

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herrn Prof. Dr. Jörg Dietrich Hoppe
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Augsburg, den 15. Juni 2008

Offener Brief

Ulmer Papier – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

Sehr geehrter Herr Prof. Hoppe,

mit den auf dem 111. Ärztetag in Ulm verabschiedeten Leitsätzen hat die deutsche Ärzteschaft ein vielbeachtetes gesundheitspolitisches Signal gesetzt. Ihr engagiertes Plädoyer für den Erhalt der Therapiefreiheit für die Ärzte und damit von individuellen Behandlungsoptionen für uns Patientinnen und Patienten ist uneingeschränkt zu begrüßen.

Allerdings – so muss es aus Patientensicht manchmal scheinen – hat sich die Ärzteschaft viel zu lange um eine klare gesundheitspolitische Aussage gedrückt und statt dessen vornehmlich versucht, eigene finanzielle Interessen durchzusetzen. Wobei es für uns außer Frage steht, dass die ärztliche Arbeit in Deutschland keinesfalls leistungsadäquat entlohnt wird. Denn die geltenden Gebührenordnungen – das gilt für den EBM wie für die GOÄ - bilden in keiner Weise eine Vergütungsstruktur ab, die der Aufgabenvielfalt und dem Verantwortungsspektrum ärztlicher Arbeit gerecht wird. Die Flucht in die „quantitative Durchschleusungsmedizin“, die wir als Patientinnen täglich in Praxis und Klinik erleben, ist die unternehmerische Antwort auf diese honorarpolitischen Fehlentwicklungen. Die individuelle Behandlungsqualität muss so zwangsläufig auf der Strecke bleiben. Hauptverlierer sind wir -

die Patientinnen, und in besonderem Maße die lebensbedrohlich Erkrankten. Denn wir spüren unmittelbar die verdeckte Rationierung, die Politik und Krankenkassen bewusst verschweigen, aber dennoch von den Ärzten vollstrecken lassen, in Form von verweigerter Therapieoptionen – sei es bei Medikamenten oder Heilmitteln. Dies muss notwendigerweise zu einer immer stärkeren Aushöhlung der Arzt-Patienten-Beziehung führen.

Den ärztlichen Körperschaften und Berufsverbänden kann mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V., Deutschland, den Vorwurf nicht ersparen, die im Ulmer Papier zu Recht beklagten Entwicklungen in Richtung zu einer immer deutlicher werdenden konfektionierten Staatsmedizin teilweise begrüßt und aktiv mitgestaltet zu haben. Man denke hier nur an die Hausarztmodelle, die Disease Management Programme oder auch an das Mammographie-Screening. Hier standen und stehen unseres Erachtens nicht die Interessen und das Wohl von Patientinnen, sondern die Steigerung der ökonomischen Effizienz durch Realisierung von Einsparpotentialen für die Krankenkassen bei gleichzeitigen Zusatzeinnahmen für die beteiligten Ärzte im Vordergrund.

Solchen Modellen ist gemeinsam, dass sich bestimmte Arztgruppen, Krankenkassen und Politik anmaßen, die einzig richtige Lösung für ein bestimmtes gesundheitliches Problem zu kennen und dies unter dem Vorwand von Qualitätssicherung und Wissenschaftlichkeit (evidence based medicine) zu einem alternativlosen Programm mit allgemeinverbindlichem Charakter zu stylen. Patientinnen und Patienten werden so zum Objekt fremder Interessen, ohne das Recht, als selbstbestimmtes Subjekt eigenverantwortlich Gesundheitsentscheidungen zu treffen.

Das Mammographie-Screening ist dafür ein geradezu klassisches Beispiel. Es wurde erst auf massiven Druck der Frauen-Organisationen endlich politisch umgesetzt, allerdings in einer Form, die zu deutlicher Kritik Anlass gibt, weil die jetzt

vorgesehene Art von Diagnostik die berechtigten Interessen der Frauen komplett ignoriert:

- Das Programm beschränkt sich auf eine rein technische Untersuchung, die Mammographie. Es gibt keinen Arztkontakt, kein Abtasten der Brust, kein Gespräch.
- Die technische Diagnostik beschränkt sich auf die Mammographie allein, obwohl bekannt ist, dass mindestens ein Drittel der Frauen über 50 Jahre ein strahlendichtes Brustdrüsengewebe hat, wo die Mammographie als Früherkennungsmethode wenig tauglich ist. Auch haben Studien mittlerweile eindeutig gezeigt, dass erst die Kombination aus Mammographie und Ultraschall und gegebenenfalls auch der zusätzliche Einsatz des MRT eine ausreichende Sensitivität zur Früherkennung gewährleistet.
- Die Frauen werden im Unklaren gelassen, ob ihr Drüsengewebe strahlendicht war oder nicht – der Befundbericht sagt lediglich aus, ob sich in der Mammographie ein Verdacht auf eine bösartige Gewebeveränderung ergeben hat oder nicht. Ist die Mammographie jedoch aufgrund des dichten Drüsengewebes nicht interpretierbar, erhält die Frau lediglich die Botschaft „keine Veränderung feststellbar“ und wiegt sich in einer trügerischen Sicherheit. Denn „ohne Befund“ heißt hier eben nicht zwangsläufig auch „gesund“.
- Das Programm beschränkt sich auf die Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen, obwohl die Fachgesellschaften international Mammographie und Ultraschall bereits ab 40 Jahren und auch für über 70-Jährige empfehlen.
- In den Screening-Einheiten geht es vor allem darum, möglichst viele Frauen in möglichst kurzer Zeit durchzuschleusen, ganz nach der Devise „Masse statt Klasse“.

Fazit: Von individualisierter Medizin sind wir beim Mammographie-Screening weit entfernt. Das jetzige Screening-Programm wird den Bedürfnissen der Frauen nicht

gerecht, mehr noch, es steht zu befürchten, dass die Ergebnisse eher dazu beitragen werden, die Früherkennungsmöglichkeiten eher noch zu verschlechtern.

Die für das Screening bereit gestellten extrabudgetären Gelder – nach Angaben der Krankenkassen insgesamt zwischen 250 bis 300 Mio. € pro Jahr – teilen sich 94 Screening-Einheiten – ein staatlich geduldetes, vielleicht sogar gewolltes Kartell. Begründet wird dies mit der besonderen Qualität dieser Einrichtungen, die die europäischen Standards im Hinblick auf Geräte-, Organisations- und Ausbildungsqualität von ärztlichem und nicht ärztlichem Personal erfüllen. Von der Betreuungsqualität für die Patientin ist in den Richtlinien für das Screening erstaunlicherweise kaum die Rede – auch dies ein beredter Beweis dafür, dass Frauen hier zum Objekt degradiert werden. Viele andere qualifizierte radiologische Einrichtungen - hier insbesondere die Universitätskliniken sowie privatärztliche Kliniken und Praxen, die schon lange vor Einführung des Screenings Mammadiagnostik höchster Qualität angeboten haben – werden künftig von der Teilnahme an der Brustkrebsfrüherkennung ausgeschlossen, selbst wenn sie die notwendigen Qualitätsstandards erfüllen. Denn eine *conditio sine qua non* für die Brustkrebsfrüherkennung ist in Deutschland jetzt die Kassenzulassung, die damit indirekt einem Qualitätssiegel gleichgestellt wird. (Funktioniert so die interkollegiale Marktbereinigung, die angeblich im Interesse und zum Wohl von Frauen und Patientinnen stattfindet?)

Dabei wurde dieses besondere Konstrukt nicht von der Politik vorgegeben, die sicherlich für so manche Fehlentwicklung verantwortlich gemacht werden muss, sondern ist „selbst verschuldetes Elend“, von Ärzten und ärztlichen Körperschaften wie der KBV federführend vorangetrieben und gegen berechtigte Kritik und alle Widerstände umgesetzt.

Ihre Glaubwürdigkeit hinsichtlich der im Ulmer Papier vorgetragenen Thesen kann die deutsche Ärzteschaft nach Meinung von mamazone e.V. nur dann beweisen und

das Vertrauen von uns Patientinnen und Patienten rechtfertigen, wenn sie sich nicht nur verbal, sondern auch de facto von allen Versuchen staatsmedizinischer Bevormundung und standardisierter Konfektionsmedizin distanzieren – sei es durch DMP, Hausarztmodelle oder Screening (das nächste steht ja bekanntlich schon in Form des HPV-Screenings als Ersatz für die heute übliche gynäkologische Krebsfrüherkennung vor der Tür). Hier ist ein aufrechter Gang und aufrichtige Solidarität mit den Patientinnen und Patienten notwendig – und nicht die Vertretung ärztlicher Partikularinteressen im Sinne der langjährig praktizierten Strategie: wenn es finanziell nützlich ist, wird letztendlich jedes zuvor als unzureichend gebrandmarkte Programm akzeptiert! Der viel beschworene und zur ethischen Rechtfertigung in Anspruch genommene hippokratische Eid zeigt hier die Messlatte auf:

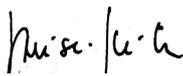
Meine Verordnungen werde ich zum Nutzen der Kranken treffen nach meinem besten Vermögen und Urteil, vor Schädigung und Unrecht aber werde ich sie bewahren.

Als Präsident der Deutschen Ärzteschaft haben Sie, sehr geehrter Herr Prof. Hoppe, zu Recht eine spürbare Wende in der Gesundheitspolitik eingefordert. Überzeugend wird Ihre Forderung jedoch erst durch Ihr tatkräftiges Beispiel und Handeln. Sie dürfen gewiss sein, dass Sie die Unterstützung vieler Patientinnen und Patienten und im Besonderen von *mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.* finden, wenn Sie nicht nur einmal, sondern kontinuierlich und öffentlich für den Erhalt einer individuellen Versorgung eintreten. Die Frage, wer diese bezahlt und wie teuer sie sein darf, sollte nicht zu einer Schere im Kopf führen, die von vornherein ein mutiges Denken aller Alternativen ausschließt. Die mündige Patientin und der mündige Patient können die Wahrheit ertragen und notfalls auch selbst darüber entscheiden, welchen therapeutischen Weg sie oder er nach Beratung durch seinen Arzt gehen will. Die notwendigen Informationen aber nur deshalb vorzuenthalten, weil die Solidargemeinschaft die Kosten für eine sinnvolle Behandlung nicht aufbringen kann oder will (wobei auch hier die Solidargemeinschaft bzw. das durch

sie gewählte Parlament einen eindeutigen Beschluss darüber herbeiführen müsste), grenzt an geistige Bevormundung. Hiermit sollte in Deutschland im Schulterchluss von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten endlich Schluss sein.

In der Hoffnung, dass auch die deutsche Ärzteschaft spät – und hoffentlich nicht zu spät - zu einer unüberhörbaren Stimme des Widerstandes wird – wie es *mamazone* schon seit fast zehn Jahren ist – wünschen wir Ihnen für diese Arbeit Mut, Kraft und gutes Gelingen.

Mit freundlichen Grüßen



Annette Kruse-Keirath



Ursula Goldman-Posch



Waltraud Böving



Dr. med. Marie-Luise Otto