

# Stellungnahmen zu Themen des wissenschaftlichen Osteologie-Kongresses April 2008 in Hannover



Netzwerk-Osteoporose e.V.

Themen :

- Wirtschaftliche Zwänge oder Ethik? Der Wandel in der Medizin
- Leitliniengerechte Therapie der Osteoporose:  
Keine Angst vor Regressen

## **Wirtschaftliche Zwänge oder Ethik? Der Wandel in der Medizin**

Das Wohlergehen des Menschen, das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten sowie das Verbot, zu schaden („Primum non nocere“): Dies sind grob umrissen die Grundprinzipien bzw. die sittlichen Normsetzungen der medizinischen Ethik, die nicht nur für Ärzte selbst, sondern für das gesamte Gesundheitswesen gelten sollen.

Hehre Ziele – aber leider können Ärzte heutzutage immer weniger ihrer eigentlichen Berufung folgen, denn ärztliches Handeln (und Wollen!) wird zunehmend aus wirtschaftlicher Perspektive betrachtet. Angst, für Verordnungen in Regress genommen zu werden, die Sorge, das eigene „Unternehmen“ der Praxis mit den damit verbundenen Arbeitsplätzen erhalten zu können und ebenso die Sorge, ein eigenes angemessenes Einkommen erzielen zu können belasten viele Ärzte.

Auf der anderen Seite stehen Menschen, die mit Sorgen, Nöten und Krankheiten in die Praxis kommen und um Rat und Hilfe fragen – und genau dort klappt die Schere zwischen den ökonomischen Zwängen und den Bedürfnissen zum Teil schwer Erkrankter mit massiven Beschwerden auseinander. Anders lässt sich beispielsweise kaum erklären, dass nur eine Minderheit von Osteoporose-Patienten spezifisch behandelt wird, während die Mehrheit eine reine Schmerztherapie erhält - obwohl eine spezifische Therapie der Osteoporose sich als höchst wirksam erwiesen hat und auch durch Leitlinien festgeschrieben wurde.

Auch wenn es teuer ist, alle Patienten mit Osteoporose spezifisch zu behandeln - die Therapie der Knochenbrüche, die bei ausbleibender Behandlung auftreten, ist

letztlich wesentlich teurer. Und wie ist es um die Ethik bestellt, wenn nicht die Diagnose darüber entscheidet, ob und wie ein Patient behandelt wird – sondern rechnerisches Kalkül? Schließlich haben ökonomische Berechnungen und Abwägungen nichts mit dem primären Verständnis von ärztlichem Handeln und ärztlicher Kunst zu tun.

Auch wenn das Problem schon lange erkannt ist, ist eine Lösung schwierig – und mögliche Wege werden nicht nur seitens der Ärzte diskutiert. Auf dem Osteologiekongress in Hannover äußerte sich beispielsweise Karl Kardinal Lehmann, Bischof von Mainz, zu genau diesem Punkt.

„Der Arzt“, so Lehmann, „braucht der nicht nur Wissen und Fähigkeiten sondern durch alle diese Qualifikation hindurch braucht er auch eine ethische Grundhaltung, die ihn in jedem Menschen – mag er noch so krank, noch so alt, noch so unheilbar sein – eine einzigartige und unschätzbare Person erblicken lässt. Es kann kein Arztbild geben, das diesen grundlegenden Aspekt des Vertrauens und der Fürsorge ignoriert. Dafür müssen aber auch bestimmte Aufgaben viel stärker zu den Kompetenzen des Arztes zählen. Dies gilt besonders für die notwendige Zeit, die der Arzt für das konkrete Gespräch mit dem Patienten braucht. Gerade heute brauchen die Patienten eine eingehende ärztliche Beratung, damit sie Nutzen, Risiken und Unsicherheiten besser verstehen. Selbstbestimmung, die zweifellos auch ein wichtiges ethisches Prinzip ist, und Fürsorge müssen in Balance gebracht werden. Der Patient will vom Sinn der Therapie überzeugt werden, damit er wirklich auch die Medikamente regelmäßig einnimmt.“

Lehmann weiter: „Es darf nicht geschehen, dass die Behandlung nur auf das „medizinisch Notwendige“ eingeschränkt wird. Hier habe ich eine gewisse Sorge vor einem Wettbewerb, den ich nicht wegen der Konkurrenz fürchte, sondern deswegen, weil sich derjenige durchsetzen könnte, der den Menschen nicht ganzheitlich sieht, sondern als „Fall“ mit bestimmten „Defekten“ klassifiziert. Hier verläuft eine sehr schmale Grenze, die zu Gratwanderungen führen kann: Notwendige ökonomische Einschränkungen („Budgetdeckelungen“, Personalreduzierungen, Verweildauer usw.) dürfen ein humanes Maß nicht unterschreiten. Bürokratische Erfordernisse müssen immer wieder auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Sie dürfen nicht so überhand nehmen, dass menschliche Begegnung, Zeit für ein Gespräch usw. zu

kurz kommen oder gar ein schlechtes Gewissen verursachen. Die Rolle des Gesprächs im Arzt-Patienten-Verhältnis darf überhaupt nicht überschätzt werden. In ihm erfolgt ein gewisser Ausgleich zwischen Arzt und Patient, den Gesunden und den Kranken, dem Experten und dem Betroffenen. Das Gespräch nähert beide einander an. Es verbessert in hohem Maß, wenn es wirklich ein Gespräch ist, den Wissensstand und die Einsicht des Patienten. Es hilft aber auch dem Arzt viel zum Verständnis des konkreten Menschen. Vertrauen und Fürsorge können in einem solchen Gespräch ihre Überzeugungskraft gewinnen. Der Patient wird dadurch auch stärker in das Behandlungskonzept einbezogen.“

Das Statement von Kardinal Lehmann weist auf die konkreten Probleme hin: Der Arzt ist das letzte Glied der Kette und hat es gegenüber den Patienten, aber auch gegenüber seinem eigenen Gewissen zu verantworten, wenn Kranke vermeintlich schlechter versorgt werden und die Kritik an der „Zwei-Klassen-Medizin“ mehr und mehr berechtigt erscheint.

Es sind die Rahmenbedingungen, die die Weichen in diese Richtung stellen – und diese müssen überarbeitet werden bzw. immer und immer wieder überprüft werden.

Dabei sind nicht nur Ärzte und Politiker gefragt! Entscheidend bei einem solchen Prozess ist auch derjenige, der letztlich davon betroffen ist: Der Patient selbst!

Vielleicht ein guter Punkt zur Diskussion? Wir würden uns freuen, wenn wir Sie zum Nachdenken angeregt haben!

## **Leitliniengerechte Therapie der Osteoporose: Keine Angst vor Regressen**

Rund 7,8 Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer Osteoporose – trotzdem werden nur rund 22 Prozent von ihnen eine spezifische Therapie. Grund dafür ist häufig die Angst der niedergelassenen Ärzte vor einem Regress; also vor finanziellen Sanktionen, die immer dann entstehen, wenn zu überdurchschnittlich oft teure Präparate verordnet werden. Der Gesetzgeber geht in diesen Fällen nämlich davon aus, dass diese hohen Kosten für Verordnungen nicht aus medizinischer Notwendigkeit entstehen. Gerade im Bereich der Osteoporosebehandlung haben

viele Ärzte die Befürchtung, gerade wegen der recht hohen Therapiekosten zur Kasse gebeten zu werden.

Diese Sorge ist jedoch unbegründet, wie Rechtsanwalt Jörg Hohmann, Inhaber einer Kanzlei für Medizinrecht, auf dem letzten Osteologie-Kongress in Hannover eindrucksvoll darlegte.

Therapien haben nämlich, laut Paragraph 2 des Sozialgesetzbuches V, in „ihrer Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.

Im Bereich der Osteoporose ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse bestens dokumentiert – anhand der aktuellen Leitlinien des DVO, die neben der Knochenmineraldichte auch weitere Faktoren einbeziehen, denn neben Alter und Geschlecht sind auch weitere Risikofaktoren wie Körpergewicht und Stürze relevant für das persönliche Frakturrisiko. Medikamentös behandelt werden sollen nach der DVO-Leitlinie zum Beispiel Frauen über 70 Jahre, wenn die Knochendichtemessung einen T-Wert (Standardabweichung von der mittleren Knochendichte eines jungen gesunden Erwachsenen) von minus 2,5 oder kleiner ergibt.

Frauen im Alter zwischen 60 und 65 Jahre mit einer solchen Knochendichte benötigen nur dann eine spezifische Osteoporose-Medikation, wenn sie noch weitere Risikofaktoren haben.

**Wichtig:** Die Sorge, für die Verordnungen in Regress genommen zu werden, ist dabei unbegründet. Schließlich heißt es in den Arzneimittelrichtlinien: „Für die Verordnung von Arzneimitteln ist der therapeutische Nutzen gewichtiger als die Kosten. Dabei ist auch die für die Erzielung des Heilerfolges maßgebliche Zeit zu berücksichtigen“ (Nr. 12 AMR). Und weiter in Nr. 24: „Der Vertragsarzt soll bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Wirtschaftlichkeit auch den Preis des Arzneimittels berücksichtigen. Dies bedeutet nicht, dass nur preisgünstigere Arzneimittel verordnet werden dürfen. Auch teurere Arzneimittel können nach ärztlichem Ermessen im Hinblick auf die Umstände des Krankheitsfalls erforderlich sein.“

Selbst der Bundesgerichtshof hat festgestellt, dass „finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung unbeachtlich sind“ (BGH vom 12.03.2003 - IV ZR 278/01).

**Fazit:** Die Angst vor einem Regress ist verständlich, bedeutet ein Regress für den Arzt doch neben erheblicher Bürokratie auch gegebenenfalls hohe Kosten. Trotzdem ist sie gerade im Bereich der Osteoporose unbegründet – im Gegenteil: Die leitliniengerechte Behandlung, beispielsweise mit Bisphosphonaten, steht all den Patienten zu, die laut der Leitlinie des DVO eine Therapie benötigen. Dementsprechend sollte eine leitliniengerechte Behandlung auch eingefordert werden.

**Netzwerk-Osteoporose e. V - Ludwigstr.22 - 33098 Paderborn**

**Tel/Fax: 05251-280 586      Tel.: 05251- 2 11 20**

**Mobil: 0172- 83 78 965**

**E-mail:netzwerk-osteoporose@t-online.de**