

Workshop 2

„Mein Arzt sagt, ich bin zu teuer“ oder: Der chronisch kranke Patient im Praxisalltag

Zusammenfassung: Dr. med. Ulrich Thamer

Vereinbarungsgemäß stelle ich abschließend weniger Ergebnisse vor, sondern den Gesprächsverlauf unserer sehr interessanten Gruppe. In dieser Gruppe waren sehr viele Ärzte. In diesem Zusammenhang muss ich sagen, dass ich sehr froh bin, dass viele Ärzte den Weg zu unserem heutigen Round Table gefunden haben, weil es in den vergangenen Jahren auch schon mal etwas einseitiger war. Aber es ist wichtig, dass bei diesem Thema Ärzte dabei waren. Das Thema war: „Der teure Patient in der Arztpraxis“. Welche Probleme resultieren daraus und wie kann man diese Probleme möglicherweise angehen? Neben den Ärzten hatten wir in der Arbeitsgruppe vorwiegend Selbsthilferevertreter aus den Bereichen Parkinson, Vertreter der Pankreatektomierten und ADHS, zwei Arzthelferinnen und einen Ergotherapeuten. Insgesamt also eine arbeitsfähige Gruppe, um dieses Thema von allen Seiten zu beleuchten.

Wir haben die Problematik deutlich gemacht: Unter welchen Zwängen steht der Arzt heute bei der Versorgung, insbesondere bei chronisch kranken, teuren Patienten? Heute ist damit für den Arzt ein hohes Haftungsrisiko verbunden, was aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung resultiert, wenn er denn mehr verordnet

hat als die Kollegen in seiner Fachgruppe. Daraus resultierende Probleme wurden kurz angesprochen. Ärzte machen oft ihre Praxen gegen Quartalsende zu, um sich vor weiteren Patienten zu schützen, die das Risiko erhöhen könnten, dass sie

- a) umsonst arbeiten und
- b) gleichzeitig ein Verordnungsrisiko eingehen müssten.

Es gibt heutzutage lange Wartezeiten, da eine Arztpraxis wegen der Limitierung nur eine bestimmte Patientenzahl überhaupt verkraften kann. Über die Wartezeit wird dann die Patientenzahl gesteuert, entsprechend den zur Verfügung stehenden Mitteln. Dadurch kommt es zu einer Verhinderung schneller Hilfe.

„Wie kann man überhaupt Geld sparen?“ war eine der vielen Fragen, die angeschnitten wurden. Da war die Rede von Kostentransparenz. Wie kann man sie herstellen, da der Patient ja gar nicht weiß, was er eigentlich kostet? Es ist so eine Art Selbstbedienungsmentalität und keiner kennt die Preise. Wenn man sie kennen würde, dann ginge man mit den Ressourcen verantwortlicher um. Dies blieb im Grunde kontrovers stehen. Einerseits könnte eine Transparenz zu Kostenbewusstsein führen



Dr. Ulrich Thamer

1. Vorsitzender des Vorstandes der KVWL

und vielleicht auch zu mehr Eigenverantwortlichkeit. Auf der anderen Seite könnte gerade beim chronisch Kranken durch die Kenntnis seiner Kosten ein schlechtes Gewissen gegenüber der Solidargemeinschaft erzeugt werden, dass er sich nun besonders viel aus dem gemeinsamen Topf nimmt und sich aufgrund seiner Erkrankung bereichert und so eine falsche Bescheidenheit induziert.

Es wurde auch darüber diskutiert, dass immer nur die aktuellen Kosten gesehen werden, die eine Maß-

tung, Arbeitsunfähigkeitstage und ähnliche indirekte Gesundheitskosten? Sicher ein verfolgenswerter Gesichtspunkt.

Die Rabattverträge wurden kurz angesprochen. Der Gesetzgeber spart durch sie im Jahr ungefähr 700 Millionen Euro ein. Dies ist natürlich eine Ersparnis. Es wurde aus verschiedenen Gesichtspunkten dargestellt, dass hierdurch auch eine Menge Verwirrung bei den Patienten gestiftet wird. Gerade bei den Parkinson-Patienten können durch

Hausarzt kritisch gesehen und angesprochen. Die Regelleistungsvolumina (RLV) sind heute Begrenzungen des ärztlichen Honorars bei den notwendigen Leistungen in der Fachgruppe. Das hausärztliche RLV liegt hier in Westfalen-Lippe bei 32 Euro pro Quartal. Damit lässt sich ein chronisch kranker Patient nicht in dem Sinne behandeln, wie wir es schon von Helga Germakowski gehört haben.

Man kann ihn nicht begleiten, wenn die 32 Euro mit einem Gespräch und einem Hausbesuch schon aufgebraucht sind, der chronisch kranke Patient aber eine engmaschigere Begleitung braucht um eine therapeutische Beziehung aufzubauen, die bei einer chronischen Erkrankung nötig ist.

Hier liegt auch ein Mangel, dass die nötigen Grundleistungen zu sehr begrenzt sind. Derzeit werden Überlegungen angestellt, das Honorarsystem im nächsten Jahr dahingehend zu verändern, dass die RLV besser ausgestattet werden. Dies wäre in der Tendenz ein richtiger Schritt.

Der Morbi-RSA wurde angesprochen, also der Risiko-Strukturausgleich. Dort sind etliche Krankheiten aufgenommen. Und was für den Arzt vielleicht „schwierige“ oder „schlechte“ Patienten sind, sind für die Krankenkassen gute Patienten. Die kriegen dann aus dem Morbi-RSA für Patienten mit schweren Krankheiten besondere Zuweisungen, sodass aus Arzt- und Krankenkassensicht ein teurer Patient durchaus unterschiedlich gesehen wird.



Diskussionen im Workshop 2

nahme auslösen - ohne daran zu denken, dass sich vielleicht durch eine effektive und teure Primärtherapie sekundäre indirekte Krankheitskosten einsparen lassen könnten. Dies ist in der Tat ein Mangel im System. Man achtet nur darauf, was eine Maßnahme kostet und denkt nicht an die Folgen. Was spart eine Maßnahme, die jetzt vielleicht teurer, in der Langzeitbetrachtung aber kostengünstiger ist als Frühber-

die häufigen Umstellungen, die der Arzt ja gar nicht verfolgen und steuern kann, Therapieentgleisungen auftreten, die dann häufig Auswirkungen auf die gesamte Familie haben, wenn zum Beispiel ein Parkinson-Erkrankter dekompensiert. Dies kann natürlich auch auf andere Krankheiten übertragen werden.

Die jetzige Systematik der ärztlichen Honorierung wurde von einem

Die Positiv-Liste bei der Verordnung von Medikamenten wurde angesprochen. Von Ärzten wird immer wieder ins Feld geführt, sie hätten lieber eine klare Regelung, also eine Liste, auf der Medikamente stehen, die verordnungsfähig sind und die auch bezahlt werden, sodass sich das ganze Hick-Hack um Erstattungsfähigkeit dann geben würde. Das wäre natürlich ein Eingriff in die Therapiefreiheit und würde im Einzelfall die Dinge erschweren, wenn alternative Medikamente durchaus indiziert wären. Aus der derzeitigen Situation heraus ließe sich das kaum handhaben.

Zusammengefasst sind das die Dinge, die wir im Wesentlichen zusammengetragen haben. Man kann jetzt darauf warten, dass die neue Regierung uns eine Gesundheitspolitik konzipiert, die den chronisch Kranken besser versorgt und die den Arzt auch von den Risiken der Versorgung chronisch Kranker und teurer Patienten entlastet. Man kann immer darauf warten, dass der Staat etwas tut. Man kann aber auch selber etwas tun. Dies war die Quintessenz unserer Arbeitsgruppe. Wir können selber etwas tun, die Ärzte können etwas tun und sie sollten das auch im Konsens miteinander tun. Die Patienten sollten sich vielleicht therapiegerechter oder zielgerechter verhalten und nicht zum Arzt kommen und ein MRT und bestimmte Medikamente verlangen, weil es zum Beispiel der Tante auch gut geholfen hat. Sondern sie sollten sich der fachlichen Meinung des Arztes auch unterordnen. Wenn ein MRT nicht nötig ist, dann muss der Arzt im Zweifelsfall auch den Mut haben, ein klares „Nein“ auszuspre-

chen. Es ist sicher nötig, den einen oder anderen Patienten zu begrenzen. Das wird nur dann gehen, wenn der Arzt mit den Patienten partnerschaftlich umgeht und besonders mit dem chronisch Kranken eine therapeutische Beziehung aufbaut.

Das Grundelement dieser Beziehung sollte darin bestehen, dass der Arzt Anteil am Schicksal des Patienten nimmt und sich in ihn hineinversetzt, wie er mit seinen Defiziten leben muss und mit ihm daran arbeitet, diese Defizite abzubauen. Dazu gehört viel Information und ich glaube, dass der Round Table ein Weg ist, partnerschaftlicher miteinander umzugehen um die Zusammenarbeit, die zwischen Patient und Arzt nötig ist, dauerhaft zu stärken. Die Gruppe meinte, es sei ein gutes Bündnis, dass sich Ärzte und Patienten zusammenschließen sollten, weil sie viele gemeinsame Ziele haben und sich nicht gegenseitig funktionalisieren.

Ich denke, dass eine partnerschaftliche Beziehung dazu beitragen kann, dass beide Seiten profitieren und dass wir uns nicht auseinander dividieren lassen, was auch immer politisch auf uns zukommt. Ärzte und Patienten müssen sich verändern; das können wir selber leisten. Wir hoffen, dass die Politik auch noch einiges leistet, um die Versorgung des chronisch Kranken zu verbessern und auch den Arzt wieder in die Lage versetzt, chronisch kranke Patienten so zu versorgen, dass er nicht ständig in ethische Konflikte kommt, was ja heute schon so ist. Ein Arzt sollte spüren, dass er aus bestimmten Gründen, die oft auch berechtigterweise eigennützig sind,

dem Patienten etwas vorenthalten muss, was ihm eigentlich zustünde und was im Grunde auch die Lebensqualität verbessern könnte. Es muss Klarheit geschaffen werden und ich hoffe, die Politik gibt uns die Möglichkeit, diese Klarheit auch im ausreichenden Maße herzustellen.

Reiner Krauß, Deutsche Parkinson-Vereinigung Regionalgruppe Kreis Steinfurt:

Ich wollte nur ergänzen, dass wir uns in unserer Arbeitsgruppe weitgehend so verständigt haben, dass uns die Ärzte bei dem Stimmrecht der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützen. Ich halte es für sehr wesentlich, dass wir das bekommen.