



» PRINZIPIEN DER HEILKUNST « | von Stefan Streit

*Qualitätsmanagement- und Prozessanalyse für das Regelsystem der
Hausarztmedizin in Deutschland 2017*

2. vollständig überarbeitete und auf dem EBM 2013 hin korrigierte Auflage

*»Wenn ein Mann nicht so denkt wie wir,
sagen wir er sei ein Spinner,
und damit ist die Sache erledigt.*

*Ich meine heutzutage ist es damit erledigt,
weil wir ihn heute eben nicht mehr verbrennen können.«*

Mark Twain

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage	2
FAZIT Kernaussagen der Kapitel	13
EINLEITUNG	15
1 Wie der Hausarzt von der Kassenärztlichen Vereinigung gesteuert wird	34
Die fatale Benutzung von Begriffen. Wie in einem totalitären System.	34
Ein Rezept bitte, die Ablaufsteuerung der Arzneimittelverordnung	42
»aut idem« ohne Ende	50
Von der Diagnosestellung für die Patienten hin zur Verschlüsselung für die Verwaltung	57
»Chronische Krankheit« bis zum 30. 09. 2013	70
»Chronische Krankheit« ab dem 01. 10. 2013	72
Mal eben ´ne Überweisung	79
Der Antrag auf Rehabilitation	80
Von Krankentransporten und Hausbesuchen	83
Die Verordnung von Heilmitteln <i>(Massage, Ergotherapie, Krankengymnastik)</i>	93
Der »Gelbe« die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	100
Missbrauch der ärztlichen Krankenakte für die Begutachtung ohne Untersuchung	102
Die gutgemeinten Vorsorgeprogramme	103
Vorsorge allgemein	103
Krebsvorsorge allgemein	107
Vorsorge als IGeL, also gegen Geld	111
Vorsorge auf Kasse, also ohne Bezahlung	113
Gesundheitscheck 35 konkret	113
Krebsvorsorge beim Mann konkret	115
Hautkrebsscreening konkret	116
Darmkrebsvorsorge	117
Zusammenfassung: Nutzen der Vorsorgeuntersuchungen	118
Prävention vor Ansteckung	119
Prävention in der Politik	124
Prävention für die Arztpraxis selbst	127
»Mal eben eine Laboranalyse«	130

DMP - Disease-Management-Programme.....	133
Die sogenannte »Gesundheitskarte«.....	139
Ablauf der Medikamentenverordnung heute: auf Papier!.....	139
Ablauf der Medikamentenverordnung in Zukunft: auf der Gesundheitskarte.....	140
Ablauf der Medikamentenverordnung mit der Onlinevariante der Gesundheitskarte.....	144
Von der Insel ins Netz.....	145
Kosten der Vernetzung.....	151
Problem Datensicherheit und Datenschutz.....	152
Grundsätzliche Probleme zum Identitätsabgleich.....	154
Praktische Probleme zum Identitätsabgleich.....	158
Unerwünschte Nebenwirkungen der Gesundheitskarte.....	163
 2 / <i>Arztberuf, mehr als ein Job: Burnout und Suizid</i>	167
Notdienst aus der Sicht des Arztes.....	174
 3 / <i>Kann der niedergelassene Arzt überhaupt als freiberuflicher Unternehmer bezeichnet werden?</i>	181
Namensgebung.....	181
Offizielle Arbeitszeitvorgaben für den selbstständigen Arzt.....	182
Von Urlaubsvertretung, Notdienst und Sicherstellung.....	184
Eingriffe in die Prozessgestaltung bei der Laborreform durch die Kassenärztliche Vereinigung.....	186
Eingriff in die Prozessgestaltung bei den Disease-Management-Programmen.....	193
Eingriff in die Prozessgestaltung bei der integrierten Versorgung.....	194
Verlust des Gepräges der Selbstständigkeit durch Hausarztverträge.....	196
Aspekte der Scheinselbstständigkeit im Innenverhältnis von Gemeinschaftspraxen.....	198
 4 / <i>Wie hoch sind die Erstellungskosten und die Vergütung von Einzelleistungen?</i>	201
Eckdaten zur Versorgungsforschung in der hausärztlichen Medizin.....	201
Test auf Blut im Stuhlgang.....	204
Urin-Status.....	204
Blutabnahme.....	204
INR Management.....	204

Blutsenkungsgeschwindigkeit	205
Blutzucker-Schnelltest	205
Ruhe EKG	205
Lungenfunktion	205
Krebsfrüherkennungsuntersuchung für den Mann	206
Gesundheitsuntersuchung	206
Schilddrüsen-Sonografie	206
Abdomen-Sonografie	206
Weitere Verwerfungen im Bezug auf angeforderte Leistungen und die dann gewährte Vergütung	207
5 / Was der Arzt für wen tun soll	213
Die Patienten und die Ärzte	213
Die Krankenkassen und die Ärzte	222
Die Bewertungsportale und die Ärzte	223
Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärzte	225
Die Versicherungen und die Ärzte	233
Berufshaftpflichtversicherung	233
Private Krankenversicherung	239
Die gesetzliche Unfallversicherung und die Ärzte	241
Die Medien und die Ärzte	246
Die Stadtverwaltungen und die Ärzte	252
Einwohnermeldeamt/untere Gesundheitsbehörde und die Ärzte	254
Die Versicherungen und die Ärzte II	263
Die Krankenkassen und die Ärzte II	267
Die Politiker und die Ärzte	270
Konzept der Allmende	285
Spirituelle Regelsysteme	291
Der Arzt und sein Selbstbild	300
6 / Kassensturz - wie fließt das Geld	302
Die harten Fakten der Vergütungsordnung	304
Laufende Gesamtkosten	313
7 / Wieviel Zeit bleibt für die Kassenpatienten?	316
Realitätscheck zum Problem des Regelleistungsvolumen	336
Realitätscheck zum Problem der Juniorpartner	338
Effekte bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte mit Absenkung der Minutenvergütung	340

8 / Institutioneller Missbrauch der Arztminute	342
Institutioneller Missbrauch der Sprechstunde.....	342
Vom Antrag auf Abweichung vom Behandlungspfad.....	348
Fehlende Würdigung des Arztzeitverbrauch - konkret!.....	357
Kathetersets.....	358
Impfungen.....	358
Hautkrebsscreening.....	361
Arztzeit als Rohstoff.....	362
Prozessqualität vs. Ergebnisqualität.....	365
9 / Armut als Ursache für den Verbrauch von Arztminuten	369
Fehlende Würdigung des sozioökonomischen Status der Patienten als Morbiditätsfaktor.....	369
Psychische Erkrankung als fehlende soziale Ressource zweiter Ordnung.....	378
Fehlende Würdigung der häufigeren hausärztlichen Inanspruchnahme durch Patienten mit niedrigem sozioökonomische Status.....	381
10 / Visionen und Möglichkeiten	387
Zu EINS: Hausbesuche, Krankentransporte, Maßnahmen zur Wieder- erlangung oder zum Ersatz von fehlenden Fähigkeiten.....	387
Zu EINS: realistische Möglichkeiten der »Gesundheitskarte«.....	395
Zu EINS: ärztliche Verordnungen aller Art.....	398
Zu EINS: Gedanken über Globale Ziele und Reparaturdienstverhalten...399	
Zu ZWEI: Wie wird der Arzt von der gesetzlichen (und der privaten) Krankenkasse bezahlt.....	401
Zu DREI: Selbstständigkeit.....	401
Zu VIER: Erstellungskosten und Vergütung.....	403
Zu FÜNF: Kassenärztliche Vereinigung und die Ärzte.....	403
Zu FÜNF: Versicherungen und die Ärzte.....	405
Zu FÜNF: Unfallversicherungen und die Ärzte.....	406
Zu FÜNF: Medien und Ärzte.....	408
Zu FÜNF: Politik und die Ärzte.....	411
Zu FÜNF: Arzt und sein Selbstbild.....	416
Zu SECHS: arztfremde Verwaltungsarbeit in der Arztpraxis.....	418
Zu SIEBEN: Arztzeit für die GKV-Versicherten.....	423
Zu ACHT: zur Endlichkeit von Ressourcen.....	424
Unendlichkeit in der Mathematik und der Physik.....	425
Unendlichkeit in biologischen Systemen.....	430

Unendlichkeit in psychisch-sozialen Systemen	434
<i>Zu NEUN: Regeln zur Verteilung von Ressourcen</i>	442
<i>Zu ZEHN: Regeln als Ressource – Götterdämmerung im deutschen Kassenarztsystem</i>	452
Zusammenfassung zu Fehlern und Fehlverhalten nach Ariely ^[246]	469
Regeln für Regelmacher nach Streit	470
FAZIT Kernaussagen der Kapitel II	473
Epilog	475
Dank an	486
»The BLOG of Change«	
Neuigkeiten und Ereignisse während der Abfassung des Manuskripts	487
Anhang für Berechnungen	490
Anhang 1: Nur der Nostalgie wegen: Die »Praxisgebühr«	490
Anhang 2: Regelungen zur Hausbesuchsvergütung	493
Anhang 3: Berechnungsbasis der Erstellungskosten für Einzelleistungen	495
Anhang 4: EBM seit 01. Oktober 2013	509
Anhang 5: alte Honorarordnung »EBM« vor dem 30. 09. 2013	522
Impressum	526
Literaturverzeichnis	528

FAZIT | Kernaussagen der Kapitel

- EINS** Das Gesundheitswesen in Deutschland ist der letzte real existierende Sozialismus neben Nordkorea und Kuba.
- ZWEI** Das Vergütungssystem der niedergelassenen Ärzte ist formal und inhaltlich fehlerhaft.
- DREI** Eine freiberufliche-selbstständige Tätigkeit ist bei niedergelassenen Ärzten kaum noch erkennbar.
- VIER:** Die Vergütung der niedergelassenen Vertragsärzte orientiert sich nicht an den Kosten die entstehen, wenn die Leistungen in der vertraglich festgelegten Art und Weise erbracht werden sollen.
- FÜNF** Die allgemeinen Begehrlichkeiten gegenüber der Arztminute sind enorm stark und vielfältig.
- SECHS** Die ärztliche Vergütungssystematik für die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten ist einerseits extrem reguliert, andererseits kann betriebswirtschaftlich nicht dargestellt werden, wie eine Arztpraxis betrieben werden soll.
- SIEBEN** Es gibt viel weniger Arztminuten als geglaubt, die Kalkulation ist falsch.
- ACHT** Die gegenwärtigen Regeln ökonomischer Prägung verursachen ein vorhersehbares Scheitern, entweder des gesamten Systems oder beim einzelnen Arzt.
- NEUN** Die konkrete ärztliche Sprechstunde, wie auch das Gesundheitswesen als Ganzes, scheitert vorhersehbar, wenn die Bedeutung der sozioökonomischen Situation der Patienten nicht berücksichtigt wird.
- ZEHN** Es gibt kein einfaches Regelwerk für den Umgang mit Allgemeingütern, wie zum Beispiel bei der »Zeit der anderen«. Kann ein gesellschaftlicher Konsens bei solchen Fragen erreicht werden, ist damit eine nachhaltige, gesundheitserhaltende Lebenssphäre entstanden, in der eine sinnhafte Lebenswirklichkeit für einzelne Menschen realisiert ist.



»Irgendeiner wartet immer.«

Aus einem bekannten Drama um Menschliches, ums Geschäftemachen und ums Überleben.

EINLEITUNG

Schön, dass Sie sich für die Arbeit des Hausarztes im Deutschland des 21. Jahrhunderts interessieren. Ich bin gern Hausarzt an dem Platz, an dem ich arbeite und wohne. Mitten in Köln sind wir – meine Frau und ich – quasi Dorfärzte. Wir leben in dem Viertel, in dem auch unsere Patienten wohnen. Beim Einkaufen oder im Sportverein treffen wir unsere Patienten. Wir sind die Experten für Normalbefunde, Normabweichungen und Befindlichkeitsstörungen. Machen wird unseren Job gut, finden wir in dem Meer aus allzu menschlichen Missempfindungen, Klagen, Wünschen und Ängsten, den, der zu ertrinken droht. Und vielleicht können wir sogar ein bisschen mehr als das.

Ich möchte Sie mitnehmen in meinen Alltag. Auch dabei geht es um Menschliches, ums Geschäftemachen und ums Überleben. Als Hausarzt bin ich ganz nah dran am echten Leben. Das ist schön und manchmal auch nicht. Man kann es einfach nicht regeln: Sei es die Intensität, mit der ein mir gegenüber sitzender Patient meine Präsenz einfordert, oder einfach, weil viele Patienten gleichzeitig ohne Termin in die Akutsprechstunde kommen. Es sollen hier aber keine traurigen Fallberichte aufgerollt werden, warum etwas nicht geklappt hat. Es soll vielmehr gezeigt werden, was ein Hausarzt alles anstellen muss, damit trotz der ganzen Eingriffe von außen, doch noch Sprechstunde möglich ist. Sprechstunde, mit einer kurzen reflektierenden Pause danach. Was »Sprechstunde« bedeutet, können Sie ermessen, wenn Sie sich an den verwunschen-bedrohlichen Zauber erinnern, der von dem gewichtig gelesenen Wort »Dschungel«, am Beginn der Geschichte von Mogli, Baghira und Balu ausgelöst wird. Hoffnungen, Nöte, echte und falsche Freunde, Mut, Fehler, Überraschungen, Schwäche, das Hin- und Hergerissensein und der unbändige Sog der menschlichen Verfasstheit, werden viel deutlicher spürbar, wenn sich die schweren, feuchten Blätter des Urwaldes hinter einem schließen. Nach dem man die Alltagswelt hinter sich gelassen hat scheint hier alles möglich. In der Sprechstunde ist es wie im Dschungel, auch hier ist ein Raum für Dinge, die im normalen Alltag für unmöglich gehalten werden. Dieses Buch handelt aber fast nie von den Geschichten der Sprechstunde selbst. Dieses Buch erzählt von den Kettensägen,

den Bulldozern, den giftigen Abwässern der Goldsucher, von Brandrodungen zur Landnahme und den Massakern an der Sprechstunde. In der Folge wird vor allem von dem Bezugsrahmen die Rede sein, der den Hausärzten von Politik, Verwaltung und Interessenvertretungen gesteckt wird. Nur selten wird in diesem Buch die Rede von »richtiger Medizin« sein. Und so beginnen wir:

Im Jahr 2010 versuchte die Medizinadministration, eine Grippepandemie im Rahmen eines sozialen Normalbetriebes zu verwalten. Sie erinnern sich sicher an die Schweinegrippe und die eigenartigen Geschichten rund um die Impfung dagegen. Auf der einen Seite Ihrer Tageszeitung lasen Sie Berichte von sterbenden Menschen in Mexiko. Auf der nächsten Seite irritierten die eigentümlichen Presseverlautbarungen zu den eiligst hergestellten und an die Verwaltung verkauften Notimpfstoffen. Im Nachhinein kann gesagt werden: die Bevölkerung hatte kein Vertrauen zu den Entscheidern und sie hatte sich – diesmal (!) offensichtlich zu Recht – nicht impfen zu lassen. Der Kölner Stadtanzeiger schreibt am 30.11. 2011: 16 Millionen Dosen Grippeimpfstoff mit einem Materialwert von 130 Millionen Euro sind vernichtet worden. 34 Millionen Impfungen wurden von den Bundesländern gekauft, nur 5,3 Millionen wurden verimpft. Interessant wäre es gewesen, den Marktwert der Medikamente für 2009 zu erfahren. Eine einzelne Spritze Regelgrippeimpfstoff kostet im Jahr 2011 ca. 29,00€. Nimmt man 20 Stück ab, bekommt man sie für ca. 19,00€ das Stück. Da es sich seinerzeit um die Herstellung eines Notimpfstoffs in einer Zwangslage handelte, wobei zusätzliche Produktionsprozesse erforderlich wurden, ist nicht vorstellbar, dass dieser Impfstoff für 8,15€ zu bekommen war. Dies wäre aber der Einzelpreis einer von 16 Millionen Impfstoffdosen zum Preis von insgesamt 130 Millionen Euro gewesen. Da nur für 43 Millionen Euro Impfstoff verimpft wurde, kann man zusammenfassen, dass 250 Millionen Euro allein auf Grund mangelnden Vertrauens vernichtet wurden. Dies muss größtenteils, als Folge der Entscheidung für einen vermeintlich besser verträglichen Impfstoffes für bestimmte Personengruppen (*»Prominentenimpfstoff«*) gesehen werden. Die Wahrnehmung dieser Zweiklassen-Maßnahme war in der Bevölkerung verheerend. Ebenso hat die desillusionierende Hilflosigkeit in der Öffentlichkeitsarbeit dazu geführt, dass die Menschen sich nur noch auf ihre Intuition verlassen haben. Eine Krisenbewältigung, die diesen Namen verdient, wäre ab diesem Zeitpunkt überhaupt nicht mehr möglich gewesen. Im Falle einer echten Pandemie wäre bereits an diesem Punkt alles, aber auch wirklich alles, unkorrigierbar außer Kontrolle geraten. Zudem hat sich die Haltung der Patienten zur Regelgrippeimpfung, in den darauf folgenden Jahren drastisch

zu Ungunsten der Impfung verändert. Es ist trotz des menschlichen Impulses bei unentscheidbaren Situationen »Nichts« zu tun, trotz der wenig hilfreichen Kommunikation des Problems durch die Entscheider und durch die Medien, einfach so noch mal gut gegangen. Man kann das Ganze einfach nur als Probe-
lauf oder auch als ein Selbsteingeständnis sehen, dass eine Großkatastrophe eben nicht mit den Möglichkeiten einer Verwaltung zu lösen sein wird. 2011 wird in einer Publikation der Ärztekammer das ganze Dilemma offenbar. ^[2] In diesen Texten spürt man einerseits die Angst, dass das öffentliche Leben könnte, ausgelöst durch die massenhafte Erkrankung von Menschen, zum Erliegen kommen. Auch wenn die Erkrankung bei den meisten eher undramatisch erwartet wurde, wenn man Bettlägrigkeit bei hohem Fieber und dem Krankheitsgefühl außer Acht lässt, so sah man vor allem die öffentliche Ordnung bedroht. Dies zu recht! Andererseits liest man hier auch jetzt noch, nach dem kommunikativen Desaster, vom erklärten Wille eine katastrophale Epidemie mit den Mitteln und Werkzeugen des Alltages bewältigen zu wollen. Was das Ganze für unsere Überlegungen interessant macht, ist dass die Probleme des medizinischen Regelbetriebes sichtbar werden. Nur sind die Prozesse eines drohenden Ärztemangels, wie im Zeitraffer im Reagenzglas anzuschauen. Bei der Pandemie werden es nicht weniger Ärzte und mehr Patienten, sondern es werden im Rahmen einer Krisensituation auf einmal sehr, sehr, sehr viel mehr Patienten.

In dem Artikel des Deutschen Ärzteblatts wird festgestellt, dass »die Behandlung auf Grund der hohen Ansteckungsgefahr sehr aufwendig sein wird«. Im begleitenden Foto wird ein Mann in einem Ganzkörperschutzanzug, mit Latexhandschuhen, Schutzbrille und Gesichtsmaske gezeigt, der mit einem Distanzthermometer Passagiere in einem Flugzeug auf Fieber und so den Verdacht auf Grippe kontrolliert. Allein diese Schutzgegenstände liegen sicherlich nicht in ausreichender Zahl vor. Und folgerichtig wird einige Zeilen darunter festgestellt, dass »die Reserven in einem solchen Fall schnell aufgebraucht sein könnten«. Es wird damit schon klargemacht: auf Seiten der Helfer wird es Helden geben müssen, die wie im Falle von Tschernobyl in den Reaktor gehen. Diese Helden werden ahnen, dass sie vielleicht sterben werden, und man wird ihnen erklären, dass nur sie helfen können – wer sonst? – um ein Massensterben zu verhindern. Was den Reaktorunfall in Russland angeht, da bin ich mir nicht so sicher, ob die »Helden« freiwillig zu Helden wurden oder, ob sie mit vorgehaltener Waffe zum Helden gemacht wurden. Dann wird für die Seite der Patienten klargestellt, dass die Zuteilung von Medikamenten nach gerechten Kriterien erfolgen soll: Dazu wird zuerst einmal eine gesetzliche Regelung ein-

gefordert. Darin soll festgeschrieben werden, wer zuerst versorgt wird. Und mit dieser Regelung soll den Helfern dann erklärt werden, wem sie wie zu helfen haben. Im Folgenden werden drei verschiedene Listen angeführt: 1. der nationale Pandemieplan Deutschlands, der leider die Lebensmittelversorgung, das Kommunikationswesen und die Installateure und Energieversorger vergessen hat; 2. die Schweizer Pandemieverordnung, die nahezu alle Personen zuerst versorgen müsste, und 3. das Regelwerk des Medizinethikers Hans-Martin Sass, der in lockerer Du-Anrede sehr allgemein formuliert, man müsse schon hart durchgreifen.

Nur in Nebensätzen wird ein Blick auf die wahre Katastrophe gewährt:

»Die häusliche Versorgung [Anmerkung: mit Medikamenten] [...] gehört zu den ungelösten Problemen. Die Helfer müssen lernen, mit solchen Bedingungen umzugehen. Im Katastrophenfall rückt die Gesundheit der Bevölkerung gegenüber dem Grundrecht des Einzelnen in den Vordergrund.« Wirkliche Hilfe zur Bewältigung einer Krise stelle ich mir anders vor. Gibt es eine Gesundheit der Bevölkerung unabhängig von der Gesundheit der Individuen?

Vielleicht sollte man sich einfach mal von einer Illusion verabschieden. Diese Illusion besteht in dem Wunschdenken, dass wenn 20 % der Bewohner Deutschlands an »einer echten Grippe« erkranken und die Hälfte der Erkrankten sterben wird (*wir sprechen also von sechzehn Millionen Erkrankten und acht Millionen Sterbenden*), dies einfach verwaltet werden könnte. Dies ist kein Regelbetrieb! Es gibt 330.000 Ärzte in Deutschland (*Augenärzte, Ärzte in Behörden, Ärzte im Ruhestand und Pathologen mitgezählt.*)^[3] Auf jeden dieser Kolleginnen und Kollegen kommen somit statistisch 48 Patienten, von denen 24 sterben werden. Dies aber nur unter der Voraussetzung, dass die anderen 64 Millionen Menschen in Deutschland in der Zwischenzeit völlig gesund bleiben. Und unter der Annahme, dass kein einziger Arzt erkrankt oder stirbt. Für die Patientenbehandlung stehen dann auf Grund ihrer Berufsausübung wahrscheinlich nur ca. 220.000 Ärzte zur Verfügung. Nur diese Ärzte sind zur Versorgung der dann aufkommenden Probleme bei den Patienten auf Grund ihrer Ausbildung und auf Grund der Lebenssituation in der Lage. Mit dieser reduzierten Ärztezahl wächst die Zahl der zu versorgenden Patienten pro Arzt schon auf 72, die der Sterbenden auf 36.

Klar muss sein, dass die unterstellte Verfügbarkeit von 220.000 Ärzten ein sehr optimistisches Szenario ist. Würde man von der Fachrichtung her schauen, ergäben sich folgende Zahlen: 12.000 Kinderärzte, 44.000 Internisten und 43.000 Allgemeinmediziner sowie 98.000 in der Ausbildung befindliche Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, das sind 197.000 Ärzte für die Behandlung der Influenza. Von der Struktur der Ärzteschaft her betrachtet, ergäbe sich folgendes Bild: 105.000 Ärzte sind ohne ärztliche Tätigkeit, also in Rente und haben keine Praxis, 19.000 arbeiten in anderen Bereichen, 10.000 in Körperschaften und Behörden, 13.000 sind leitende Ärzte im Krankenhaus es bleiben dann 183.000 Ärzte für die Akutversorgung der Patienten bei einer Pandemie. Wie schon gesagt, 220.000 Ärzte für Deutschland sind also eine sehr optimistische Schätzung!

In den Überlegungen der Grippepandemie geht es um Menschen, die unter normalen Umständen mindestens im Krankenhaus überwacht wären, wahrscheinlich sogar auf der Intensivstation liegen würden. Ein am akuten Lungenversagen leidender Mensch würde »im Normalfall« nicht einfach zu Hause mit atemnotdämpfenden Mitteln behandelt, damit er ohne Luftnot sterben kann. Aber, Sie wissen ja jetzt, noch nicht einmal diese Medikamente stünden in ausreichender Menge zur Verfügung.

Die offene Frage ist vielmehr: Können die Denker und Entscheider glaubhaft kommunizieren, dass alles Notwendige angemessen getan wird? Schenkt die Bevölkerung der Politik das Vertrauen? Kommen da Zweifel endet in der Grippepandemie der bürgerliche Konsens, es beginnt der Straßenkampf. Stellen Sie sich einfach vor Ihr(e) Partner(in) würde hohes Fieber bekommen, könnte nicht mehr aufstehen, würde erbrechen und Durchfall haben. Dazu käme Husten und stärkstes Krankheitsgefühl. Sie haben sogar das Glück, dass ein Arzt zum Hausbesuch kommt. Was werden Sie denken, wenn der Arzt Ihnen dann sagt, er habe nur noch Morphium, damit Ihr Partner ohne Luftnot sterben kann. Es stünden ihm im Moment pro Patient für 2 Tage Morphium zur Verfügung. Was danach werden soll, wüsste er auch nicht. Antivirumittel habe er nicht mehr, Antibiotika gegen eine sich häufig auf die Influenza aufpfropfende Lungenentzündung auch nicht. Impfstoff sei schon lange nicht mehr verfügbar. Plötzlich sind Sie aus einem der besten Gesundheitssysteme Zentraleuropas nach Zentralafrika katapultiert. Sie können vor allem hoffen. Sie werden von einem Schwarzmarkt hören für Virusmittel, Antibiotika, Morphium, Wundermittel. Sie werden nicht sicher sein können, ob wirklich Wirkstoff in der Tablette ist, aber Sie werden sie kaufen wollen. Eine Schachtel für eine Unze Gold, wäre

ein denkbarer Kurs. Geld hilft hier nicht mehr. Geld hat nur Wert, wenn auch morgen noch an den Wert des Geldes geglaubt und vertraut wird. Sie haben kein Gold, na dann eben nicht. Sehr schnell werden Sie darüber nachdenken, wie Sie sonst noch an das vielleicht helfende Medikament für Ihre(n) Partner(in) kommen könnten. Es werden Ihnen je nach sozialer Möglichkeit und je nach Persönlichkeitsstruktur unterschiedliche Lösungen einfallen. Sie werden fragen, wie wohl die wenigen Plätze auf den Intensivstationen vergeben werden, wo die Patienten beatmet und möglicherweise so vor dem sonst sicheren Tod gerettet werden. Wer verteilt diese vielleicht lebensrettenden Behandlungsplätze? Wer bekommt ein Beatmungsgerät, wo doch hunderte oder tausende Menschen gleichzeitig ein solches brauchen? Sind Sie sicher, dass die Verteilung mit rechten Dingen zugeht? Auch dann noch, wenn für Ihren Partner noch nicht einmal in Betracht gezogen würde, dass hier eine Beatmungsbehandlung durchgeführt werden könnte? Auch dann noch, wenn der sehr gut situierte, aber betont unauffällig lebende Nachbar, irgendeinen Einfluss geltend machen konnte, damit sein – wie sie wissen – ebenfalls kranker Partner gerade mit einem Krankenwagen abgefahren wird? Beim Blick aus dem Fenster sehen Sie, wie Ihr Nachbar zur rettenden Beatmungshandlung gefahren wird. Wenden Sie dann den Blick ihrem Partner zu, müssen Sie ertragen wie er oder sie röchelnd atmet und dennoch nicht genug Luft bekommt; das tagelange Fieber den Körper so aufzehrt, dass Sie zusehen können, wie er/sie dahinschmilzt. Sie müssen mit ansehen, dass die Trinkmenge nicht ausreichend ist, Sie aber nichts dagegen tun können. Dies alles in dem Wissen, das früher, im »normalen Leben«, vor der Pandemie, alles einfach hätte behandelt werden können. Ich glaube, Sie stimmen mir zu, dass in dieser Situation der bürgerliche Konsens bereits Vergangenheit ist. Wäre die Gesundheitssituation ihres Partners gleich, aber Sie wären überzeugt es wäre alles denkbare getan worden; es gäbe ein transparentes Verfahren wer wann wie behandelt wird, dann könnten Sie vielleicht den Tod Ihres Partners als schicksalhaft hinnehmen. Dazu werden Sie aber nur dann bereit sein, wenn die Umstände nicht befürchten lassen, dass der Tod ihres Partners beliebig und vielleicht vermeidbar gewesen wäre. Damit eine Aufkündigung des »bürgerlichen Konsenses« nicht stattfindet, müssen gute Gründe geliefert werden. Dafür bedarf es des Vertrauens in die Regeln und in die Regelmacher. Und wie kann man dieses Vertrauen gewinnen? Vorher! Vertrauen die Helfer in einer Krise? Nein? Das ist schlimm, dann kommen die nämlich einfach nicht zur Arbeit! Es sind Befragungen durchgeführt worden, mit niederschmetterndem Ergebnis. Vor allem kommen die im Gesundheitswesen Tätigen nur dann, wenn sie auch gute Gründe dafür haben. Der Mensch

unterscheidet sich vom Tier: Er kann auf das Feuer zugehen, während das Tier immer fliehen muss. Den Gang Richtung Feuer tut der Mensch aber in der Regel nur aus sehr gutem Grund. Läuft alles schief, und kann keine Motivation und kein Vertrauen aufgebaut werden, dann kommen bei einer Grippepandemie nur 14,4 % aller im Gesundheitsbereich Arbeitenden an ihren Arbeitsplatz. Diese Ergebnisse wurden zusammengestellt, von Manfred Spitzer, einem der einflussreichsten deutschen Forscher, der regelmäßig die neusten Erkenntnisse »der Hirnforschung« auf deren Alltagswirkung ausleuchtet. Herr Spitzer kommt hier zu dem Schluss: »Geld allein rettet uns nicht im Ernstfall. Die Impfung derer, die das Risiko auf sich nehmen (*und von deren Familien*) schon eher. Des Weiteren werden sich Offenheit, Ehrlichkeit, ein gutes Arbeitsklima und eine Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten ebenso auszahlen wie Investitionen, Schulung und Training. Wissen bewirkt Autonomie, Vertrauen auch, Offenheit und Ehrlichkeit auch. Dies mögen die Verwaltungen in Zeiten ohne Pandemie bedenken. Kontrolle mag gut sein, Vertrauen ist im Ernstfall wesentlich besser!« ^[4] An dieser Stelle sei der kurze Hinweis auf die Ebolaepidemie im Jahr 2014 erlaubt. Auf die Problematik der Isolation als Strategie, zur Bewältigung solcher Katastrophen wird im Abschnitt zur Vorsorge intensiv eingegangen.

Zuerst aber geht es in der Sprechstunde der Hausärzte nicht um Katastrophen, sondern um Vertrauen. Der Umweg über die Pandemie sollte nur einmal den Endpunkt der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Entwicklung vorwegnehmen. Die Gesundheitsadministration diskutiert gegenwärtig eine sogenannte »Priorisierung« – ein schöneres Wort für Mangelverwaltung. Nein, Rationierung gibt es in Deutschland nicht, soll es auch in Zukunft nicht geben, so ein hässliches Wort. Rationierung wäre eine politische Festlegung an welcher Stelle zu sparen sei. Diese öffentliche Diskussion möchte die Politik der Bevölkerung, wie so vieles Unappetitliche, ersparen. Bei der Priorisierung wird politisch nur die zur Verfügung gestellte Geldmenge festgesetzt. Die konkrete Sparsentscheidung wird den Ärzten überlassen. Das ist günstiger, zumindest mit Hinblick auf die nächste Wiederwahl. Das Geld reicht nicht, um alle mit allem zu versorgen. So behaupten es die Entscheider des Gesundheitswesens. Aber wer welche Behandlung brauche, das können nur die Ärzte entscheiden. Stimmt das? Als Heilmittel für das kranke Gesundheitswesen wird in dieser Situation das ärztliche Sparen propagiert. Die Frage ist natürlich an welcher Stelle. Ja, wie schafft man es das allgemeine Sparen im konkreten Arzt-Patientenverhältnis unterzubringen? Es ist von »Vorrangigkeitsprinzipien« die

Rede und »von Verteilungsgerechtigkeit nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien«. ^[2] Diese Prinzipien und Kriterien sind jedoch keine medizinischen, sondern gesellschaftliche Dimensionen.

Die Priorisierung ist nichts anderes als eine Triage im gesellschaftlichen Normalbetrieb. Hinter dem Begriff der Triage verbirgt sich ein unglaublicher Vorgang: Der erste Arzt am Unfallort muss entscheiden, wer Hilfe bekommt, wer ohne klar kommt und wer sowieso keine Chance mehr hat. Der Unfall ist nie der Normalfall, sondern immer der Un-Fall und kann so nie Vorbild für den Routinebetrieb werden. Ein Fall ist immer einer von Vielen, die miteinander verglichen werden können. Die Methode der Triage kann deshalb grundsätzlich schon in einen medizinischen Regelbetrieb keine Anwendung finden. Die Triage sollte nur dem Un-Fall vorbehalten bleiben.

So ist die Triage für die ersten Momente einer Katastrophe sicherlich eine akzeptable ärztliche Entscheidungsstrategie. Man stelle sich einen Autobusunfall vor. Ein Bus ist einen Hang hinab gestürzt, mit 30 oder 40 Fahrgästen, und es kommt der erste Notarzt vor Ort an. Was soll er machen? Er ruft Verstärkung und beginnt mit der Triage: Bei einem reicht es, ihn anders hinzulegen, damit er nicht erstickt, ein anderer hat eine Blutung, wird sie durch einen Druckverband gestoppt überlebt er. Der erste Arzt vor Ort hat nur zwei Hände. Dazwischen ängstliche Menschen, die Zuspruch einfordern. Er findet den ersten Toten. Dann hört er ein Martinshorn in der Ferne, seine Unterstützung kommt. In Deutschland ist die Alarmzeit im Rettungsdienst extrem kurz, in Städten dauert es in der Regel nur vier bis sechs Minuten, dann ist die Verstärkung da. Alles ist trainiert. Jeder Notarzt weiß, wenn er Hilfe anfordert kommt die Hilfe auch: Rettungswagen, Notarztkollegen aus dem nächsten Krankenhaus, Feuerwehrmannschaften und Hubschrauber. Das Vertrauen in sich und in die Situation ist da. Es ist am Anfang schwierig, aber Hilfe auch für den Helfer ist sicher. Dann wird mit vereinten Kräften jedem Verletzten geholfen, so gut es geht. In der Folge geht der Notfalleinsatz ganz in Routine über. Die Zahl der Retter ist groß genug, jeder macht seinen Job. Regelbetrieb auch in der Katastrophe, das geht nur, wenn Reserven da sind.

Dies ist leider im Falle der Priorisierung nicht so. Es wird vorher gesagt: »Das ist unser maximaler Geldeinsatz, mehr gibt es nicht, der Arzt teilt es unter den Bedürftigen auf.« Dann wird ausgerechnet wie viel Einsatzkräfte z.B. in 95 % aller Fälle genügen würden. Es wird also darauf gepokert, dass die fünf Prozent

Notfälle, für die die vorgehaltenen Einsatzkräfte eigentlich nicht reichen kann, doch irgendwie bewältigt wird. Auf diese Zahl wird dann das Bereitschaftspersonal reduziert. Dann wird der eine oder andere Rettungswagenstandort geschlossen. Damit es nicht zu einem völligen Fehlen von Einsatzkräften an anderer kommt, können nie alle verfügbaren Wagen und Retter zu einem Großunfall geschickt werden. Die Einsatzgebiete werden dann so groß, dass Einsatzkräfte zurück gehalten werden müssen, damit ein unabhängig von der Großschadenslage gemeldeter Herzinfarktpatient auch noch versorgt werden könnte. Es sind insgesamt weniger Helfer da, und es können auch nicht alle ausrücken. Zudem könnte zum Beispiel festgelegt werden: Egal wie viele Opfer es gibt, höchstens fünf Rettungswagen mit je zwei Rettungssanitätern und insgesamt drei Notärzte, können angefordert werden. Ein Hubschrauber darf nur angefordert werden, wenn die Überlebenschance des Patienten bei mindestens 50 % liegt. Für die standardisierte Einschätzung dieser Wahrscheinlichkeit gibt es eine Checkliste. Auf der Checkliste müssen Zahlen zusammengezählt werden, steht dort 40 %, gibt es keinen Hubschrauber, steht dort 55 % kommt er. Was glauben Sie, wie sich die Patienten in einer solchen Situation fühlen. Sie werden wahrscheinlich nichts von dieser Konstruktion wissen. Was glauben Sie, wie sich ein Notarzt oder ein Rettungssanitäter in einer solchen Situation fühlt?

Glauben Sie, dass solche Arbeitsstellen dauerhaft noch zu besetzen sind? Spätestens nach einigen desaströsen Einsätzen bei denen das bloße Fehlen von Rettern und Rettungswagen zu »moralisch-schwierigen« Entscheidungen in der Triage und danach geführt hat, wird es Diskussionen geben. Die Helfer werden in rasender Geschwindigkeit ins Burn-out laufen. Je mehr sie glauben, dass nur sie diese wichtige Arbeit, auch unter schwierigen Bedingungen, machen können, desto schneller werden sie verbrennen.

Genau dieser Prozess wird in der hausärztlichen Regelverwaltung in Deutschland durch politische Manöver herbeigeredet. Man wird sich entscheiden müssen, ob die medizinische Routineversorgung in einem der reichsten Länder der Welt (*trotz aller Schulden*) allein nach wirtschaftlichen Grundsätzen gestaltet werden soll. Die Verwertung des sogenannten Gesundheitsmarktes als »wirtschaftliche Ressource« nützt nur denen, die nicht von Angesicht zu Angesicht dem Patienten gegenüber sitzen. Der Kontakt von Versicherungsmaklern, Medizinprodukteherstellern, Verwaltungen, Krankenkassen zum Patienten beschränkt sich in der Regel auf den Austausch von Papier (*Geld/Verordnung*

gen/Formulare/Briefsendungen). Auge in Auge mit einem Menschen reagieren wir anders. Wenn man will, kann man die Angst spüren oder auch deren Fehlen. Man kann versuchen die Motivation des Gegenübers zu erraten. Man kann den Schwung dieser Motivation nutzen und versuchen mit dem Patienten eine Perspektive zu finden.

Im folgenden Abschnitt werden Sie einen der wenigen echten Blicke in ein Hausarztprechzimmer werfen können. Sie werden den selbständigen, niedergelassenen Arzt über die Schulter schauen, es gibt eine Geschichte und sie können sogar an seinen betriebswirtschaftlichen Überlegungen teilhaben.

Ein männlicher Patient so Anfang vierzig kommt zu einem geplanten Termin erstmalig am Montagmorgen in die Sprechstunde. Langsam tritt der Patient ins Sprechzimmer und setzt sich betont lässig und breitbeinig auf seinen Stuhl. Er beklagt Schlafstörungen, Schwitzen, Herzklopfen und ein Engegefühl am Hals. Er könne keinen Rollkragenpullover mehr tragen und habe am Hals seit einigen Wochen ein Schwellungsgefühl, welches zunehme. Er vermutet die Schilddrüse oder sein Herz seien nicht ok. Vor einigen Jahren sei mal ein erhöhtes Cholesterin festgestellt worden, sonst sei er immer gesund gewesen. Er möchte auch einen Gesundheitscheck, und wissen, ob seine Beschwerden etwas Schlimmes seien. Auf die Frage, ob es sonst noch Probleme gäbe, erzählt er von einer gerade gekauften Eigentumswohnung und dass er juckende, manchmal nässende Hautveränderungen an den Hände habe. Durch einige Sekunden abwartenden Schweigens entsteht ein kurze Pause. Und dass er ein paar schwere Jahre hinter sich habe, in seiner Ehe, fügt er dann hinzu. Seit vielen Jahren würde er Taxi fahren, er verdiene gut, ja sogar sehr gut. Dafür müsse er zwar viele Stunden arbeiten, aber das sei schon ok. Er hätte sein Lehramtsstudium abgebrochen. Er hätte es eigentlich schaffen können. Irgendwann sei er einfach nur noch Taxi gefahren und hätte gar nicht mehr studiert. Es sei halt so gelaufen. Seine Frau sei schwanger geworden und dann hätte er die Kurve zum Studium einfach nicht mehr bekommen.

Sein derzeitig größtes Problem wäre, dass er sich gar nicht mehr erhole. Urlaub könne er sich nicht leisten, er könne noch nicht einmal freimachen. Er würde eigentlich jede Nacht fahren. Früher hätte er immer mal einen Tag nicht auf dem Bock gesessen. Jetzt fahre er praktisch jeden Nacht. Er sei einfach aufgebraucht und immer müde. Seine Frau würde das ganze Geld ausgeben,

er käme nicht hinterher mit dem Bezahlen. Für die Wohnung würde seine Frau immer teure Sachen kaufen. Sie hätte einen Wasserhahn für 680 Euro aus- gesucht. Einbauen musste er den, dafür sei kein Geld da. Wenn seine Frau in die Stadt einkaufen ginge, hätte er mittlerweile regelrecht Panik. Tüten voller Klamotten und Schuhe bringe sie mit. Das Konto sei dann immer im Dispo. Vor einem halben Jahr hätte seine Frau über tausend Euro für eine Fettabsaugung haben wollen. Eine Bekannte hätte ihr diesen Floh ins Ohr gesetzt. Er hätte ver- sucht ihr das auszureden. Als er ihr das Geld nicht geben wollte, hätte sie ihn schließlich gekratzt, bespuckt und gebissen. Er war völlig überrascht von dem Angriff gewesen. Seitdem schlägt, beißt und tritt sie ihn immer, wenn sie ihren Willen nicht bekommt oder wirft Gegenstände nach ihm. Er hätte manchmal Angst die Kontrolle über sich zu verlieren und zurückzuschlagen. Bisher hät- te er sich zusammenreißen können. Er hätte einfach Angst seine kleine Tocht- er würde das mitbekommen. Das sei bisher nicht passiert, wäre für ihn aber eine Katastrophe. Seine Tochter ist vier Jahre alt, die bekäme das hoffentlich noch nicht so mit. Schließlich hätte er seiner Frau das Geld gegeben (*wieder ein großer Teil auf Dispo*) und sie wäre in ihre Heimat geflogen und hätte sich operieren lassen. Aber wirklich demütigend sei, dass sie seit über drei Jahren nicht mehr zusammen geschlafen hätten. Er fände seine Frau würde ganz gut aussehen. Aber sie hätte gar kein Interesse an Berührungen und so, ihr sei es nur wichtig einfach gut auszusehen. Er sei auch schon bei einem anderen Arzt gewesen. Der habe ihn zu einem Psychiater geschickt und er nehme seit einer Woche Antidepressiva.

Wir werden uns einig, dass die Schilddrüse wahrscheinlich nur eine geringe Rolle bei den ganzen Beschwerden spielen wird. Dennoch klären wir die Hal- senge ab. Der Patient nimmt den Vorschlag zu einer Vorsorgeuntersuchung, einem EKG, einer Schilddrüsen-sonographie und einer Blutabnahme zur Be- stimmung der Schilddrüsenwerte, gerne an. Da sich eine völlig unauffällige Schilddrüse im Ultraschall zeigt und später auch ein Normalbefund des Schild- drüsenwertes gemessen wird, ist klar: die Schilddrüse ist unschuldig. Auch sonst ergeben sich in der Vorsorgeuntersuchung bis auf ein fehlendes Impf- buch keine Besonderheiten. Der erhöhte Cholesterinspiegel beunruhigt den Patienten dann doch auffallend. Deshalb wird der Cholesterinwert noch einmal eingeordnet. Das HDL-Cholesterin ist relativ hoch, der Blutdruck normal und es gibt keine Häufung von Herz-Kreislauf-erkrankungen in der Familie. In einem Diagramm demonstriere ich ihm den Effekt des Nichtrauchens gegenüber dem der Senkung des Cholesterinspiegels in den Normbereich. Die Sorge, dass al-

lein das erhöhte Cholesterin ihn umbringen würde, kann deutlich verringert werden. Auch wenn diese Aussage den Patienten sichtlich irritiert. Das Rauchen wird er unter den Bedingungen nicht aufgeben, das lohne sich aus seiner Sicht ja kaum. Aber immerhin sorgt ihn jetzt der Cholesterinspiegel nicht mehr. Im Gespräch mit dem Patienten entwickelt sich sehr schnell folgendes vorläufiges Ergebnis: Es ist zu vermuten, dass nicht nur er, sondern auch seine Ehefrau professionelle Hilfe bedarf. Er möchte schon alles versuchen, um mit seiner Frau zusammenzubleiben, er liebe sie schließlich und auch wegen des Kindes. Er würde sogar auch zu einem Psychologen gehen. Seiner Frau geht schon ein paar Jahre lang alle zwei, drei Wochen zu einem Psychologen, aber es wird nicht besser, es wird alles immer schlimmer. Ich rufe, im Beisein des Patienten, das Jugendamt an und mache einen kurzfristigen Beratungstermin für eine Krisenintervention. Für den Fall, dass die Beschwerden am Hals bestehen bleiben, wird eine HNO-Untersuchung abgesprochen. Der Patient ist erleichtert und beendet das Gespräch mit dem Satz: »Das alles ist genau das, was ich auch immer gefühlt habe!« und geht, so glaube ich, mit etwas Hoffnung aus der Praxis.

Betriebswirtschaftliches Ergebnis der oben geschilderten Geschichte:

Diese Sprechstunde dauerte insgesamt 35 Minuten. Die Vergütung für den ersten Kontakt ist 30,80€ plus 15,05€ für die psychosomatische Differentialdiagnostik. Dazu kommt noch die Gesundheitsuntersuchung, die 21 Minuten dauert für 24,33€ und die Schilddrüsen-Sonographie die zusätzliche fünf Minuten erfordert und dem Arzt 8,40€ erbringt. Das Telefonat für die Befundbesprechung der Laboruntersuchung am Folgetag braucht zwei Minuten, wird aber nicht vergütet. Somit werden für 63 Minuten Arztarbeit 78,58€, also 1,25€ pro Arztminute gezahlt.

Betriebswirtschaftlich wäre die Geschichte eigentlich nach Satz sieben zu Ende gewesen. Bis dahin wären folgende ärztliche Leistungen erbracht: Klärung des Anliegens, Durchsprechen des Aufnahmebogens mit dem neuen, unbekanntem Patienten, Abtasten des Halses, Blick in den Rachen, Messen des Halsumfangs, Dokumentation der Befunde in der Krankenakte, Terminvergabe für ein Schilddrüsenultraschall und eine Laboranalyse. Die noch ausstehenden Laborergebnisse würden telefonisch besprochen. Nach dieser abschließender Klärung würde dann eine Überweisung zu einen HNO-Facharzt ausgestellt, wenn die Schilddrüse nicht die Ursache für die geklagten Symptome wäre.

Betriebswirtschaftliches Ergebnis bis Satz 7 bei minimalem Zeiteinsatz:

Kurze schnelle Sprechstunde von fünf Minuten, erbringt genauso 30,80€, wie oben. Dazu kommt die Schilddrüsen-Sonographie mit fünf Minuten, die den Umsatz um zusätzlich 8,40€ erhöhen. Schnelle Medizin. So können in 11 Minuten Arztarbeitszeit 39,10€ oder 3,55€ pro Arztminute verdient werden.

Betriebswirtschaftliche Variante für Praxen mit geringer Patientenzahl:

Man könnte Blutabnahme und Ultraschall zusammen mit einer Gesundheitsuntersuchung im nächsten Quartal anbieten, so kann der Behandlungsfall in zwei Quartalen abgerechnet werden. So ergibt sich folgende Vergütung: Sprechstunde erstes Quartal, fünf Minuten, ergibt 30,80€, Sprechstunde zweites Quartal noch einmal fünf Minuten, noch einmal 30,80€, Gesundheitsuntersuchung mit 21 Minuten erbringt 29,93€, Schilddrüsen-Sonographie fünf Minuten macht 8,40€ und für die Laborbefundbesprechung zwei Minuten als zweiten Kontakt im Quartal gibt es nichts.

Alles zusammen können mit 38 Minuten Arztzeit eine Vergütung von 99,93€ erreicht werden. Anders dargestellt, sind dies 2,63€ pro Minute Arztarbeit, der Effektivverdienst sinkt, aber der Umsatz steigt.

Betriebswirtschaftliche Variante für Praxen mit hoher Patientenzahl:

Noch schnellere Sprechstunde im ersten Quartal mit zwei Minuten, dabei Veranlassung der Laboranalyse, dann Durchführung der Schilddrüsen-Sonographie im nächsten Quartal, braucht fünf Minuten, während der Sonographie auch Besprechung der Laborwerte, kein Angebot einer Gesundheitsuntersuchung. Sprechstunde im ersten Quartal, zwei Minuten, ergibt 30,80€, Sprechstunde zweites Quartal im Sonographieraum erbringt 30,80€, plus Schilddrüsen-Sonographie 5 Minuten für 8,40€. So können bei guter Optimierung in sieben Minuten Arztarbeitszeit 70,00€ verdient werden. Das sind 10,00€ pro Arztminute, das kann sich sehen lassen! Der Umsatz ist geringer als bei der vorigen Variante, aber der Effektivverdienst ist unschlagbar.

Auffallend ist, dass die Vergütung umso mehr sinkt, je größer die ärztlichen Bemühungen der Problemklärung sind. Dies ist schon schlimm. Was aber noch viel schlimmer ist, ist die Wertschätzung dessen was Sprechstunde ist. Was hat der Hausarzt denn erreicht? Seine Bemühungen sind leider administrativ nicht »abgebildet«. Im Fokus der Medizinadministration findet Sprechstunde praktisch nicht statt. NICHTS hat der Arzt gemacht, was der Patient nicht auch so hatte wissen oder tun können. Der Patient kommt mit einer für ihn unklaren

Situation und möchte eine Prognose von seinem Arzt. Es handelt sich dabei um reine ärztliche Beratungsleistungen, was diese auszeichnen soll, die Beratung soll ohne verdeckte Intentionen sein. Wäre ärztliche Sprechstunde eine Dienstleistung wie jede andere, dann wäre die Aufregung um Bestechlichkeit der niedergelassenen Ärzte durch Pharmafirmen oder Krankenhäuser überhaupt nicht zu verstehen. Viele Dienstleistungszweige erwirtschaften einen erheblichen Teil ihrer Gewinne durch verdeckte Absprachen. Die Jugendherberge vermittelt Kutterfahrten an einen bestimmten Anbieter, der Reifendienst ist unglaublich interessiert am Kilometerstand des Fahrzeugs, das Hotel ruft immer den gleichen Taxianbieter. Handelt es sich um ein straff organisiertes Unternehmen finden hier selbstverständlich Rückvergütungen statt. Diese Liste von Nebenabreden im Dienstleistungszweig könnte unendlich fortgesetzt werden. Dennoch wird so getan, als könne Sprechstunde auf Dauer, allein aus dem »Berufsbild der Ärzte heraus« als Insel der Seeligen, die frei von strukturierten Absprachen ist, bewahrt werden. Da Sprechstunde prinzipiell als geschützter Rahmen interpretiert wird, was ich auch absolut berechtigt richtig finde, beanspruchen nahezu allen hochbezahlten Funktionäre des Gesundheitswesens diese Freiheit von verdeckten Interessen dann auch gleich umsonst. Was Sprechstunde ist weiß insbesondere der Patient der in einer für ihn derzeit nicht auflösbaren Konfliktsituation steckt oder an einer nicht heilbaren Erkrankung leidet. Der Arzt macht dann in der Regel in der Tat nichts! Er kann nichts tun. Er kann direkt keine Ehe retten und keinen fortgeschrittenen Tumor verschwinden lassen. Aber er kann tun was immer wieder gebetsmühlenartig gefordert wird: er kann empathisch zuhören und nachschauen, ob sich die Sache nicht doch wenigstens so weit wenden lässt, dass die emotionale Balance des Patienten, sei es auch nur vorübergehend, wiederhergestellt ist. Wenn das passiert ist, dann hat der Arzt sehr niederschwellig genau das gemacht, was die hochdotierten Beratungsfirmen auch tun: Zuerst eine Ist-Analyse, dann eine neue Perspektive erarbeitet und abschließend die Motivation aufgebaut, damit die neuen Ziele auch erreicht werden können. Und dies tut er ohne wertvolle Daten wie Adresse, Hobbys, Berufsbezeichnung, Automarke, Musikvorlieben usw. zu verkaufen....

FAZIT:

a) Für den Hausarzt: Sich auf das Anliegen der Patienten einzulassen ist betriebswirtschaftlich das Letzte. Betriebswirtschaftlich optimierte Medizin zahlt sich für den Arzt deutlich aus! Der Verkauf von »Vorsorgeprodukten« ist betriebswirtschaftlich etwas für »Looser«.

b) Für die Gemeinschaft der Versicherten: Es entsteht ein nicht unerheblicher, systemimmanenter Kollateralschaden, wenn betriebswirtschaftlich-optimierte Medizin betrieben wird. So werden zusätzlich die Kosten für einen HNO-Facharzt, einen Strahlenmediziner und schließlich wenn keiner der Fachärzte ein krankhaftes Ergebnis herausgefunden hat, die für einen zweiten Hausarzt aufgebracht werden müssen. Der Patient wird wahrscheinlich weitere Arztkontakte haben, solange die Untersuchungen keine Klärung der Beschwerden gebracht haben, die Beschwerden aber weiter bestehen. Solange wird das Geld des Gesundheitswesens stetig weniger und es werden zusätzliche Arztminuten verbraucht.

c) Für den Patienten: Er hat keine Lösung seines Problems; er muss weiter Kraft aufwenden, um sein immer noch nicht gelöstes Problem zu lösen. Dieses Defizit an emotionaler Trag- und Alltagskraft schmälert die Ressourcen der Familie und die Optimierung der sozialen Situation: Das Armutsrisiko bleibt bestehen; die Kompetenzen des Ehemannes werden nicht genutzt; die Unsicherheit im Bezug auf Wohnsituation bleibt; die Ehe ist weiter vermeidbaren sozialen Belastungen ausgesetzt; die Zukunftschancen des Kindes sind unnötig schlechter als sie es sein müssten; es droht eine geringere soziale Integration der Familie als möglich; kommt auch nur eine kleine weitere schicksalhafte Belastung dazu, kann es zur dauerhaften Abhängigkeit der ganzen Familie von Sozialleistungen kommen.

Die Frage ist, ob man sich in Zukunft, die von der kaufmännischen Seite her kommenden Organisation im Gesundheitswesen leisten kann. Was für den Arzt betriebswirtschaftlich optimiert erscheint und vom Vergütungssystem der Kassenärzte letztlich gebahnt wird, ist volkswirtschaftlich ein Totalschaden. Stellen Sie sich bitte vor, der oben genannte Hausarzt wäre in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig. Mal abgesehen davon, dass der Hausarzt in dieser professionell verwalteten Struktur Rahmenbedingungen hätte, die es von vorne herein sehr schwer machen würden, nicht betriebswirtschaftlich-optimiert zu entscheiden. Es wäre völlig klar, dass so ein Patient mit dem Engegefühl und dem Herzproblem zum Radiologen für den Schilddrüsen-Ultraschall, zum HNO-Arzt für die Kehlkopfspektion und zum Kardiologen für die Kreislaufdiagnostik geht, nachdem der Hausarzt die Gesundheitsuntersuchung gemacht und abgerechnet hat. Was glauben Sie, würde der Verwaltungsdirektor des medizinischen Versorgungszentrums tun, wenn die Zahl der Facharztüberweisungen durch die Hausärzte rückläufig wäre? Der Verwaltungsdirektor würde mit dem Hausarzt klären, warum die Zahl der veranlassten Untersuchungen,