

## **WENIGER ZEIT, WENIGER VERORDNUNGEN, HÖHERE EIGENBETEILIGUNG**

**Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten leidet auch unter den Vorgaben der Politik**

---

.....

**F**olgende kleine Episode ist eine wahre Geschichte. Sie trug sich Mitte der 70er Jahre in der Praxis eines Internisten aus der Frankfurter Innenstadt zu. Dieser Internist war ein Menschenfreund und ein guter Arzt obendrein. Seine Praxis war stets gut besucht von Patienten, die sich von ihm behandeln lassen wollten oder auf die Überweisung an einen Spezialisten warteten.

*Kaum ein Tag verging in dieser Praxis, an dem nicht jene hochbetagte Dame da gewesen wäre, eine alte Frankfurterin in den Neunzigern, der Rücken leicht gekrümmt, aber ansonsten sehr fidel und vor allem redselig. Während der Zeit im Wartezimmer unterhielt sie regelmäßig die übrigen Patienten mit der Beschreibung ihrer Krankheiten, ob diese nun zuhören wollten oder nicht. Wenn sie ins Sprechzimmer gerufen wurde, blieb sie dort zumeist eine Viertelstunde, kam anschließend bestens gelaunt ins Wartezimmer zurück, verabschiedete sich – und ließ sich am nächsten oder übernächsten Tag prompt wieder dort blicken.*

.....

**D**iese Frau hatte, wie die meisten Patienten wussten, keine ernsthafte Erkrankung. Sie war bis auf die typischen, altersbedingten Beschwerden kerngesund. Die Arztpraxis diente ihr lediglich als Ort der Kommunikation, als soziale Anlaufstelle, die sie als allein lebender Mensch ansonsten nicht mehr hatte. Alle in der Praxis Beschäftigten wussten und tolerierten das. Nein, der richtige Ausdruck ist: sie unterstützten das. Sind solch ungewöhnliche, fast schon private Begegnungen zwischen Arzt und Patient in den straff organisierten Praxen unserer Tage überhaupt noch denkbar?

„Prinzipiell schon“, sagt nach einigem Nachdenken Dr. Wolfgang Oldenburg. „Bei den Hausärzten kann man hin und wieder solche Beobachtungen tätigen, bei den Fachärzten dagegen so gut wie gar nicht.“ Oldenburg selbst ist klassischer Hausarzt seit seiner Niederlassung im Jahr 1987. Er ist ein typischer Vertreter jener Spezies Mediziner, denen man gerne glaubt, dass auch eine ärztliche Ethik sie leitet und motiviert. Oldenburg liebt seinen Beruf. Der Internist und Allgemeinmediziner kann jedoch nicht verhehlen, dass es einige Faktoren gibt, die genau dieser sozialen Ausrichtung im Wege stehen. Denn wer einen Vergleich zieht zwischen einem Arztbesuch vor 20 Jahren und heute, wird feststellen, dass Ärzte in der Regel immer weniger Zeit für die Patienten haben, dass sie in der Verschreibung von Medikamenten eingeschränkt sind und dass für die Patienten dieser Besuch teurer geworden ist.

**„Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich durchaus verändert“, bestätigt Oldenburg. „Es sind Probleme aufgetaucht, die es früher nicht gab und die das Verhältnis belasten.“**

Auch der Frankfurter Hausarzt kennt noch die Zeiten gut gefüllter Schatullen, in denen ein Arzt wesentlich großzügiger verordnen durfte. Er konnte Präparate aufschreiben, die heutzutage aus Kostengründen nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen. Patienten müssen inzwischen wesentlich mehr Medikamente selbst bezahlen, beispielsweise einfache Schmerz-

## **Budgetierung**

*Für die Gesundheitsleistungen in Deutschland wird vom Gesetzgeber eine bestimmte Menge Geld zur Verfügung gestellt. Ein Teil davon wird für die ärztliche Versorgung der Patienten ausgegeben. Diese Summe wird seit 1993 nach einem komplizierten Regelwerk von Punktsystemen den einzelnen Haus- und Fachärzten der gesetzlichen Krankenversicherung zugeteilt. Die Verteilung wird nach statistischen Durchschnittswerten bezogen auf den jeweiligen Landesdurchschnitt pro Quartal und Patient berechnet. An dieses Budget muss sich der Arzt halten, egal wie schwer die Erkrankung oder wie umfangreich die Therapie ist. Behandelt ein Arzt nun aber mehr Patienten als im Landesdurchschnitt, bekommt er weniger Punkte pro Behandlungsfall. Kommen in einem Quartal womöglich viele Patienten mit schweren Erkrankungen in seine Praxis, ist die Punktemenge häufig bereits verbraucht, bevor die Behandlung abgeschlossen ist. Kann der Arzt das Überschreiten des Budgets nicht stichhaltig erklären, kann er gegebenenfalls für die fehlende finanzielle Deckelung regresspflichtig gemacht werden.*

*Ziel der Budgetierung war es, die gewaltig gestiegenen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Nach massiven Protesten der Ärzteschaft hat der Gesetzgeber nun das Budget im klassischen Sinn abgeschafft. Die neuen Regelleistungsvolumen begrenzen nun nicht mehr die Zahlungspflicht der Kassen, sondern binden sie an zu vereinbarende Kriterien.*

mittel oder einen hohen Eigenanteil leisten, wie bei Zahnersatz oder Sehhilfen. „Das ist gewöhnungsbedürftig und belastet das Verhältnis, weil ich derjenige bin, der das vermitteln muss“, bedauert Oldenburg. „Gegen solche Vorgaben von Politik und Krankenkassen können wir uns aber nicht wehren.“

Auch hinsichtlich der Diagnostik und der Zeitspanne für den Patienten können Ärzte nicht mehr so freigiebig verfügen wie

früher. Auch dahingehend gibt es Vorgaben von der Politik, die die Leistungen einschränken oder Anordnungen an die Krankenkassen, Leistungen ungeprüft einfach nicht mehr zu bezahlen. Seit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 gibt es für eine große Summe von Leistungen ein Budget (siehe: Kasten, Seite 5), in welchem die einzelne Leistung untergebracht werden muss. Seitdem sehen sich die Ärzte in der Pflicht, bedeutend wirtschaftlicher zu handeln als zuvor. Und die Wirtschaftlichkeit betrifft zwangsläufig auch die Zeit für die Patienten, „eine Einschränkung aufgrund des auferlegten Kostendrucks“, wie es Oldenburg formuliert.

Als dritten Grund für die Verschlechterung des Arzt-Patientenverhältnisses nennt der Hausarzt die bürokratischen Anforderungen an die Ärzte, die erheblich größer geworden seien. Man müsse mehr Regularien beachten als früher, und das nehme sehr viel Zeit in Anspruch. „Die Praxisgebühr ist ja zum Dauerthema geworden“, sagt Oldenburg. Der Verwaltungsaufwand dafür sei immens und stehe in keinem Verhältnis zum Ertrag, der ja komplett an die Krankenkassen weitergereicht würde.

***„Wir können ja auch nicht sagen, wenn der Patient kein Geld hat, behandeln wir ihn nicht. Dann gehen wir erst einmal in Vorkasse, müssen mitunter anmahnen, kontrollieren – oder zahlen im Endeffekt den Betrag aus eigener Tasche.“***

Erschwerend käme bei der Praxisgebühr hinzu, dass sich Patienten bei ihren Ärzten darüber beschwerten und nur in seltenen Fällen bei den Kassen. Das belaste wiederum die Ärzte und das, obwohl sie nicht die verantwortlichen Urheber der Gebühr seien.

Zu den allgemeinen patientenbezogenen Verwaltungstätigkeiten sind als zusätzliche Arbeiten unter anderem die genannte Praxisgebühr gekommen, diverse Anfragen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und Bonusprogramme

der Krankenkassen. „Der bürokratische Aufwand ist somit im Vergleich zu meinen ersten Praxisjahren mindestens doppelt so hoch geworden“, beklagt Oldenburg.

**E**ine andere Professionelle, die sich mit dem Thema Arzt-Patientenverhältnis seit vielen Jahren auseinandersetzt, ist Karin Stötzner. Die Patientenbeauftragte von Berlin seit 2004 genießt den Ruf einer engagierten Patientenvertreterin, die dabei allerdings nicht die Probleme der Ärzteschaft außer Acht lässt. Den angewachsenen bürokratischen Aufwand der Ärzte möchte sie aber nicht als entlastendes Argument für ihre zunehmende Zeitnot den Patienten gegenüber gelten lassen. „Sicher ist der Anteil der Hintergrundarbeit einer Arztpraxis nicht unerheblich. Aber dieser Anteil gehört zur Arbeit dazu. Jeder Handwerker repariert nicht nur die Heizung oder das Auto, sondern muss auch Rechnungen schreiben und sich um die Qualifizierung seiner Angestellten kümmern. Warum soll das bei Ärzten anders sein“, fragt sie und fügt hinzu, dass nicht nur die Vorgaben der Politik das Arzt-Patientenverhältnis verändert hätten.

Eine zunehmende Technisierung der Diagnosen und der Behandlung, eine größere Abhängigkeit von Geräten und eine Ausweitung der Arbeitsteilung zwischen Fachärzten und ergänzenden Berufen hätten ebenso einen erheblichen Anteil. „Dazu kommt, dass das Wissen über Krankheiten und ihre Behandlung komplexer geworden ist und deswegen andere Diagnosewege gegangen werden.“

Aber, so Stötzner, es sei auch erkennbar, dass die Versuche der Politik, den enormen Kostendruck zu bewältigen, um die solidarische Krankenversicherung beständig zu halten, für die Veränderungen verantwortlich seien. Für Stötzner ist es auch der Versuch, dem enormen Marketingdruck der Pharmaindustrie und der Gerätehersteller zu begegnen. Vorgaben für Arzneimittelfestbeträge und für die Verschreibung von nicht patentierten Präparaten sollen das Verschreibungsverhalten der Ärzte ändern. Das Verhältnis habe sich aber auch dadurch geändert, dass Ärzten erlaubt wurde, Waren und Dienstleistungen in der Praxis zu „verkaufen“. Die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL – machten die Behandlungssituation unter Umständen auch zu einer Chance für das Erzielen von zusätzlichem Einkommen für Ärzte. „Das bedeutet“, schlussfolgert Stötzner, „dass Patienten nicht bei jeder Empfehlung sicher sein können, dass ihnen eine Behandlung oder Leistung angeboten wird, die



Karin Stötzner, Patientenbeauftragte von Berlin

mit. Seit ich weiß, welche Verwaltungsarbeit in den Arztpraxen angefordert wird, habe ich ein besseres Verständnis für beide Seiten und einen größeren Blick auf das Gesamtthema.“

Ein weiteres heißes Eisen fasst Metzger mit dem Arzneimittel-Rabattvertrag an. Diese vertragliche Vereinbarung zwischen einzelnen Pharmaunternehmen und einigen gesetzlichen Krankenkassen über die exklusive Belieferung der Versicherten mit diversen Arzneimitteln des Herstellers ist politisch gewollt. Der Gesetzgeber ermöglicht den Krankenkassen seit 2003, mit einem oder mehreren Arzneimittelherstellern Verträge abzuschließen, die den Herstellern eine exklusive Abgabe ihrer Medikamente garantiert. Im Gegenzug gewähren die Hersteller den Krankenkassen Rabatte, was zur Entlastung der Kassenbudgets führen soll. In den deutschen Arztpraxen sorgt diese Regelung seitdem für Unverständnis und Unmut bei den Patienten.

Zwar ist vorgeschrieben, dass das Medikament des preiswerteren Anbieters über den gleichen Wirkstoff, die gleiche Dosierung und die gleiche Packungsgröße verfügt, doch das konnte die empfindliche Patientenseele nicht beruhigen. „Stellen Sie sich vor“, schildert Metzger, „Sie bekommen von einem Tag auf den anderen nicht mehr das Medikament, das Sie zehn Jahre verschrieben bekamen, sondern das einer anderen Firma. Das ist nicht nur eine Einschränkung der Wahlfreiheit, das kann auch Ängste bezüglich Verträglichkeit und Wirksamkeit bei den Patienten auslösen.“ Oftmals leisteten Ärzte auch zu wenig Aufklärungsarbeit, welche Hintergründe der Medikamentenwechsel hat. Da sei mehr Sensibilität gefordert, bemängelt Metzger.

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit dem Rabattvertrag ist die Lebensmittel- und Zusatzstoff-Unverträglichkeit einiger Patienten. Umfangreiche Verträglichkeitsprüfungen sind in diesen Fällen vonnöten, da unter Umständen andere Tabletten-Hilfsstoffe in den neu verschriebenen Arzneimitteln enthalten sein könnten. Auch hier sind Ärzte gefordert, sich im Interesse der Gesundheit ihrer Patienten kooperativ zu verhalten. Auf der anderen Seite sollten gerade bei diesem Thema auch die Sorgen der Ärzte ernst genommen werden. Sie haften nämlich, wenn ein Patient ein Medikament erhält, das er nicht verträgt und über die gesundheitlichen Risiken nicht aufgeklärt wurde. Hier wird das rechtliche Risiko für den Arzt mitunter unkalkulierbar, denn er weiß nicht immer, ob ein Medikament, das von ihm auf einem Rezept verordnet wurde, in der Apotheke gegen ein preiswerteres ausgetauscht wird.



Sabine Metzger, Patientenberaterin der UPD Gießen

nun unbedingt notwendig ist.“ Anders als Deutschlands erste Patientenbeauftragte auf Länderebene sieht Sabine Metzger in der ausufernden Bürokratie sehr wohl ein hochbelastendes Moment für Ärzte und Patienten. Die hauptamtliche Patientenberaterin bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) in Gießen verweist hierbei auf die Sitzungen des Patientenbeirats der Kassenärztlichen Vereinigung. In diesen Sitzungen werden hin und wieder die Auflagen vorgestellt, die Kassenärzte hinsichtlich der Abrechnungen erfüllen müssen. „Ich muss gestehen, das hat mich erschreckt“, sagt Metzger. „Der Aufwand ist tatsächlich immens. Als Patient bekommt man das ja normalerweise nicht

**A**uch wenn die Ursachen für die gewachsenen Belastungen des Arzt-Patientenverhältnisses von den drei befragten Fachleuten teilweise unterschiedlich bewertet werden – einig sind sie sich darin, dass viele Patienten sich nicht mehr als einzelner Mensch wahrgenommen fühlen, sondern als „Zahlgröße, die für ein bestimmtes Geld- und Zeitbudget zur Verfügung steht“ (Stötzner). Oldenburg kritisiert die „teilweise absurden Verhaltensmuster“, für die seiner Ansicht nach vor allem Fachärzte anfällig zu sein scheinen: „Erst Ewigkeiten im Wartezimmer sitzen und dann in fünf Minuten abgefertigt werden. ‚Was kann ich für Sie tun? – Zeigen Sie mal – Das haben wir gleich – Ich verschreibe Ihnen das Medikament – Auf Wiedersehen.‘ So etwas Patienten anzutun, ist schlicht unwürdig!“

Lösungsvorschläge, wie Ärzte und Patienten in Zukunft wieder vertrauensvoller und respektvoller miteinander umgehen könnten, gibt es reichlich. „Es kann nicht schaden, wenn Ärzte verstärkt Fortbildungsmaßnahmen in Bezug auf Gesprächstraining nutzen würden“, schlägt Sabine Metzger von der UPD Gießen vor. „Bei vielen Ärzten gibt es Kommunikationsdefizite. Nicht jeder Arzt hat es gelernt, sich verständlich auszudrücken, nicht jeder kann vor dem Patienten auf Fachausdrücke verzichten.“

Die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner ergänzt:

**„Patienten wollen ausreichend und umfassend darüber informiert werden, was in jeder einzelnen Behandlungsetappe tatsächlich passiert, nach welchen Grundsätzen gearbeitet wird, wer mit wem kommuniziert und welche Entscheidungen von wem und für wen getroffen werden.“**

Patienten erwarten neben anderen Änderungen ärztlicher Verhaltensmuster daher, so Stötzner, dass eine neue Kultur der Information für Patienten entwickelt wird. Das reiche von der selbstverständlichen und kontinuierlichen Beteiligung an Entscheidungen (z.B. Behandlungspläne, Behandlungsmethoden,

Arbeitsteilungen zwischen den Partnern) bis hin zu einer lückenlosen Dokumentation der Prozesse (Diagnosen, Diagnoseverfahren, Behandlungsschritte, Therapieverläufe, Übergabebriefe) für Patienten. Zur Transparenz gehöre aber auch ein öffentliches Informationsangebot, das Patienten und ihren behandelnden Partnern eine fundierte Entscheidung für bestimmte Versorgungsformen ermöglicht.

Dr. Wolfgang Oldenburg plädiert für eine Beschränkung der Bürokratie auf ein notwendiges Minimum. Das bringe Zeit für Gespräche und Behandlungen. Viele Dinge seien überflüssig. „Praxisgebühren gehören nicht in die Arztpraxis. Da gibt es andere Möglichkeiten und Wege, eine Patienten-Selbstbeteiligung einzufordern. Auch mit den Bonusprogrammen der Krankenkassen sollten wir Ärzte nicht behelligt werden. Bonusprogramme sind reine Marketingmaßnahmen der Krankenkasse, um Mitglieder zu gewinnen und sind nicht relevant für Ärzte.“

Wie andere Mediziner plädiert auch Oldenburg für eine größere Gewichtung auf die ethisch-zwischenmenschliche Ebene in der Arztausbildung. Der Umgang mit Patienten, mit schwierigen oder todkranken Menschen sollte mehr in den Vordergrund gerückt werden als die Apparatemedizin, die zu stark gefördert wurde und sehr viel Geld verschlingt. Doch immer mehr Mediziner stellen fest, dass sie häufig gar nicht erforderlich ist. „Es muss nicht immer Kernspin sein, manchmal tut es auch eine Röntgenaufnahme“, weiß Oldenburg. „Und häufig genügt auch ein gut geschulter Blick und eine normale klinische Untersuchung.“

Für die Patienten ist es ein schmerzlicher Lernprozess zu erfahren, dass es nicht mehr alle Leistungen zum Nulltarif geben kann. Insbesondere die älteren Generationen können sich mit Praxisgebühr und Leistungszuzahlungen nur schwer abfinden, doch einen Weg zurück wird es nicht geben.

Der Blick auf die demografische Entwicklung mit der ständig wachsenden Anzahl älterer Menschen und der prozentual immer geringeren Zahl an versicherungspflichtig arbeitenden Menschen kann bei manchem Kritiker ein Aha-Erlebnis hervorrufen.

Härtefallregelungen für sozial Benachteiligte müssen die schlimmsten Auswüchse verhindern helfen. Ansonsten sollten wir Patienten uns auf ansteigende Zuzahlbeträge und Zusatzversicherungen einstellen, ob uns das passt oder nicht.

## **Was halten Sie von den Vorschlägen der AOK, einen „Ärzte-TÜV“ einzuführen, also eine in einem Online-Portal veröffentlichte Benotung der Ärzte durch ihre Patienten?**

### **Karin Stötzner**

Es geht darum, dass die AOK ihre Versicherten befragen will, welche Erfahrungen sie mit ihren behandelnden Ärzten machen. Das finde ich durchaus richtig und in der aktuellen Situation, in der „Kunden und ihre Bedürfnisse“ endlich immer wichtiger genommen werden, sehr konsequent. Es sind schließlich die Patienten selber, die am besten wissen, ob ihr gesundheitliches Problem gelöst wurde oder ob sie angemessen „behandelt“ wurden. Es wird allerdings sehr darauf ankommen, in welcher Weise diese Befragungsergebnisse im Internet dargestellt werden. Das steht aber noch nicht fest. Hier muss sichergestellt sein, dass eine wissenschaftlich seriöse und aussagefähige Form gefunden wird. Grundsätzlich ist das jedoch richtig und notwendig.

### **Sabine Metzger**

Die UPD steht den geplanten Portalen momentan sehr kritisch gegenüber. Ein Hauptgrund ist der, dass es kaum eine Kontrolle hinsichtlich der Personen gibt, die sich dort einloggen. Womöglich ist es ja der Arzt selbst, der unter anonymem Usernamen die Beurteilung vortäuscht. Außerdem sind es ja auch sehr subjektive, teilweise spontane Meinungen, die dort eingegeben werden von Menschen, die nicht unbedingt ein fähiges Urteilsvermögen besitzen. Wir werden jedenfalls nicht empfehlen, sich über ein solches Portal einen Arzt

auszusuchen. Andererseits hat die AOK versprochen, das Projekt wissenschaftlich begleiten zu lassen, daher wollen wir es nicht vorschnell verdammen. Wir warten die Entwicklung ab und werden uns dann gegebenenfalls dazu erneut äußern.

### **Dr. Wolfgang Oldenburg**

Davon halte ich nichts. Man müsste bei der Benotung die Praxis so einrichten und sich so verhalten, dass man als Arzt einen guten Eindruck hinterlässt. Das kann es nicht sein. Wir sollten vielmehr authentisch sein, sollten medizinisch das leisten, was wir für richtig halten. Sollen wir uns vielleicht einen Schein geben, alles womöglich auf Hochglanz bringen und mit modernster Apparatur ausstatten? Dann gibt es vielleicht eine Klientel, die das schätzt und uns eine gute Punktzahl gibt, medizinisch aber sagt das gar nichts aus. Außerdem können Patienten gewisse Therapien und medizinische Herangehensweisen nicht immer beurteilen, besonders solche, die unangenehm für sie sind. Eine Arztpraxis, die eine hervorragende Punktzahl bekommt, wird vielleicht deswegen irgendwann überlaufen sein, so überlaufen, dass sie dann keine gute Medizin mehr anbieten kann. Es ist doch vielmehr so: Wenn ich als Arzt eine Praxis gut leite und die Menschen gut und menschenwürdig behandle, spricht sich das herum. Lassen wir doch einfach diese Kräfte weiterhin walten.

So viel zur Lektion für die Patienten. Und die Ärzte? An Vorschlägen, wie dem misslichen Arzt-Patientenverhältnis wieder auf die Sprünge geholfen werden kann, mangelt es also nicht. Der vermutlich einfachste und naheliegendste Gedanke dazu stammt vom erfahrenen Hausarzt: „Wenn wir den Patienten wieder verstärkt anfassen und ihn anhören, wird im wahren Sinne des Wortes wieder der direkte Kontakt zu ihm hergestellt“, ist sich Dr. Oldenburg sicher. „Darauf sollten wir alle hinarbeiten.“

Volker Hütte  
Eschersheimer Landstraße 296  
60320 Frankfurt am Main  
E-Mail: volker.huette@gmx.de