



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Staatsmedizin und ärztliche Selbstverwaltung

Zum Leitartikel von Dr. Max Kaplan in Heft 12/2014, Seite 675.

In seinem Jahresrückblick stellt Dr. Kaplan die ärztliche Selbstverwaltung in Kontrast zur Staatsmedizin. Er befürchtet, dass, wenn der Gesetzgeber das Stärkungsgesetz wie geplant verabschiedet, „ein Meilenstein hin zur Staatsmedizin gelegt“ wird. Große Worte, doch was steckt dahinter? Was, bitte schön, soll denn Staatsmedizin sein? Wo beginnt der „Staat“?

Öffentliche Daseinsvorsorge ist Aufgabe des Staates. Da auch die Organisation des Gesundheitswesens dazu zählt, hat der Staat auch hier die Rahmenbedingungen abzustecken. Selbst die Kammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mittelbare Staatsorgane. Der „Staat“ ist der Ärzteschaft auch immer dann willkommen, wenn es um Finanzierungen geht, dieser also Geld gibt: sei es die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, seien es die Zuschüsse zur ambulanten Weiterbildung der Allgemeinärzte oder Investitionszuschüsse für die Niederlassung in unterversorgten Regionen.

„Staatsmedizin“ ist ein ideologischer Kampfbegriff, der zu Zeiten von Ulla Schmidt die geplanten Gesundheitsreformen unter Anspielung auf die DDR diffamieren sollte. Auch der Bundesärztekammerpräsident benutze auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover diesen Begriff, als er gegen die „Einheitsversicherung“ – gemeint war die Bürgerversicherung –

vom Leder zog. „Staatsmedizin“ soll Ängste schüren und dabei die Realität verzerren.

Wer, wenn nicht die Politik, soll denn die Eckpfeiler unseres Gesundheitswesens definieren? Sollen es Helios und Asklepios oder Bayer und Roche tun? Hat nicht erst die Pharmafirma Gilead bewiesen, wie es läuft, wenn die unbegrenzten Profitinteressen der Pharmaunternehmen die Kosten medizinischer Behandlungen diktieren? Und da soll kein gemeinsamer Bundesausschuss bremsend und regulierend eingreifen? Indem er eine diffuse Staatsangst schürt, verschleiert Dr. Kaplan die Probleme. Er greift den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als „eine Art Gesundheitsbehörde“ an. Wie das? Sitzen sich im G-BA nicht Krankenkassen als Finanzier des Gesundheitswesens einerseits und Ärzteschaft und Krankenhäuser als Anbieter von Gesundheitsleistungen andererseits paritätisch gegenüber? Haben die Kassen denn nicht das Recht, über die Verwendung der 180 Milliarden Euro Beiträge ihrer Mitglieder mitzuzentscheiden? Wo ist die „Staatsmedizin“ bei dieser Art der Selbstverwaltung? Auch Termin-Servicestellen, immerhin bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und nicht im Ministerium angesiedelt, mögen ein bürokratischer Unsinn sein, haben aber mit „Staatsmedizin“ nichts zu tun.

Und dass nur wir, also die Ärzteschaft, „die Qualität der ärztlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu bestimmen“ haben, kann doch nicht ernst gemeint sein. Die Zeiten, in denen die Kassen der Ärzteschaft ihre Gelder ungeprüft zur Verfügung stellten, die sind schon lange vorüber. Auch daran ist die Ärzteschaft nicht ganz schuldlos. Der G-BA – übrigens keine staatliche Organisation, sondern Teil der Selbstverwaltung – ist heute eine gesundheitspolitische Institution, die auch von der Ärzteschaft akzeptiert werden sollte. Denn das ist vernünftig.

Auch der mit 300 Millionen Euro ausgestattete Innovationsfonds, der übrigens von Krankenkassen und Gesundheitsfonds – also aus Beiträgen der Versicherten – finanziert werden soll, ist der Ärzteschaft willkommen. Nur sollen, wenn es nach unserem Präsidenten geht, die Kammern daran beteiligt werden. Also sollen die Kammern zukünftig „innovative sektorübergreifende Versorgungsformen“ betreiben. Die Kammern als Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Integrierter Versorgung (IV) in Konkurrenz zu den KVen? Auch hier ist kein „ordnungspolitischer Meilenstein hin zur Staatsmedizin“ zu sehen.

Bei der Krankenhausbedarfsplanung zu viel „Staat“ zu beklagen, ginge am Problem der Misere der Krankenhäuser vorbei, wo derzeit über

50 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser defizitär sind und ein eklatanter Investitionsstau besteht. In allen Bundesländern kommt der „Staat“ seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht nach. Hier ist also noch mehr „Staat“ zu fordern.

Unser Gesundheitswesen wird nicht durch ein zuviel an „Staatsmedizin“ bedroht oder beschädigt. Unser Gesundheitssystem wird vielmehr eklatant fehlgesteuert durch die einseitige ökonomische Orientierung an den Prinzipien von Markt und Wettbewerb. Dies geschieht vor allem zu Lasten der Patienten. Aber auch die Krankenhausärzte und die niedergelassenen Vertragsärzte können ein Lied davon singen. Es wäre die Aufgabe des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), seinen Finger in diese Wunde zu legen.

Etwas mehr Sachlichkeit und etwas weniger Polemik in der gesundheitspolitischen Diskussion täten der Ärzteschaft gut. Denn nur dann wird sie als ernsthafter Diskussionspartner von der Politik wahrgenommen werden.

*Professor Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich,
Facharzt für Anästhesiologie,
80639 München*

Antwort

Die Kritik an meiner Verwendung des Begriffs „Staatsmedizin“ kann ich nicht so stehen lassen, ist doch die Wortwahl meines Leitartikels allenfalls polarisierend, keinesfalls polemisch, was in einem Meinungsbeitrag jedoch auch erlaubt sein muss. Die Politik agiert zunehmend auf Kosten der ärztlichen Selbstverwaltung – darum geht es!

„Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus“ heißt es bekanntlich im Artikel 20 des Grundgesetzes. Und dann? Der Souverän wird durch besondere Organe im Sinne der Gewaltenteilung vertreten. Im Gesundheitswesen haben wir uns auf ein korporatistisches Modell verständigt: staatliche Daseinsvorsorge und körperschaftliche Selbstverwaltung. Seit Jahren erleben wir allerdings, dass der Staat sich in originäre Aufgaben der (ärztlichen) Selbstverwaltung einmischt, ja diese teilweise übernimmt und nachgeordnete Institutionen, wie den G-BA, instrumentalisiert. Sieht man sich die Zusammensetzung des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen an, so bemerkt man schnell, dass wir Ärztinnen und Ärzte hier nur eine marginale Rolle einnehmen.

Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, verwendete

te den Begriff „Staatsmedizin“ im Jahr 2006 im Vorfeld des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Hoppe kritisierte seinerzeit die vermehrte Einflussnahme des Bundesgesundheitsministeriums und die Kompetenzmehrung des G-BA. Dieser Trend ist bis heute ungebrochen. Im Gesetzentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) haben wir es mit der Etablierung von Termin-Servicestellen, dem Kauf von Arztsitzen in sogenannten überversorgten Regionen und der Öffnung der Kliniken für die ambulante Patientenversorgung zu tun. Klarstellen muss ich auch, dass ich beim Thema Innovationsfonds nicht an die Schaffung von „Kammer-MVZs“ oder ähnlichen Konstrukte gedacht habe. Vielmehr geht es mir um die Antragstellung bezüglich „innovativer sektorübergreifender Projekte“.

Einig bin ich mit dem Kollegen Dietrich, dass unser Gesundheitssystem „fehlgesteuert durch die einseitige ökonomische Orientierung an den Prinzipien von Markt und Wettbewerb“ ist. Dies haben wir in den vergangenen Jahren wiederholt, ja fast gebetsmühlenartig, in zahlreichen Veranstaltungen, Veröffentlichungen, Pressemeldungen und nicht zuletzt anlässlich der Auftaktveranstaltung des 73. Bayerischen Ärztetages in Weiden 2014 mit dem Titel „Pay for Performance – die Lösung für die Medizin von morgen?“ dargestellt und angeprangert.

Daseinsvorsorge des Staates und originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung – eine dialektische Beziehung also? Freiheit und Kontrolle – wie passen diese beiden Gegenpole zueinander? Vertrackterweise ist nie eines ohne das andere zu haben. Jede Seite hat ihren Auftrag, ihre Legitimation und ihre jeweiligen Grenzen, die man auch in Zukunft einhalten und respektieren sollte. Ich danke Kollegen Dietrich ausdrücklich für seinen Diskussionsbeitrag, trägt doch jeder Beitrag zu einer weiteren Reflexion des Themas bei.

*Dr. Max Kaplan,
Präsident der BLÄK*

Leitlinien in der klinischen Praxis

Zum Titelthema von Professor Dr. Ina B. Kopp und Professor Dr. Karl Heinz Rahn in Heft 1-2/2015, Seite 8 ff.

Die Autoren sprechen Leitlinien eine „weltweite“ Bedeutung zu, ihr Einsatz führe zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität und Versorgung. Für das Hals-Nasen-Ohren-Fachgebiet ist dies wissenschaftlich nicht dokumentiert. Die Wertigkeit, Praktikabilität und Anwendung sind häufig problematisch. Zum Beispiel emp-

fehlt die aktuelle Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zum Hörsturz eine Therapie mit hochdosierter Steroidgabe (250 mg Prednisolonäquivalent), eine Behandlung mit Prednisolon 60 mg per os sei obsolet. Die aktuelle, differenzierte Guideline der US-amerikanischen Fachgesellschaft rät zur First-Line-Therapie mit Prednisolon 60 mg per os. Laut Cochrane-Review fehle für die Steroidbehandlung des Hörsturzes die adäquate Evidenz. Ähnliche Beispiele lassen sich im Fach für etliche relevante Erkrankungen belegen. Die Bedeutung von Leitlinien für aktuelle Wissensvermittlung wird von den Verfassern stark überschätzt. Vor dem Hintergrund, dass Leitlinien, laut aktuellem Vortrag des Justizars unserer Fachgesellschaft, immer häufiger als Grundlage für Gerichtsverfahren herangezogen werden, ist das Postulat von Kopp und Rahn, dass Leitlinien „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ sind, damit also verbindlich eingrenzend gelten sollen, und eine Abweichung begründet werden muss, hochproblematisch. Die Behauptung der Autoren, dass die Nichtbeachtung einer Leitlinie „gegen das ärztliche Berufsethos verstößt“, ist falsch und unangebracht.

*Dr. Klaus Stefan Holler,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
93073 Neutraubling*

Antwort

Die kritische Auseinandersetzung mit Leitlinien in der klinischen Praxis und die Prüfung ihrer Anwendbarkeit im Einzelfall entsprechen der grundlegenden Intention von Leitlinienherausgebern. Ich freue mich daher über den kritischen Beitrag zu unserem Artikel.

Um eventuelle Missverständnisse zu vermeiden, ist zunächst noch einmal grundsätzlich festzuhalten, dass Leitlinien als Entscheidungshilfen für die Versorgung zu verstehen sind und nicht als verbindlich eingrenzende Vorgaben [1]. Um bei dem zitierten Bild zu bleiben: Korridore haben Türen, die das Verlassen desselben ermöglichen. Eine leitliniengerechte Versorgung impliziert daher sozusagen die Indikationsstellung, ob eine Leitlinie in einem individuellen Beratungsanlass anzuwenden ist, oder nicht. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle – vor allem die Erfahrung des Arztes und die Individualität des Patienten. Grundsätzlich ist zudem noch einmal zu betonen, dass nur für einen geringen Teil klinisch relevanter Fragestellungen belastbare Erkenntnisse vorliegen. Das Ausmaß der Sicherheit oder Unsicherheit des Wissensstands drücken Leitlinienautoren durch die Graduierung von Empfehlungen aus.

Unbenommen ist die Evidenz zur Effektivität der Implementierung von Leitlinien fachspezifisch heterogen und – vor allem – abhängig von der Sicherheit bzw. Unsicherheit der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu speziellen Versorgungsfragen. Zum speziellen Beispiel des Versorgungsaspekts „Hörsturz“ ist festzustellen, dass sowohl in der Leitlinie der amerikanischen Fachgesellschaft als auch in den Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie ausdrücklich auf den Mangel an Evidenz aus klinischen Studien und auf die entsprechende Unsicherheit der hieraus abgeleiteten Empfehlungen hingewiesen wird – unter anderem in Bezugnahme auf den in beiden Publikationen zitierten Cochrane-Review [2, 3, 4]. Daher werden konsequent in beiden Publikationen die Therapieempfehlungen hinsichtlich der Kortikosteroide explizit als „Option“ bzw. Vorschläge ausgewiesen – mithin dem schwächsten der zur Verfügung stehenden Empfehlungsgrade. Die Vermittlung des aktuellen Wissensstands bedeutet selbstverständlich auch das Aufzeigen des Nicht-Wissens. Dies hat auch die deutsche Fachgesellschaft durch die Skizzierung der Studienlage, die fett hervorgehobene Feststellung, dass die Therapieempfehlungen als Vorschläge zu verstehen sind und durch explizite Benennung des Forschungsbedarfs geleistet. Hier sind das Fachgebiet und die möglichen unabhängigen Förderer gefragt, entsprechende Studien, die zu einer höheren Erkenntnissicherheit beitragen könnten, zu initiieren.

Literatur:

- [1] Nölling T. Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich bindend. *GMS Mitteilungen aus der AWMF* 2014, Vol. 11, ISSN 1860-4269. www.egms.de/static/pdf/journals/awmf/2014-11/awmf000295.pdf (Accessed: Feb.4th2014)
- [2] Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, Rosenfeld RM (2012). *Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss. Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 146(1S) S1-S35
- [3] Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (2014). *Hörsturz. (Akuter idiopathischer sensorineuraler Hörverlust)*. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/017-010.html (Accessed: Feb.4th2014)
- [4] Wei BPC, Stathopoulos D, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003998. DOI: 10.1002/14651858.CD003998.pub3 (Accessed: Feb.4th2014)

*Professor Dr. Ina B. Kopp,
AWMF-Institut für Medizinisches
Wissensmanagement, 35043 Marburg*

Fehler und Grenzverletzungen in der Psychotherapie als Entwicklungschance

Zum Beitrag von Dr. Veronika Hillebrand in Heft 1-2/2015, Seite 20 f.

Wie kam es zu dieser unverständlichen Überschrift über den eigentlich guten und wichtigen Artikel zum Symposium des Ethikvereins?

Nach sorgfältiger Lektüre des Beitrags kam ich zu dem Schluss, dass es sich nur um einen Fehler handeln kann, da der Artikel keinerlei Hinweis in der Richtung enthält, die die Überschrift andeutet. Im Gegenteil wird zu Recht dargestellt, dass Grenzverletzungen die Entwicklungschancen der Betroffenen in vielfältiger Weise torpedieren.

Ich bitte dringend, diesen – wie ich finde – schlimmen Fehler im nächsten Heft richtigzustellen, nicht zuletzt, weil diese Überschrift in dieser Form bei flüchtigem Lesen eine durchaus immer noch existierende Bagatellisierungstendenz unterstützen könnte.

*Dr. Martin Böttiger,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Facharzt für Psychiatrie,
90408 Nürnberg*

Antwort

Mit Ihrer kritischen Rückmeldung zum Tagungsbericht der Veranstaltung des Ethikvereins gebe ich Ihnen recht. Wir luden am 8. November 2014 ein zu: „Was können wir aus Fehlern und Grenzverletzungen in der Psychotherapie lernen?“.

Der im Bericht des *Bayerischen Ärzteblattes* gewählte Titel „Fehler und Grenzverletzungen in der Psychotherapie als Entwicklungschance“ klingt für Leserinnen, Leser und betroffene Patienten äußerst verwirrend.

Man könnte meinen, Grenzverletzungen in der Psychotherapie würden von uns, dem Ethikverein, als besonders entwicklungsförderndes Element in der psychotherapeutischen Behandlung angesehen. Das war von uns überhaupt nicht gemeint!

Wir wollten mit der Veranstaltung den Blick auf das Entwicklungspotenzial unserer Profession für einen offeneren Umgang mit Behandlungsfehlern lenken. Das ist uns, wie der Bericht des *Bayerischen Ärzteblattes* zeigt, gelungen.

Leider ist wohl der Redaktion mit der Überschrift ein Versehen unterlaufen. Den Ethikverein kann ich jedoch auch nicht aus der Verantwortung nehmen. Vor Freude über die

gelungene und gut besuchte Veranstaltung haben wir übersehen, dass der Titel des Berichtes des *Bayerischen Ärzteblattes* nicht zum Inhalt passt.

So können wir gleich die Botschaft des im Text zitierten Sir Karl Popper trainieren: „Die Vertuschung von Fehlern ist eine Sünde“.

In dem ausführlichen Zitat heißt es zum Schluss: „Wir müssen lernen, dankbar anzunehmen, wenn andere uns auf unsere Fehler aufmerksam machen“.

So danke ich Ihnen: Sie haben unser Anliegen gut verstanden und umgesetzt. Das sollte bei Fehlern in unserer Profession öfter geschehen – ganz im Interesse unserer Patienten, der Kollegen und Ausbildungskandidaten, die sich von der Psychotherapie größtmögliche Transparenz, Kritikfähigkeit und eine offenerere Fehlerkultur erhoffen.

*Dr. Veronika Hillebrand,
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin, 1. Vorsitzende Ethikverein e. V. –
Ethik in der Psychotherapie, 81476 München*

Auflösung des Medizinischen Silbenrätsels aus Heft 1-2/2015, Seite 45

SINUSITIS

1. Nasennebenhöhlenentzündung

CHOROIDEA

2. Die Aderhaut des Auges

HAARLEUKOPLAKIE

3. Weißliche streifige Veränderung an den Zungenrändern bei HIV

UTERUSATONIE

4. Lebensbedrohliche Komplikation einer Geburt

TACHYPHYLAXIE

5. Wirkungsabschwächung nach wiederholter Gabe eines Medikaments

ZIRBELDRUESE

6. Deutscher Name des Corpus pineale

IPRATROPIUMBROMID

7. Anticholinergikum zur Behandlung der COPD (Wirkstoff)

MENINGEOM

8. Gutartiger intrakranieller Tumor

PAPILLARMUSKEL

9. Struktur in den Herzkammern, deren Abriss häufig eine Klappeninsuffizienz verursacht

FUROSEMID

10. Schleifendiuretikum (Wirkstoff)

URETERSTENOSE

11. Anomalie, die zu einer Nierenbeckentzündung führen kann

NALOXON

12. Antidot bei Opiatüberdosierung (Wirkstoff)

GASTRITIS

13. Entzündung der Magenschleimhaut

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
S	C	H	U	T	Z	I	M	P	F	U	N	G