

Editorial – Thema der Woche**Montag, 15. September 2014**

Der Mensch an sich ist doch ein robustes Kerlchen. Das legen jedenfalls zwei neue Studien der OECD und der Bertelsmann Stiftung nahe, die belegen, dass in unterschiedlichen Regionen sehr unterschiedlich behandelt wird – und dass die Patienten trotzdem nicht hier oder da tot von der Wand purzeln. Ist es also vollkommen egal, wann wie und ob überhaupt die Mandeln oder gar der Blinddarm entfernt werden? Auf jeden Fall scheint's nicht so wichtig zu sein, wie oft behauptet wird. Denn wenn eine deutlich höhere Extraktionsrate nicht unmittelbar zu höherer oder sinkenden Morbidität führt, dann ist das jeweilige Organ ja offensichtlich nicht nur nicht unmittelbar lebenswichtig (denn es geht ja augenscheinlich auch ohne), sondern der Eingriff hätte wohl in einer Vielzahl der Fälle auch unterbleiben können, ohne dass dramatische gesundheitliche Folgen zu befürchten gewesen wären.

Was sagt uns das? Es gibt augenscheinlich eine Reihe medizinische Maßnahme, die man tun aber auch lassen kann, ohne dass sich deutliche gesundheitliche Auswirkungen zeigen. Na wunderbar, dann könnte man's also auch lassen, denkt der Laie. Doch er macht seine Rechnung (die er qua Versicherungsbeitrag auch noch bezahlt) leider ohne die Anreizmechanismen unseres Gesundheitssystems. „Einfach lassen“ geht da nämlich gar nicht – denn dann gibt's auch kein Honorar. Also liegt es im Verantwortungsbewusstsein der Ärzte, Dinge nicht zu tun, obwohl sie sich (oder ihren Arbeitgeber) damit schädigen. Der Patientengesundheit scheint dies zwar nicht viel auszumachen (obwohl ja selbst eine kleine OP nicht gerade ein Zuckerschlecken ist), aber zumindest die GKV-Bilanz wird durch Eingriffe, die augenscheinlich gar nicht unbedingt nötig sind, doch erheblich belastet.

Was wär zu tun? Offenbar fehlen in der Erfahrungsprofession Medizin (die nur zum geringen Teil so wissenschaftlich ist, wie sie sich gerne darstellt) noch immer erhebliche Erkenntnisse darüber, was nicht notwendig ist und was nachweislich hilft, wenn solche dramatischen Versorgungsunterschiede mit vergleichsweise geringen Abweichungen in der Morbidität einhergehen können. Da fehlt also noch viel an Versorgungsforschung, die uns sagen müsste, was eigentlich auf wissenschaftlicher Basis zunächst einmal zu tun und was zu lassen ist. Da hätte man dann schon einen ersten Hinweis, ob eigentlich eine Maßnahme als therapeutisches Mittel der ersten Wahl angezeigt ist, oder ob kontrolliertes Zuwarten auch eine sinnvolle therapeutische Alternative sein könnte. Dann aber müssen in einem zweiten Schritt diese Erkenntnisse in Leitlinien einfließen, an denen sich der Arzt in seinem Handeln orientieren sollte. Nicht im Sinne von Richtlinien natürlich, denn jeder Patient reagiert ja anders, aber doch in einer Form von Korridor, bei dem der Arzt sich und seinem Patienten (und vielleicht auch den Gremien der Selbstverwaltung) Rechenschaft darüber ablegt, warum er in diesem einen und besonderen Fall das Handeln nach den vorliegenden Leitlinien nicht für angezeigt hält. Und hier natürlich muss der behandelnde Arzt maximale Freiheit haben. Schließlich sitzt *ihm* der Patient gegenüber – und nicht etwa der Krankenkasse. Und schließlich muss dieses leitliniengerechte (oder bewusst und begründet von Leitlinien abweichende) Verhalten dann auch angemessen honoriert werden. Und zwar auch dann, wenn die Leitlinie sagt, dass im konkreten Fall auch das kontrollierte Zuwarten das Mittel der Wahl wäre. Dann darf es eben nicht so sein, dass sich der Arzt mit der Begründung „der hat ja gar nichts gemacht“ um sein verdientes Honorar beraubt sieht.

Dann – aber vermutlich wirklich erst dann – werden wir sehen, dass die Tonsillektomie manchmal eine berechtigte und durchaus notwendige Maßnahme ist. Und dass in den anderen Fällen, der Arzt trotzdem – oder gerade deswegen – ein verantwortungsvoller Mediziner ist, der sein Honorar mehr als verdient hat.