spezialisierten Facharztgruppen gibt, keinesfalls aber in der Allgemeinmedizin. Abweichungen von dieser mutmaßlichen Einheitsklientel (Praxisbesonderheiten) muss der Arzt in einem aufwändigen Prozess nachweisen. Trotz aller statistischen und rechtlichen Bedenken haben die Sozialgerichte dieses Verfahren weitgehend mitgetragen, als Begründung wurde meist die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als höherwertiges Rechtsgut vorgetragen. Das Verfahren wurde inzwischen vielfach modifiziert und teilweise auch entschärft, grundsätzlich findet es aber heute noch Anwendung.

Da die zunehmende Ökonomisierung der Medizin inzwischen in Verruf gekommen ist, heißt die gesundheitspolitische Maxime heute Qualität. Fieberhaft sucht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach geeigneten Qualitätsindikatoren. Dabei ist ihm der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gern behilflich – allerdings mit den gleichen statistischen Methoden von vorgestern, die sich so gut zur Kosteneinsparung bewährt haben. Allen Ernstes wurde auf der 8. Qualitätskonferenz des G-BA vorgetragen, die teure MRT-Untersuchung (Magnetresonanztomografie) wie folgt auf die Qualität der Indikation zu überprüfen: Alle Ärzte, die MRT veranlassen oder durchführen und dabei überdurchschnittlich viele Untersuchungen zählen, werden in einer Gesamtheit zusammengefasst, aus der die KV dann Stichproben für eine „Qualitätsprüfung“ zieht. Diese unterscheidet sich allerdings praktisch nicht von der oben genannten Wirtschaftlichkeitsprüfung. Am Ende steht der Regress, denn letztlich geht es wieder einmal um Kosteneinsparung.

Die Indikationsstellung für eine apparative Untersuchung oder eine Therapie ist eine originäre ärztliche Aufgabe, dafür hat ein Facharzt über zehn Jahre studiert und Erfahrungen gesammelt. Basis der „Qualitätsprüfung“ ist dagegen das exakte Befolgen von Leit- und Richtlinien, die nicht von Gott geschrieben sind und auch nicht jeden Einzelfall hinreichend erfassen und berücksichtigen können. Die ärztliche Kompetenz und Erfahrung wird somit beiseite gestellt. Der ideale GKV-Arzt wäre demnach ein Computer, der alle Leitlinien kennt und bei seinen Entscheidungen strikt befolgt. Mit dem Berufsideal des erfahrenen Arztes hat dies allerdings ebenso

wenig gemeinsam wie mit der Behandlungsqualität und dem Nutzen für den Patienten. Lieber einmal mehr ein unschädliches MRT bei einem unklaren Befund (wo es nach der Richtlinie gerade nicht indiziert ist) als unnötige Strahlenbelastung durch vergebliche billigere Röntgenaufnahmen – so würde es wohl der Patient sehen, ebenso der verantwortungsbewusste Arzt.

Von den meisten Patienten erfährt der Arzt auch heute noch Anerkennung und Respekt für seine Ausbildung und Erfahrung. Seitens der gesetzlichen Krankenkassen schlägt ihm dagegen blankes Misstrauen entgegen: Er mache unnötige und zu teure Untersuchungen, zu viele Fehler, er verordne unnötige und zu teure Arzneimittel und wahrscheinlich sei er auch korrupt. Die derart lautenden regelmäßigen Schlagzeilen entstammen meist dem Hause des GKV-SV. Und die Politik spielt mit, die Gesundheitsgesetzgebung der letzten 25 Jahre macht dies überdeutlich.

Warum wollen sich eigentlich junge Ärztinnen und Ärzte kaum noch in eigener Praxis niederlassen? Ist das wirklich noch eine Frage?