

Der harte Alltag in einer Hausarztpraxis

-

Diskrepanzen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung



Stephanie Falk

Studentin der ASH Berlin

StephanieFalk@gmx.de

14.07.2010

Vielen Dank
an das Team der Arztpraxis Roloff,
das trotz seiner nervenaufreibenden Arbeit
viel Zeit, Geduld, Platz und Antworten für mich
und diese Hausarbeit aufbrachte.

Herzlichsten Dank an:

SR Annelies Roloff
Regine Roloff
Nicole Böse
Dagmar Brettin
Uta Rössler
und
Tim Misiewicz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Prolog	04
2. Die Arztpraxis	
2.1 Allgemeine Daten der Hausarztpraxis	05
2.2 Personelle, materielle und finanzielle Ressourcen	07
2.3 Aufbauorganisation	09
3. Alltag in einer Hausarztpraxis	
3.1 Ablauforganisation	10
3.2 Datenauswertung der Belange der Versicherten	12
3.3 Diskrepanzen und Möglichkeiten der Regulierung	14
3.3.1 <i>Personelle</i>	15
3.3.2 <i>Materielle</i>	16
3.3.3 <i>Finanzielle</i>	17
3.4 Behandlungspflicht wider Behandlungsanspruch	19
3.5 Kommentar einer Arzthelferin	21
4. Epilog	21
5. Anhang	
5.1 Literaturverzeichnis	25
5.2 Internetquellen	26
5.3 Zeitungsartikel	26
5.4 Reflexion der Hausarbeit	29

1. Prolog

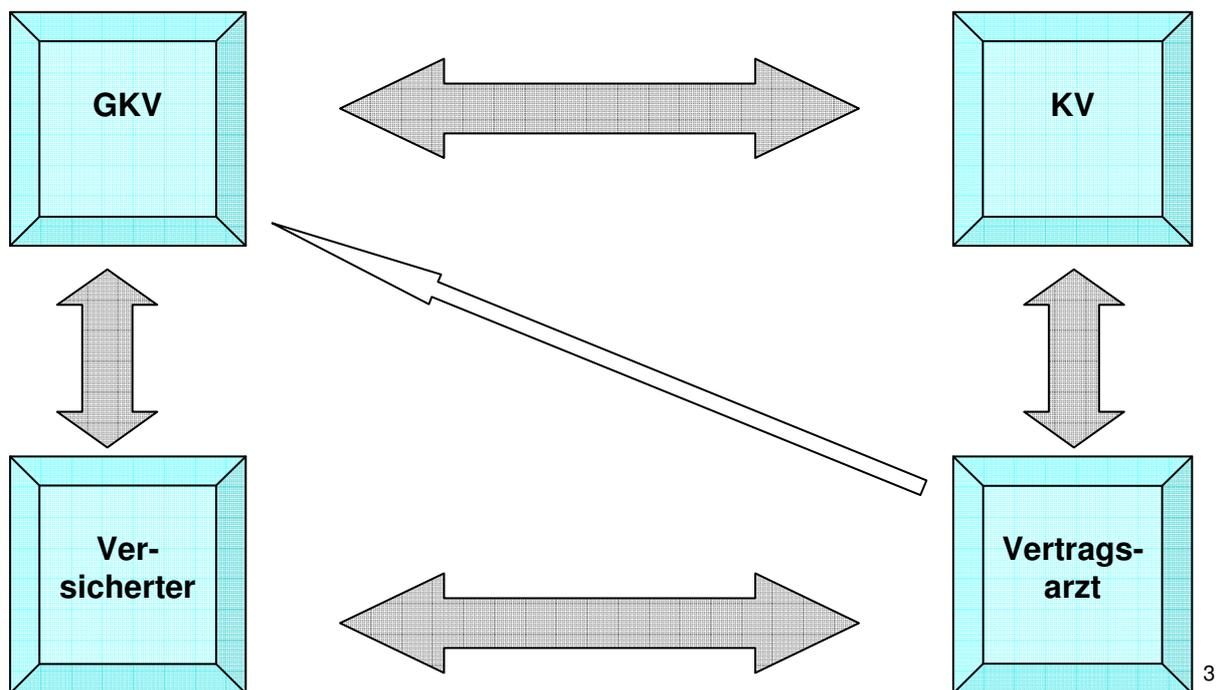
Um kurz vor acht wird von der Arzthelferin die Tür der Praxis geöffnet. Eine Menschenmasse, jung und alt, drängt sich an den kleinen Anmeldetresen. Andere müssen vor der Tür warten, da sie innerhalb keine Plätze mehr vorfinden. Jeder möchte so schnell wie möglich seine Belange erledigt bekommen. Einige benötigen „nur“ ein Rezept, eine Überweisung oder Heilmittelverordnung. Andere möchten eine Impfung, eine Blutuntersuchung veranlassen, ihre Laborwerte ausgewertet haben und/oder von Frau Doktor untersucht werden. Wie das alles zu schaffen ist und mit welchen Schwierigkeiten Frau Doktor und die Arzthelferinnen währenddessen zu kämpfen haben, werde ich in dieser Hausarbeit erläutern. Meine Aushilfstätigkeit in der hier thematisierten Arztpraxis lenkte mich zum Inhalt dieser Hausarbeit, während ich die kritischen Meinungen einer Arzthelferin erfuhr. Als Sozialarbeiterin faszinierte mich ihre Einstellung, weswegen ich die Relevanz dieser Hausarbeit für die Soziale Arbeit in der Reflexion am Ende mit einbrachte.

Das deutsche Gesundheitssystem ist ausgestattet mit komplexen und bürokratischen Arbeitsschritten, welche ich exemplarisch am Beispiel der Arztpraxis von SR Annelies Roloff, eine Fachärztin für Innere Medizin und hausärztlicher Versorgung, aufzeigen werde. Was für Diskrepanzen in der ambulanten Versorgung aus der Sicht der genannten Arztpraxis vorherrschen und wie diese mit der Bedürfnisbefriedigung der Patienten¹ vereinbart wird, ist ebenfalls Thema dieser Hausarbeit. Dafür habe ich Interviews mit dem Praxisteam geführt und quantitative Daten erhoben, welche die Anzahl der Patienten, ihr Alter und ihre Belange verdeutlichen. Damit möchte ich auf Missverhältnisse, Schwierigkeiten aber auch auf Chancen des deutschen Gesundheitssystems hinweisen, die letztendlich klären sollen: Wer profitiert am meisten vom Gesundheitssystem? Sind im besten Fall die Patienten im Vorteil, die Ärzte oder gar die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)?

¹ Um ein flüssiges Lesen zu ermöglichen, werde ich die Einzahl sowie Mehrzahl lediglich in der kürzeren Männlichkeitsform schreiben.

2. Die Arztpraxis

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist eine Instanz unseres Gesundheitswesens. Ambulant heißt hier, der Patient selber begibt sich zum Arzt und nicht andersherum. Nach Simon ist eine Versorgung dann vertragsärztlich, wenn der Arzt Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung ist und so an der Honorarverteilung teilnimmt². Das folgende Organigramm zeigt die sich bedingenden Instanzen in einem Bereich des deutschen Gesundheitssystems auf. Die Beziehungen zueinander werden in den kommenden Punkten erläutert.



2.1 Allgemeine Daten der Hausarztpraxis

Die am 01.06.1991 gegründete Arztpraxis der Sanitätsrätin (SR) befindet sich in Berlin – Lichtenberg, in einer Wohnsiedlung nahe der Landsberger Allee. Die Elli-Voigt-Straße 9 in der ersten Etage ist Anlaufpunkt für langjährigen Patienten und/oder Anwohnern. SR Annelies Roloff (73 Jahre jung) ist die Ärztin der Praxis. Sie ist Fachärztin der Inneren Medizin. „Fachärzte durchlaufen nach dem regulären Studium eine mehrjährige Weiterbildung, an deren Ende eine Prüfung in dem entsprechenden Fachgebiet steht.“⁴ Frau Doktor – so wird sie von Angestellten und Patienten genannt – ließ sich als Hausärztin für Kassen- sowie Privatpatienten nieder. „Die hausärztliche Versorgung hat die Aufgabe, eine umfassende [...] und

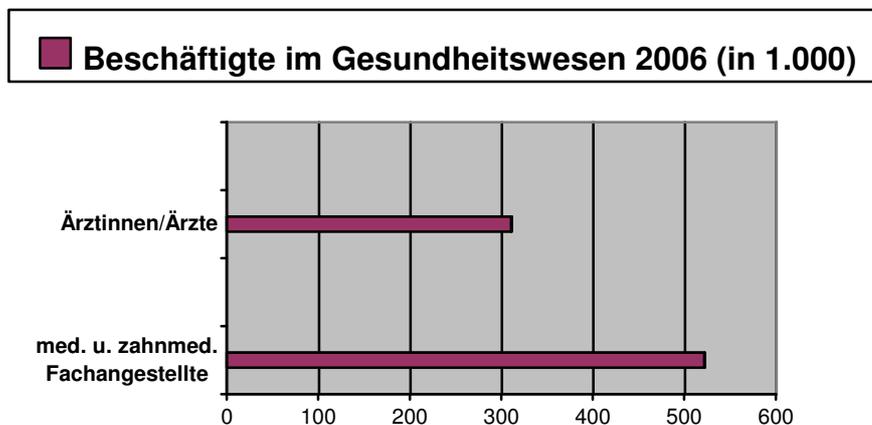
² Simon 2010; 203

³ ebd.: 231

⁴ siehe: <http://www.cecuc.de/590+M5bfc8797d09.html> (21.05.2010)

dauerhafte Betreuung des Versicherten durch Diagnose und Therapie zu gewährleisten.“⁵ Frau Doktor ist auch Vertragsärztin, da sie nach Michael Simon die Zulassung der KV hat bzw. im Arztregister der KV vermerkt ist.⁶ Das bedeutet, sie ist berechtigt und verpflichtet Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse zu behandeln. Im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) § 95 Absatz 3⁷ ist dies vermerkt. Frau Doktor kann „auch Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit“⁸ erwirtschaften. Hierfür müssen gesonderte Rechnungen geschrieben werden.

Regine Roloff (49 Jahre) ist vollzeitbeschäftigte Arzthelferin mit übergeordneten Aufgaben. Nicole Böse (36 Jahre) ist die zweite medizinische Fachangestellte. 2006 waren 522.000 Arzthelfer von 4,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen tätig.⁹



Die Sprechzeiten der Hausarztpraxis sind dreimal in der Woche von acht bis zwölf Uhr, zweimal die Woche ist nachmittags bis abends Sprechstunde und am Freitag können Patienten nach Vereinbarung erscheinen. Die regulären Sprechzeiten werden täglich überschritten, sodass Frau Doktor sowie ihre Helferinnen Nacharbeiten bis in die Nachtstunden hinein tätigen müssen. So gehören sie zu den 45,7% der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Jahre 2006, die in den Abendstunden von 18 bis 23 Uhr¹⁰ arbeiteten.

⁵ Meyer 2003; 32

⁶ Simon 2010; 204

⁷ SGB V 2010; 503

⁸ Simon 2010; 191

⁹ Statistische Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 46, 2009; 11

¹⁰ Statistische Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 46, 2009; 30

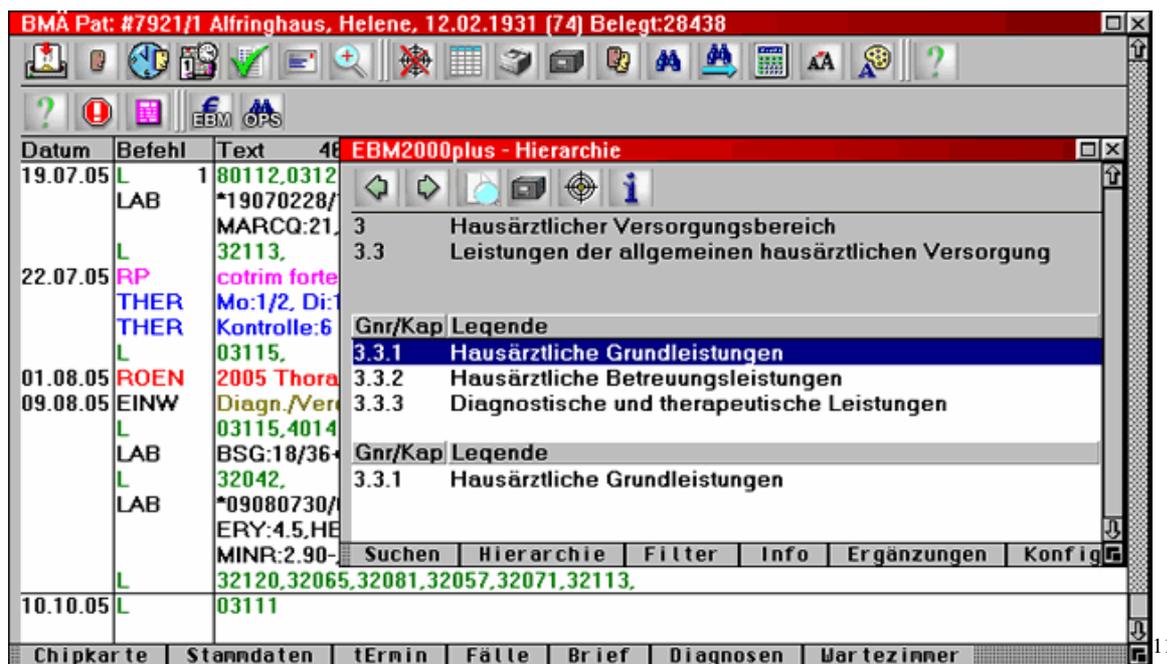
2.2 Personelle, materielle und finanzielle Ressourcen

Die Fach- und Hausärztin kann ein fünfjähriges Studium, eine anschließende fünfjährige Facharztausbildung und eine mehrjährige Berufserfahrung nachweisen. Sie nimmt regelmäßig an diversen Weiterbildungen teil. Die zwei hochqualifizierten Angestellten mit einer fachspezifischen Ausbildung trifft man ebenfalls fünf Mal die Woche in der Praxis an. Regine Roloff vollendete ihr Studium als Diplom Ingenieur Ökonomin und ließ sich später zur Arzthelferin umschulen. Nicole Böse brach aus finanziellen Gründen ihr Medizinstudium ab, nachdem sie ihre Ausbildung zur medizinischen Fachkraft absolvierte. Danach ließ sie sich zur Pharmaberaterin ausbilden. Ferner treffen die Patienten auch Aushilfskräfte an.

Für die Praxis wurde eine Zweiraumwohnung mit einer Dreiraumwohnung zusammengelegt. Somit findet man zwei Sprechzimmer, ein Behandlungszimmer, ein Anmeldungsbereich, ein Warteraum, zwei Sanitäranlagen (für Patienten und Personal), ein Büro und eine Küche vor. Effizient sind die zwei Sprechzimmer, da jeweils das gerade unbenutzte Sprechzimmer von einer Arzthelferin auf den kommenden Patienten vorbereitet werden kann.

Viel Platz nehmen die Verstaumungsmöglichkeiten, sprich Schränke für z.B. Patientenakten, Aufbewahrung von Formularen sowie Ordern und Informationsbroschüren ein. Auch medizinische Geräte, wie z.B. ein Elektrokardiograph (EKG), der die Herzschläge eines Patienten in einer Kurve darstellt, nehmen Platz in der Praxis ein. Außerdem wird das Material, z.B. Verbandsmaterial, Kanülen und Probenröhrchen in den Schränken verstaut.

Für die Aktenführung und die Abrechnung wird das Computerprogramm von „Promedisoft“ (siehe Bildbeispiel auf Seite 8) verwendet. Hier werden v.a. die Abrechnungsziffern, d.h. die Leistungen für den Patienten vermerkt (siehe grüne Zahlen im Bildbeispiel). Zum Beispiel steht die fünfstellige Ziffer 40120 für das Briefporto oder ein Fax. Die Ziffer 01411 trägt Frau Doktor in die Kartei, wenn eine sofortige Sprechstunde erfolgte.



Simon formuliert es so, dass die Ärztin „die Daten über erbrachte Leistungen für alle Kassenpatienten zur Abrechnung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung“¹² nach Ablauf des Quartals leitet. Zuerst erhält die Praxis ein monatlich pauschalisiertes Honorar, welches durch das Regelleistungsvolumen (RLV) begrenzt ist und einige Leistungen schon vergütet, z.B. Überweisungen zu Fachärzten und Hausbesuche. Damit auch die restlichen Leistungen entlohnt werden können, erstellt die KV „für jede Krankenkasse eine Rechnung über die erbrachten Leistungen [der Arztpraxis] und übermittelt der Krankenkasse die wesentlichen Abrechnungsdaten“¹³. Nach Meyer werden die Preise der ärztlichen Leistungen bei Verhandlungen von Krankenkassen und kassenärztlichen Vertretern im Honorierungssystem festgeschrieben.¹⁴ Letztendlich wird fünf Monate nach Quartalsende die Gesamtvergütung, die bei der Arztpraxis Roloff durchschnittlich 55.000 Euro pro Quartal beträgt, an die Praxis überwiesen. So erwirtschaftet die Praxis etwa 220.000 Euro im Jahr. Im Vergleich dazu stehen die vom Statistischen Bundesamt errechneten durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber, die 2003 zwischen 242.000 und 259.000 Euro lagen¹⁵.

Die Privatpatienten erhalten von Frau Doktor nach Ablauf des Quartals „eine Rechnung über alle im abgelaufenen Quartal für den Patienten erbrachten

¹¹ Bildquelle: <http://www.medisoftware.de/html/programm/imdetail/index.php> (22.05.2010)

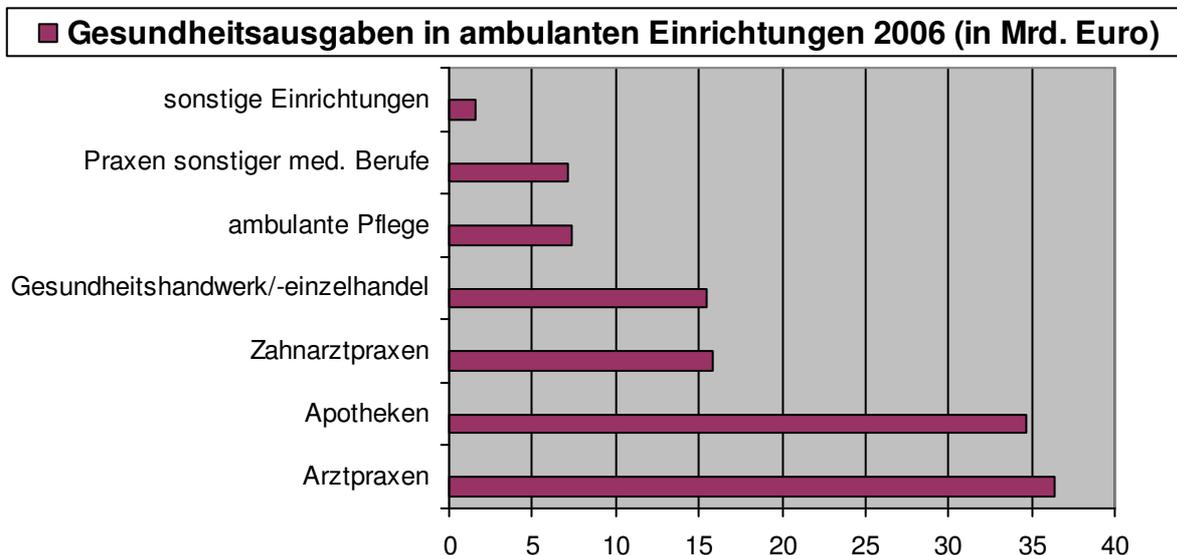
¹² Simon 2010; 229

¹³ ebd.: 214

¹⁴ Meyer 2003; 40

¹⁵ Simon 2010; 193

Leistungen und sendet“ ihnen diese zu¹⁶. Diese hat der Patient innerhalb eines vorgegebenen Zeitraum zu begleichen. Daher kommen pro Jahr etwa 10.000 Euro zusammen, die in der o.g. Gesamtvergütung enthalten sind. Mit den erwirtschafteten Einnahmen werden die Fixkosten, u.a. die Gehälter für das Personal, die Miete, Leasingraten und Anschlussgebühren der Telefone bezahlt. Dazu kommen noch Rechnungen von Versicherungen, Reinigungskosten, medizinische Materialien etc. Müller und Böhm meinen dazu, die Stellung des Arztes im Gesundheitssystem sei von zentraler Bedeutung, da der größte Teil der Leistungen von ihnen erbracht bzw. veranlasst wird. Sie behandeln, verschreiben und verordnen.¹⁷ Aus diesem Grund wurden 36,4 Milliarden Euro im Jahr 2006 für Arztpraxen ausgegeben.¹⁸



2.3 Aufbauorganisation

Gleichberechtigung und Respekt gegenüber dem Anderen und seiner Arbeit bestimmen das Arbeitsklima in der Praxis. Hier wird jeder Patient ernst genommen und gemäß der Behandlungspflicht angenommen, obwohl die Praxis insgesamt etwa 5000 Patienten umfasst. Pro Quartal werden ca. 1000 Patienten behandelt. So könnte Frau Doktor keine neuen Patienten mehr annehmen, „da die Praxis bereits vollständig ausgelastet ist“¹⁹. Leistete sie jedoch den Eid des Hippokrates²⁰, der die

¹⁶ Simon 2010; 230

¹⁷ Statistische Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 45, 2009; 17

¹⁸ ebd.: 22

¹⁹ siehe: <http://www.versicherungnetz.de/02-01/00000301.htm> (22.05.2010)

²⁰ Hinz 2004; 18

Behandlungspflicht aus ethischen Gründen verlangt. Aus juristischen Gründen ersuchen die Paragrafen 23 und 27 im SGB V²¹ diese Pflicht.

Weil die Ärztin Geschäftsführerin ist, vergibt sie Aufgaben an ihre Angestellten. Sie geht ausschließlich der medizinischen Behandlung der Patienten nach und verordnet u.a. Arzneimittel und Überweisungen. Regine Roloff leitet sowohl Nicole Böse als auch die Aushilfskräfte an. Sie ist auch für die Buchhaltung zuständig. So verfasst sie die Schreiben, z.B. die Rechnungen für Privatpatienten. Nicole Böse führt v.a. die Laborarbeiten durch, dies beinhaltet z.B. die Blutabnahmen, Wundversorgungen oder Impfungen. Obwohl sich jeder auf einen Arbeitsbereich spezialisierte, rotieren sie zwischen den Bereichen.

3. Alltag in einer Hausarztpraxis

3.1 Ablauforganisation

Hier werde ich den Weg der Patientin Frau M.²² aufzeigen, wobei ich auf ihre Belange und deren Hintergründe sowie deren Bearbeitung eingehe. Damit möchte ich auf die Komplexität der Bearbeitungen und auf die alltäglichen Schwierigkeiten in der Arztpraxis verweisen.

Frau M. ist eine gesetzlich krankenversicherte Rentnerin und trifft am Dienstagnachmittag um 15 Uhr in der Arztpraxis ein. Jeder Stuhl im Wartezimmer ist besetzt, deswegen möchte sie nur ein Rezept, eine Überweisung und ihren Befund ausgewertet haben. Hinter ihr stehen noch weitere fünf Patienten an, weswegen die Arzthelferin Regine die Belange der Frau M. aufschreiben möchte, um auch die nachkommenden Patienten nicht allzu lange warten zu lassen. Die Arzthelferin liest die Krankenversichertenkarte ein, da Frau M. dieses Quartal noch nicht in der Hausarztpraxis war. Sie müsse noch die zehn Euro Praxisgebühr bzw. Kassengebühr – wie das Praxisteam sie nennt – bezahlen, meint Schwester Regine. Frau M. legt die zehn Euro mit den Worten „Da ist mein Eintrittsgeld.“ auf den Tresen. Böhm und Müller hielten in der Gesundheitsberichterstattung fest, dass die Praxisgebühr mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung am 01.01.2004 eingeführt wurde²³. Die Praxisgebühr sollte die

²¹ SGB V 2010; 399 und 403

²² Die genannten Personen sind fiktive Patienten. Jede Übereinstimmung mit einem realen Patienten ist zufällig.

²³ Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 45, 2009; 13

Versicherten davon abhalten, den Arzt wegen jeder kleineren Erkrankung zu besuchen. Außerdem sollte sie den Patienten an seinen Hausarzt binden, der wiederum ihn zu einem Facharzt weiterleitet. So sollten die Fachärzte entlastet werden. "Der Arzt zieht die Gebühr [...] ein, leitet sie aber der gesetzlichen Krankenversicherung weiter. Dabei wird das Geld nicht „übergeben“, sondern bei der Ärzteabrechnung von der Kassenärztlichen Vereinigung abgezogen."²⁴ Schwester Regine kümmert sich um die Verwaltung der Gebühr, wobei sie die jeweiligen Quittungen ausdruckt, dem Patienten zukommen lässt, die Beträge verwahrt und auf das Praxiskonto einzahlt. Jedoch verdient die Praxis nichts an der Gebühr, weshalb sie eher eine Kassengebühr ist.

Frau M. möchte weiterhin ihre blutdrucksenkenden Tabletten verschrieben haben, weiß aber den Namen dieser Tabletten nicht mehr. Die Arzthelferin fängt an einige aufzuzählen: Ramipril, Amlodipin oder HCT. Schließlich schaut die Arzthelferin doch unter dem Namen der Patientin im „Promedisoft“-Programm nach, wie „ihre“ Tabletten heißen. Bisoprolol fügt sie auf das digitale Rezept ein und lässt es ausdrucken. Eine Unterschrift von Frau Doktor ist unbedingt notwendig, da sie das „letzte Wort“ bei der Vergabe von Medikamenten hat. So geht Schwester Regine in ein Behandlungszimmer von Frau Doktor, unterbricht ein Gespräch mit einem Patienten, um sich die Unterschrift einzuholen. Sie läuft wieder vor zum Tresenbereich und übergibt Frau M. das Rezept. Sie wolle noch die Auswertung ihres Blutbefundes erfahren, fügt sie währenddessen an. Schwester Regine sucht ihre Akte aus einen der großen Schübe heraus und findet obenauf den Befund. Mit einem geschulten Blick auf den Befund kann Schwester Regine der Patientin versichern, es wäre alles in Ordnung. Nun bräuchte sie noch eine Kopie des Befundes, um es ihrer Gynäkologin vorlegen zu können, antwortet Frau M. Schwester Regine läuft zum Kopierer, vervielfältigt das Schreiben und notiert die zweiseitige Kopie. Vorne bei der Patientin angekommen, fällt Frau Müller ein, sie bräuchte noch eine Überweisung für ihre Gynäkologin. Da die digitale Akte im Computer noch aufgerufen ist, ruft Schwester Regine die Überweisung auf, fügt Gynäkologie hinzu und legt den Vordruck in den Drucker. Die Erstellung und der Ausdruck einer Überweisung sind im Regelleistungsvolumen enthalten. Die Hausarztpraxis erhält weder für den Zeitaufwand noch für die Aufbewahrung der Überweisungsscheine von mindestens einem Jahr einen gesonderten finanziellen

²⁴ siehe: <http://www.gkv-krankenversicherung.de/Allgemeines/Praxisgebuehr.html> (30.05.2010)

Lohn. Jedoch übernimmt Frau Doktor die Verantwortung über die Anzahl der ausgegebenen Scheine. Sie hat die Pflicht die Überweisungen vor der KV bei Nachfrage zu rechtfertigen.

Frau M. bedankt sich mit den Worten, für die Vereinbarung eines Termins bei Frau Doktor rufe sie nochmals an. Nun tritt Herr T. an den Tresen . . .



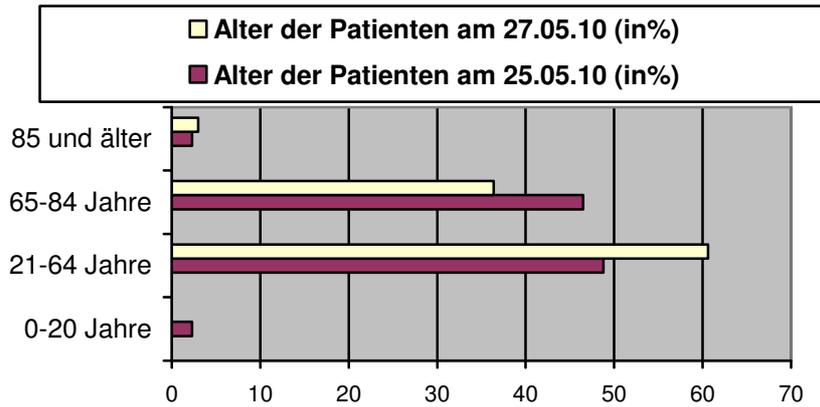
25

3.2 Datenauswertung der Belange der Versicherten

An drei Tagen führte ich eine quantitative Datenerhebung in der Arztpraxis SR Annelies Roloff durch. Dabei führte ich Strichlisten und notierte mir so die Anzahl der erscheinenden Patienten, ihr Alter und ihre Belange, während ich im Anmeldebereich die Tätigkeiten einer Arzthelferin durchlebte und so das Beispiel der Frau M. kreieren konnte. Außerdem führte Frau Doktor eine Liste über die Dauer der bei ihr verbleibenden Patienten.

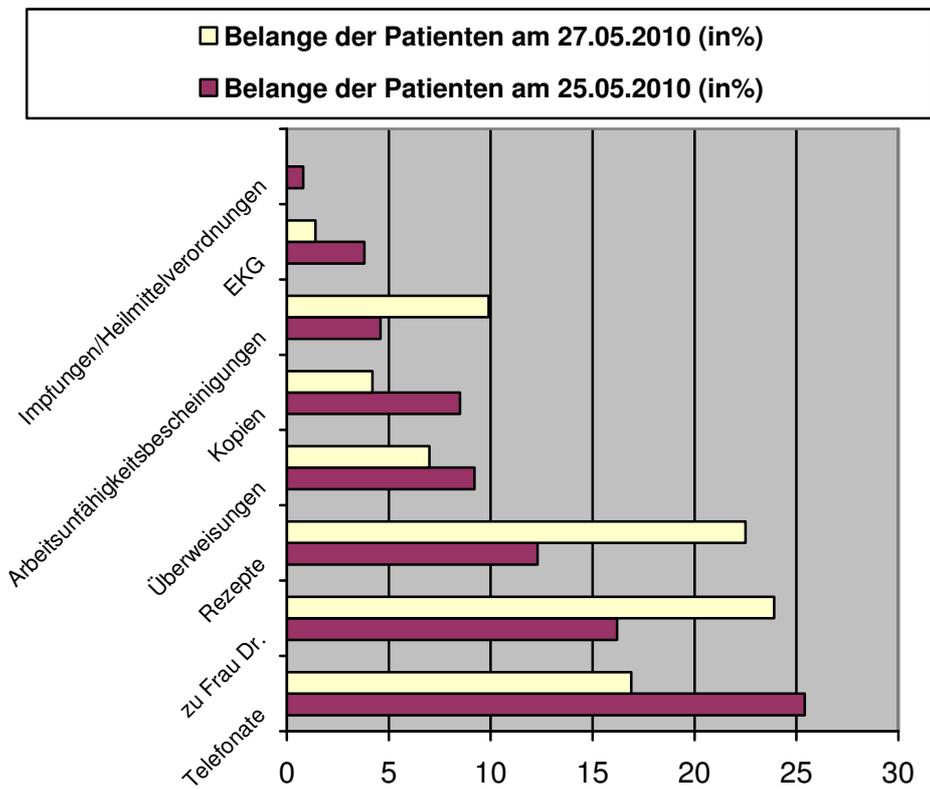
Am Dienstag den 25.05.2010 erschienen am Vormittag zwischen 7:50 Uhr und 12:30 Uhr 43 Patienten, inklusive eines Privatpatienten. Das zweite Lebensalter (21- bis 64-Jährige) war an diesem Tag am meisten vertreten. Auffällig ist auch die hohe Anzahl der 65 – 84 Jährigen, die den Praxisalltag mitprägten. Außerdem erschien ein Patient, der über 85 Jahre alt war. Am 27.05.2010 lag der Schwerpunkt ebenfalls auf dem zweiten Lebensalter. Insgesamt erschienen hier 35 Patienten, darunter zwei Privatpatienten, am Nachmittag zwischen 14 und 16:30 Uhr. Die folgende Grafik hält den Vergleich der Tage fest.

²⁵ Bildquelle: <http://www.sakurai-cartoons.de/> vom 19.01.2006 (15.06.2010)

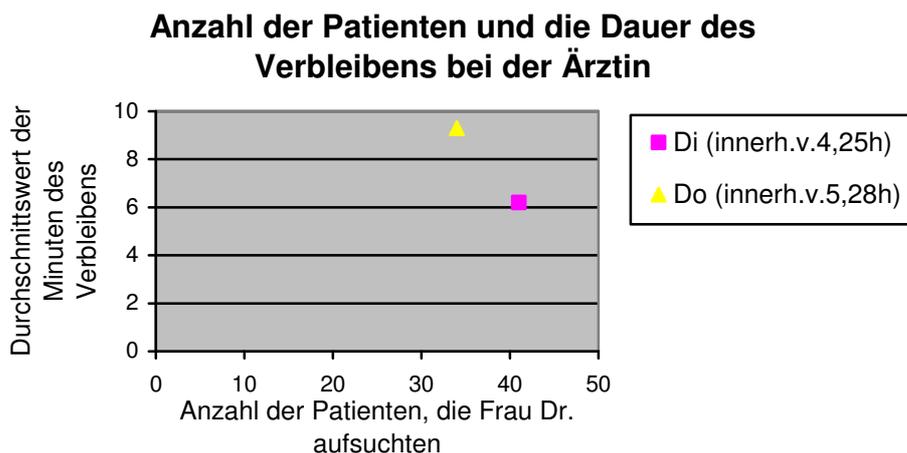


Hierbei habe ich zwischen den vier Lebensaltern unterschieden. Die große Altersspanne des zweiten Lebensalters (21 – 64 Jahre) kommt zustande, da dies als arbeitsfähiges Alter definiert wird und die deutsche gesetzliche Altersrente ab 65 Jahre einsetzt.

Das am meisten geforderte Bedürfnis der Patienten war am 25.05.2010 das Telefonat. Von den von mir erfassten 130 Bedürfnissen, war das Telefonieren mit 25,4%, also 33 Telefongespräche, am häufigsten vertreten. Am wenigsten wollten die Patienten geimpft werden oder brauchten eine Heilmittelverordnung. Im Gegensatz dazu wurde am 27.05.2010 das Gespräch mit Frau Doktor bevorzugt. Außerdem wurden an diesem Tag 71 Bedürfnisse bearbeitet und davon 16 Rezepte ausgegeben. Weitere ausgewählte Belange werden in der folgenden Grafik erfasst.



16,2 Prozent der Patienten wollten am Dienstag von Frau Doktor untersucht werden. Diese waren dann durchschnittlich 6,2 Minuten bei ihr im Sprechzimmer. Mit 41 Patienten innerhalb von vier Stunden und 15 Minuten sprach Frau Doktor. Am Donnerstag den 03.06.2010 untersuchte sie 34 Patienten innerhalb von fünf Stunden und 17 Minuten. Im Durchschnitt waren sie 9,3 Minuten bei ihr. Dies veranschaulicht die folgende Grafik.



Beide Tage zusammen ergeben eine durchschnittliche Zeit von 7,63 Minuten pro Patient. Letztendlich konnte sich Frau Doktor am Donnerstag mehr Zeit für ihre Patienten nehmen, obwohl am Donnerstag nur sieben Patienten weniger kamen. Jedoch ist die Anzahl der Patienten von Tag zu Tag unterschiedlich. Somit sind Vorarbeiten selten möglich und der Tagesablauf nicht planbar.

Diese Daten sind aber wenig repräsentativ, da sie nur einen Bruchteil der Gegebenheiten aufzeigen. Jedoch geben sie einen Einblick in den Betrieb „Arztpraxis“. Die Gründe dieser exemplarischen Datenerhebung ergeben sich in den folgenden Punkten.

3.3 Diskrepanzen und Möglichkeiten der Regulierung

Durch die Präsentation der Gegebenheiten der Hausarztpraxis SR Annelies Roloff, dem dargestellten Ablauf des Praxisalltages und der dargelegten Daten wurden erste Diskrepanzen sichtbar. Nun zeige ich die genauen Missverhältnisse in dieser ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf. Dazu werde ich jeweilige Ausgleichsmöglichkeiten angeben.

3.3.1 Personelle

Das Arbeitsfeld sowie der Ärztin als auch der medizinischen Fachkräfte ist sehr umfangreich. Alle Berufstätigen der Praxis müssen soziale, administrative und medizinische Kompetenzen aufweisen, um den Betrieb „Arztpraxis“ erfolgreich aufrecht zu erhalten. Da das gesamte Praxispersonal die umfassenden Tätigkeiten, welche in der Datenerhebung beispielhaft aufgezeigt sind, erledigt, entstehen längere Wartezeiten für die Patienten. Auch müssen die Arzthelferinnen deswegen Nacharbeiten in den Abendstunden tätigen. Daneben sind sie hoch qualifiziert, was jedoch keine Garantie für mehr Gehalt ist.



Und wer schreibt Ihre Arztbriefe?

26

Alle wollen den Anforderungen der Patienten, der KV und auch von ihnen selber entsprechen. Dass dabei Unstimmigkeiten zwischen und mit dem Personal entstehen können, ist daher verständlich. Stress und Schicksale der Patienten prägen die Sprechstunden, was auf das Arbeitsklima abfärbt. Demnach könnten regelmäßige Supervisionen für Frau Doktor und deren Helferinnen stattfinden. Hier nehmen die Sozialarbeiter einen Arbeitsbereich im Gesundheitswesen ein. Besonders die Balint – Methode ist auf die Verarbeitung der Geschehnisse in einer Arztpraxis und somit die Optimierung von Beziehungen im medizinischen Team spezialisiert. Der professionelle Supervisor leitet die Supervisanden an, sich mit ihren Arzt – Patient – Beziehungen auseinander zu setzen, indem er ein prägendes Ereignis beschreibt. Mit Hilfe der Gruppe soll der Vortragende „Anregungen für eine neue Sichtweise“²⁷ erhalten, wobei er seine Wirkung auf die Patienten sowie die eigenen Verhaltensmuster erkennt und somit diese ggf. ändern kann.

²⁶ Bildquelle: <http://www.karikaturen-service.de/arzthelferin.htm> (15.06.2010)

²⁷ siehe: <http://www.balintgesellschaft.de/programm/balintarbeit.php> (02.06.2010)

Hinzu kommen die unzumutbaren Arbeitsstunden von etwa zwölf Stunden am Tag, die auf längere Sicht gesehen Erkrankungen beim Personal auslösen können. Die Zahlen der Datenerhebung lassen erkennen, dass die Anzahl der Patienten und deren Belange kaum vorausschaubar sind. Das Praxisteam kann sich nicht darauf einstellen, demnach sind Stresssituationen scheinbar unvermeidbar. Die meisten Patienten erscheinen ohne Termin, was die Wartezeit jedes Patienten nochmals verlängert. Dass dadurch die Arzthelferinnen kaum ins Gespräch mit den Patienten kommen können, wie die Ablauforganisation zeigt, ist problematisch. Zusätzliche Arbeitskräfte oder gar für den Betrieb preiswertere Sozialassistenten oder Auszubildende kann die Arztpraxis nicht finanzieren. Subventionen von der Agentur für Arbeit, der deutschen Industrie- und Handelskammer (IHK) oder dem Bundesinstitut für Berufsbildung könnten dem entgegenwirken. Außerdem könnten diese Institutionen überbezahlte Fortbildungen für Ärzte und Arzthelfer/innen vergünstigen. Die Ärzte in Deutschland sind verpflichtet Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. Für jede absolvierte Fortbildung erhält Frau Doktor, wie jeder andere Arzt, Fortbildungspunkte. Diese sind notwendig für ihre Tätigkeit als Facharzt, da sie ein Punktezertifikat der KV vorzulegen hat. Zum Beispiel kostet der dreitägige Kurs „Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse“ von der Ärztekammer Berlin 570 Euro, wobei Frau Doktor 27 Punkte erhalten würde²⁸. So könnten vergünstigte Abonnements für Ärzte und deren Teams ausgehandelt werden, wobei die jeweilige Partei davon profitieren würde. Zumal die Fortbildungen für Ärzte Pflicht sind, sollte sich die Anzahl der Kostenfreien vermehren.

3.3.2 Materielle

Die Verstauerungsräume nehmen in der Arztpraxis viel Platz ein. Allein 24 große Schubfächer beinhalten die Patientenakten. Die Schränke sind voll mit Vordrucken von z.B. Rezepten, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU). Gibt Frau Doktor eine AU heraus, muss ein Durchdruck in der Praxis verbleiben und mindestens ein Jahr aufbewahrt werden. Akten sowie Befunde müssen mindestens 10 Jahre verstaust werden. So stellt sich schnell ein Platzmangel ein, wogegen die Vernichtung besonders von Akten kostenintensiv ist. Selbst der gemietete Kellerraum ist überfüllt mit Akten. Auch für diese Verwaltungsarbeit wäre ein professioneller

²⁸ siehe: http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/25_Aerztl_Fb/12_Fortbildungen_AEKB/06_Patientensicherheit/Patientensicherheit/index.html (07.06.2010)

Helfer notwendig. Nicht zuletzt steht eine an der Praxis anliegende Wohnung frei, die für zusätzliche Verstaungräume verwendbar wäre.

Ein weiteres materielles Problem, woraus ein finanzielles entsteht, stellen die älteren medizinischen Geräte dar. Die Geräte werden behutsam verwendet, da sowohl die Anschaffung als auch die Reparatur teuer ist. Zum Beispiel ist das EKG-Gerät seit 1991 in Betrieb. Noch funktioniert es wie am ersten Tag, jedoch müsste die Ärztin ein Kredit für die Neuanschaffung aufnehmen. Leasingverträge mit preiswerteren Reparaturen könnten den Ärzten angeboten werden. Dies wäre eine mögliche Unterstützung für eine materielle Sicherheit.

Durch die erhaltende Zulassung der KV sollte die Ärztin das Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten. Dieses Gebot kann die KV erfragen, da z.B. das Ausgeben von Überweisungen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“²⁹ soll. Gerade am Lichtenberger Standort der Hausarztpraxis wohnen überdurchschnittlich viele Rentner, was die Altersstruktur meiner Datenerhebung vermuten lässt. Mit zunehmendem Alter nehmen die Krankheiten zu³⁰, woraus die häufigeren Arztbesuche und demzufolge die höhere Anzahl der Überweisungen resultieren. Außerdem suchten während meiner dreitägigen Datenerhebungen lediglich drei Privatpatienten die Praxis auf, denkbar ist daher eine im Bezirk niedrige wohlhabende Bevölkerungsanzahl.

3.3.3 Finanzielle

Die materiellen Diskrepanzen hängen eng mit der Einnahme, Aufbewahrung und Einzahlung der Kassengebühr zusammen. Nachdem das so genannte „Eintrittsgeld“ eingenommen wurde, fragen sich Ärztin und Helferinnen, wo die hohen Beträge am sichersten verstaut werden sollten. Die Anwesenheit der gesammelten Kassengebühren verleitete in der Vergangenheit zu Diebstählen. Auch besteht die Gefahr auf dem Weg zum Bankeinzahlautomaten ausgeraubt zu werden. Daraus resultiert die Meinung der Arzthelferinnen, sie wären die Geldeintreiber der GKV. Hinzu kommt, wenn die Ärztin oder die medizinischen Angestellten den Einzug einer Gebühr versäumen, wird trotzdem der Soll – Betrag nach der Anzahl der Patienten vom Honorar abgezogen. Die Hausarztpraxis muss die Gelder anschaffen und auch dafür aufkommen. Die Krankenkassen hätten 2004 die zehn Euro auch auf die Beiträge der Versicherten aufschlagen können. Jedoch war dieser Weg zu

²⁹ Simon 2010; 206

³⁰ Böhm, Tesch-Römer, Ziese (Hrsg.) 2009; 57

offensichtlich, da 2008 schon die „Erhöhung des Beitragsatzes auf 1,95% des Bruttoeinkommens“³¹ anstand.



32

Daraus könnten die Beitragszahler schließen, sie können auf ihre Krankenkasse setzen, weil die Kasse von ihren Beiträgen lebt. Jedoch muss ein Patient um viele Therapien oder Behandlungen kämpfen, oft mit Unterstützung der Ärztin. Diese Missstände auf der Seite der Arztpraxen und der der Patienten könnte durch die KV vermindert werden. Nach Simon ist einer ihrer Aufgaben, die Interessen der Ärzte zu vertreten³³. Im SGB V § 75 ist das sogar gesetzlich festgelegt.³⁴

Durch das Abrechnungssystem mit den fünfstelligen Ziffern können sich Fehler einschleichen. Regelmäßig werden Ziffern verändert, verworfen oder es kommen neue hinzu. Dabei den Überblick zu behalten, stellte sich als schwierig heraus. So werden von Frau Doktor oder den Arzthelferinnen stressbedingt vergessen, Ziffern in die digitale Akte einzufügen. Somit werden die real erbrachten Leistungen nicht honoriert. Die KV ist auch dafür zuständig, die Abrechnungen zu überprüfen und „Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzelner Vertragsärzte“³⁵ durchzuführen. So könnten sie auf Fehler hinweisen. Besonders Ärzte ohne Berufserfahrung sollten unterstützt werden, indem Standorte und Honorare attraktiv gestaltet werden. Ein Jungarzt hat es schwer sich niederzulassen, wenn die Gesamtvergütung alle fünf Monate überwiesen wird und er deswegen Kredite für Raummiete, medizinisches Inventar

³¹ Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 45, 2009; 13

³² Bildquelle: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39369> (15.06.2010)

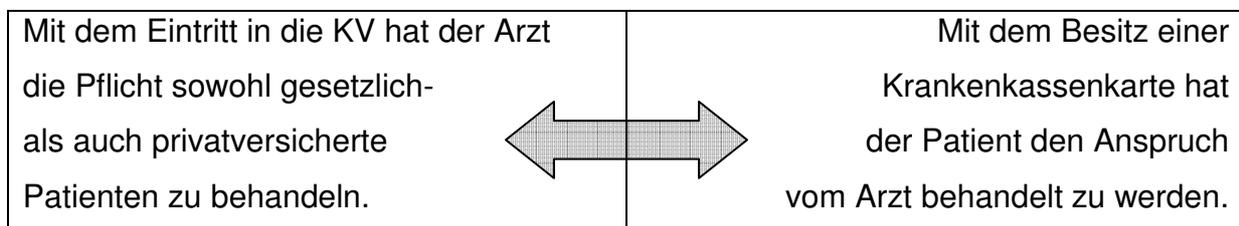
³³ Simon 2010; 199

³⁴ SGB V 2010; 459

³⁵ Simon 2010; 198

etc. aufnehmen muss. Einen Nachfolger zu finden für SR Annelies Roloff, stellte sich wegen des unattraktiven Standortes als schwer heraus. Befindet sich die Arztpraxis, wie die von Frau Doktor, in einer rentnerreichen Region, muss der Arzt aus diesem Grund mehr Medikamente verschreiben. Das Arzneimittelbudget ist eine der Budgetierungsregelungen, der einen festen finanziellen Rahmen hat und den Ärzten für Verschreibungen von Medikamenten auferlegt wurde. Laut der KV hatte 2008 ein hausärztlicher Internist für einen Rentner 124,63 Euro im Quartal für Arznei- und Verbandmittel zur Verfügung.³⁶ Frau Doktor hat schon einmal einen Medikamentenregress mit 1300 DM Kosten hinter sich bringen müssen, denn benötigt der Patient mehr Medikamente als das Budget erlaubt, kommt oft der Arzt für die zusätzlichen Kosten auf. So spielen die finanziellen und die standortbedingten Aspekte zusammen. Da Frau Doktor durch den hohen Altersdurchschnitt der Patienten schon sehr viele Patienten mit Hausbesuchen versorgt, hat sie die KV um Hilfe gebeten. Sie fragte nach einem jungen Arzt in Praxisnähe, der Hausbesuchspatienten übernimmt. Jedoch bekam sie von der KV als Antwort, sie könnten keinen Arzt bestimmen.

3.4 Behandlungspflicht wider Behandlungsanspruch



Der Eid des Hippokrates, das SGB V, die KV und Moral sowie Ethik spiegeln diese Wechselbeziehung wieder. Dennoch wird dem Arzt die Einhaltung seiner Behandlungspflicht erschwert. Die Gründe können wie o.g. personell, materiell oder finanziell verankert sein. Es sei vorgekommen, dass medizinische Fachangestellte neue Patienten wieder weggeschickt haben, da die Praxis vollständig ausgelastet wäre. Hier wird weder die Pflicht noch der Anspruch wahrgenommen. Dies resultiert aus der Verwirtschaftlichung der Arztpraxen, was vom „2004 [gegründeten] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“³⁷ unterstützt wird. Doch der Arzt sollte seinen Betrieb mit Ethik und Moral führen können, dann kann er seinen Patienten menschlich gegenüberstehen. Ist jedoch das Budget des Arztes für

³⁶ siehe: <http://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/40richtgroessen/richtgroessen2008.html> (15.06.2010)

³⁷ Simon 2010; 102

den Patienten fast erschöpft, möchte er trotzdem seinen Betrieb „Arztpraxis“ effizient weiterführen. Weniger Medikamente werden verschrieben, obwohl der Behandlungsanspruch des Patienten besteht. Meyer schrieb dazu, dass insbesondere die Vergütung der ärztlichen Leistungen einen verhaltensrelevanter Faktor darstellt, das Patienteninteresse umzusetzen³⁸. Ist das Arzneimittelbudget pro Patient und das RLV aufgebraucht, könnte die Arztpraxis von Frau Doktor Mitte des Quartals ihre Sprechstunden einstellen. Ihrer Behandlungspflicht könne sie aber so nicht gerecht werden. Nach Hinz hat hier der Gesetzgeber eine Schere geschaffen, die problematisch ist, da [auch andere] medizinisch notwendige Leistungen, die gesetzlich verbrieft sind und nach den Budgetierungsregelungen gelten, nicht mehr erfüllt werden könnten³⁹. Durch die Trennung von Privat- und Kassenpatienten und deren scheinbar unterschiedlichen Behandlungen wächst das Bild einer Zweiklassenmedizin. Die Gründe verbergen sich im Vergütungssystem, wonach ein Arzt seiner Behandlungspflicht nachkommt, aber selber Missstände hervorbringt. Ob hier eine Rationierung stattfindet, ist umstritten.

Um eine absehbare Gesamtvergütung zu erhalten, sollten ca. 1000 Patienten im Quartal die Arztpraxis von Annelies Roloff besuchen. Somit stellt sich die durchschnittliche Behandlungszeit von 7,63 Minuten ein. Der Behandlungspflicht wird entsprochen, dem –anspruch wird genügt. Besonders die älteren Patienten von Frau Doktor suchen die Praxis nicht nur aus gesundheitlichen Gründen auf. Oft brauchen sie jemanden zum Reden oder Zuhören und nehmen eine Behandlung in Anspruch. Trotz Zeitmangel und den überfüllten Wartezimmern finden solche Gespräche statt und dies weit über die Sprechstundenzeiten hinaus. Jedoch möchte Frau Doktor den älteren Patienten und somit ihrer Behandlungspflicht gerecht werden. Dadurch verlängern sich die Wartezeiten. Durch das pauschalisierte Honorar werden von vielen Ärzten Hausbesuche vermieden, womit sich eine Unterversorgung einstellt. Im vorherigen Jahr trat eine Häusliche Krankenpflege (HKP) an die Praxis heran, mit der Bitte, eine Hausbesuchspatientin von einem in Pension gegangenen Arztes zu betreuen. Da die Patientin nicht in unmittelbarer Nähe wohnt, hatte die HKP bereits 37 Arztpraxen kontaktiert ohne Erfolg. Mit einer altersgerechten Medizin im Zusammenhang mit einer angemessenen Vergütung u.a. der ärztlichen Besuche könnte die Gesundheitspolitik einen Ausgleich der Pflicht des Arztes und des Anspruches des Patienten gerecht werden. Laut Meyer sollte das Vergütungssystem

³⁸ Meyer 2003; 45

³⁹ Hinz 2004; 149

eine Motivationsfunktion haben, indem Anreize geschaffen werden, um schlechte Leistungen zu verhindern⁴⁰.

3.5 Kommentar einer Arzthelferin

Regine Roloff ist Arzthelferin seit der Eröffnung der Arztpraxis. Sie äußerte sich am 21.06.2010 wie folgt:

„Die Dankbarkeit unserer Patienten, die uns manchmal sogar ihren Psychotherapeuten oder Engel nennen und das absolute <<Aufeinanderverlassenkönnen>> der Mitarbeiter lassen uns den aufgezeigten Diskrepanzen trotzen und jeden Tag auf´s Neue den Praxisalltag bewältigen und gern zur Arbeit kommen. Unsere Familien und freiwillige Helfer unterstützen uns sehr dabei.

Leider nimmt die Bürokratie – unterschiedlichste Anträge, Widersprüche, Formularerstellung (Gesundheitsuntersuchungen, Disease-Management-Programm) Formularverwaltung usw. – einen großen Stellenwert ein. Seit Jahren kämpfen wir um eine angemessene Bewertung der ärztlichen Gesprächsleistung sowie die <<Katalogisierung>> einzelner Leistungen (Spritzen, Verbände, körperliche Untersuchungen, Hausbesuche usw.). Schon in den 90er Jahren wurde die Bedeutung des Gesprächs des Arztes mit dem Patienten hervorgehoben. Dennoch wird weiterhin die Gerätemedizin hofiert.

Wenn unsere Ärztin entsprechend des Gesamtzeit- und Kraftaufwandes bezahlt würde, könnten mehr medizinische Fachangestellte oder auch ein Assistenzarzt beschäftigt werden. Das wäre für alle, nicht zuletzt für die Patienten gleich Beitragszahler ein Gewinn!“

4. Epilog

Die aufgeführten Diskrepanzen zu denen die Verkennung der Wichtigkeit der Hausarztpraxen, das pauschalisierte Honorar, die fünfstelligen Abrechnungsziffern, die unangemessenen Löhne, der Platzmangel, die Nichtberücksichtigung der Anzahl und Bedürfnisse der Rentner (Morbiditätsrisikoausgleich), die Arbeit unter Druck, der Stress, die große Verantwortung, die unzumutbaren Arbeitszeiten, das Dilemma der Fortbildungen, die teuren medizinischen Geräte, die Verwirtschaftlichung des Betriebes „Arztpraxis“, die Kassengebühr, das RLV und

⁴⁰ Meyer 2003; 202

Arzneimittelbudget, der Zeitmangel, das Dilemma der Hausbesuche, der unattraktive Standort, das umfangreiche Arbeitsfeld, der Behandlungsanspruch und die –pflicht, die Aufgabenwahrnehmung der KV und die Wichtigkeit der Patienten bzw. Versicherten gehören, ist nun offensichtlich. Letztere sind die „Hauptakteure“ im deutschen Gesundheitssystem, was jedoch nicht der Umsetzung der gesundheitlichen Entscheidungen entspricht. Sowie die GKV als auch die KV leben von den Beiträgen der Versicherten. Die „Beitragseinnahmen [sind] die wichtigsten Finanzierungsgrundlagen, sie machten 2006 zwischen 74% [...] und 99% [...] der Einnahmen aus“⁴¹. Trotzdem müssen die Patienten viele Therapien oder Behandlungen aufwendig beantragen und rechtfertigen. Hier wird er unterstützt vom Arzt, der durch die Verwirtschaftlichung seiner Arztpraxis ebenfalls um jede Vergütung seiner erbrachten Leistungen kämpft. Es ist fraglich, wem das deutsche Gesundheitssystem zugute kommt. Jede Partei des Systems erlebt Vor- und Nachteile, jedoch muss die eine mehr für eine Vergütung tun, als die andere. So bleibt offen, was z.B. mit der Kassengebühr finanziert wird. Deswegen ist eine „Forderung nach Einfachheit und Klarheit“⁴² sowie nach Transparenz bedeutend. Während der Arzt die Arbeit an der Schnittstelle zur GKV und den Versicherten leistet, mit den Beitragszahlern arbeitet und demnach die Leistungen erbringt, hat er zu viele Diskrepanzen auszuhalten. Die Wichtigkeit seiner Arbeit zur Gesunderhaltung und Behandlung seiner Patienten wird sowohl von der GKV als auch von der KV verkannt, die wiederum scheinbar am meisten finanziell profitieren.

⁴¹ Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 45, 2009; 32

⁴² Meyer 2003; 210



43

Die Tatsache, dass Vertreter der Krankenkassen und kassenärztliche Vertreter über Preise der ärztlichen Leistungen verhandeln, bekräftigt zwei Argumente. Erstens die Verwirtschaftlichung von Arztpraxen, zweitens ist eine aktive KV nötig, um zwischen den Krankenkassen und Kassenärzten zu vermitteln und dass sie so zu Gunsten der Patienten bedürfnisbefriedigende Leistungen erbringen können.

Die Anpassung an den demografischen Wandel sollte nicht zu Lasten der Versicherten geschehen. Sicher gibt es personelle (z.B. Fachpersonalaufbau), materielle (z.B. Bürokratieabbau) und finanzielle (z.B. angemessene Vergütung von ärztlichen Gesprächsleitungen) Lösungen, die den Finanzierern des Gesundheitssystems zu Gute kommen. Währenddessen zahlen die Versicherten immer mehr für dieselbe Leistung. Zumal ersten Krankenkassen eine Insolvenz droht, was jüngst die „City BKK“ veröffentlichte. Vermutlich sind die Konditionen der Krankenkasse nicht den Bedürfnissen der Mitglieder angepasst worden. So bestehen ebenfalls Diskrepanzen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Vernetzung, Kooperation und Koordination desgleichen mit „den anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen“⁴⁴ könnte eine Unter- aber auch Überversorgung abbauen. Jedoch zeigt ein internationaler Vergleich, dass das deutsche Gesundheitssystem 2006 im oberen Mittelfeld der Gesundheitsausgaben lag⁴⁵. Daher wirtschaftet die Gesundheitspolitik zufriedenstellend. Viele Chancen und Vorteile, genauso viele Missstände und Nachteile bringt sie demnach hervor.

⁴³ Bildquelle: http://www.toonpool.com/user/173/files/krankenkassen_72575.jpg (17.06.2010)

⁴⁴ Meyer 2003; 203

⁴⁵ Angaben vom Robert Koch-Institut, Heft 45, 2009; 27

5. Anhang

5.1 Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja; Böhm, Karin; 2009; Heft 46, Beschäftigte im Gesundheitswesen; Robert Koch-Institut (Hrsg.); Berlin

Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas; 2009; Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter; DZA, DEStatis, Robert Koch-Institut; Berlin

Fünftes Sozialgesetzbuch; 2010; 38., neu bearbeitete Auflage; Deutscher Taschenbuchverlag, München

Hinz, Peter; 2004; Band 2; Das Behandlungsverhältnis zwischen Vertragsarzt und Patient in der gesetzlichen Krankenversicherung; Asgard-Verlag; Immenhausen

Meyer, Stephan; 2003; Zählt die Zufriedenheit des Patienten?; Europäischer Verlag der Wissenschaften; Frankfurt am Main

Müller, Michael; Böhm, Karin; 2009; Heft 45, Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens; Robert Koch-Institut (Hrsg.); Berlin

Nöthen, Manuela; Böhm, Karin; 2009; Heft 48, Krankheitskosten; Robert Koch-Institut (Hrsg.); Berlin

Simon, Michael; 2010; 3. Auflage; Das Gesundheitssystem in Deutschland; Verlag Hans Huber, Bern

5.2 Internetquellen

<http://www.cecuc.de/590+M5bfc8797d09.html> (21.05.2010)

<http://www.medisoftware.de/html/programm/imdetail/index.php> (22.05.2010)

<http://www.winkelmann-arzt.de/html/notdienstziffern.html> (22.05.2010)

<http://www.versicherungsnetz.de/02-01/00000301.htm> (22.05.2010)

http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/H/Glossarbereich-Honorarreform.html?__nnn=true (23.05.2010)

<http://www.gkv-krankenversicherung.de/Allgemeines/Praxisgebuehr.html>
(30.05.2010)

<http://www.balintgesellschaft.de/programm/balintarbeit.php> (02.06.2010)

[\[berlin.de/10arzt/25_Aerztl_Fb/12_Fortbildungen_AEKB/06_Patientensicherheit/Patientensicherheit/index.html\]\(http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/25_Aerztl_Fb/12_Fortbildungen_AEKB/06_Patientensicherheit/Patientensicherheit/index.html\) \(07.06.2010\)](http://www.aerztekammer-</p></div><div data-bbox=)

<http://www.sakurai-cartoons.de/> vom 19.01.2006 (15.06.2010)

<http://www.karikaturen-service.de/arthelferin.htm> (15.06.2010)

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39369> (15.06.2010)

<http://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/40richtgroessen/richtgroessen2008.html> (15.06.2010)

http://www.toonpool.com/user/173/files/krankenkassen_72575.jpg (17.06.2010)

5.3 Zeitungsartikel

Der folgende Artikel erschien im Dezember 2009 im „Neues Deutschland“. Heute ist er im Archiv der Internetseite der „ND“ unter <http://www.neues-deutschland.de/artikel/160370.keine-zeit-fuer-pfannkuchen.html?sstr=annelies|roloff> zu finden.

Von Silvia Ottow 02.12.2009 / Wirtschaft

Keine Zeit für Pfannkuchen

Alltag in einer Berliner Hausarztpraxis: Volle Wartezimmer und die Hoffnung auf junge Mediziner als Nachfolger

In 2433 Hausarztpraxen werden in Berlin die Patienten betreut. Viele Ärztinnen und Ärzte marschieren auf den Ruhestand zu, finden aber keine Nachfolger. Im Stadtteil Lichtenberg zieht die Internistin Dr. Annelies Roloff täglich ihre Arbeitskleidung an. Sie ist 72 Jahre alt.



Hausärztin Dr. Annelies Roloff verzweifelt manchmal an Bürokratie und Finanzgängelei, ist aber ihren Patienten seit Jahrzehnten treu. ND-Foto: Camay Sungu

Es ist ein ungemütlicher Herbsttag in der Berliner Elli-Voigt-Straße. Arzthelferin Nicole Böse wirft einen Blick aus dem Fenster – vermutlich den letzten in den nächsten sechs Stunden. Am Anfang des Quartals, sagt sie, stehen die Patienten manchmal in langer Schlange vor dem Haus. Sie benötigen Überweisungen für Facharztkonsultationen. Da die Wartezeiten auf solche Termine länger geworden sind, wollen sie schnell sein. Heute, mitten im Quartal, warten erst einige Frauen und Männer. Die Karnevalszeit beginnt und jemand hat frische Pfannkuchen in den Aufenthaltsraum der Praxis gestellt. Kurz vor acht Uhr verschwindet Annelies Roloff in einem ihrer beiden Sprechzimmer, einen dicken Paken Unterlagen in der Hand. Regine Roloff, ihre Tochter, und seit einigen Jahren nach entsprechender Ausbildung ebenfalls in der Praxis beschäftigt, schließt die Eingangstür auf. In Windeseile füllt sich der Warteraum.

Alte Ärzte, alte Patienten

Wie geht es Ihnen heute? Die Internistin Annelies Roloff misst bei Herrn F. den Blutdruck. Seit er zwei Mal in der Woche zum Sport geht, schmerzt der Rücken weniger. Schließlich wolle er seiner Krankenkasse nicht auf der Tasche liegen, erklärt er mit Augenzwinkern. »Lassen Sie sich gegen Schweinegrippe impfen?«, fragt er seine Hausärztin. Die bejaht und da steht die Sache auch für ihn fest. Er vertraue Dr. Roloff nun mal, begründet er die schnelle Entscheidung.

Im Wartezimmer ist inzwischen fast kein Platz mehr. Annelies Roloff wechselt in ihr zweites Sprechzimmer, sie ist froh, dass sie sich auf diese Weise ein wenig bewegen kann. Der 75-jährige Herr L. sitzt hier, sie kennt ihn seit zig Jahren – wie übrigens viele ihrer Patienten. Als sie die Tür schließt, ist die Hektik aus der Anmeldung und dem Wartezimmer ausgeblendet. Ganz in Ruhe bespricht sie mit dem Mann den Fortgang der Therapie, so als wären all jene, die ein paar Meter weiter auf ein Gespräch mit ihr warten, gar nicht da. Nicole Böse schätzt das Durchschnittsalter ihrer Kundschaft auf 60 bis 65.

Auch die 2800 Berliner Hausärzte würde sich so mancher jünger wünschen. Rund 23 Prozent von ihnen sind 60 Jahre und älter. Nachfolger werden dringend gesucht. Von einer Praxisbörse berichtet die Vorstandsvorsitzende der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Dr. Angelika Prehn. Man berate junge Kollegen wirtschaftlich und versuche, sie mit jenen zusammenzubringen, die ihre Praxis verkaufen wollen. Ein

Problem ist Prehn zufolge, dass viele Kassensitze in medizinische Versorgungszentren gewandert seien – zuerst in den Westen der Stadt. Für einen Stadtteil wie Lichtenberg mit 13 Prozent Arbeitslosigkeit und zahlreichen alten, multimorbiden Patienten, die vielerlei Beschwerden gleichzeitig haben, häufig den Arzt aufsuchen müssen, viele Medikamente brauchen und wenig Geld für private medizinische Leistungen ausgeben können, hält sich das Interesse junger Mediziner offenbar in Grenzen.

Bei den Krankenkassen stimmt was nicht

Herr L. hat Probleme mit dem Kreislauf und dem Magen-Darm-Trakt sowie einen hohen Cholesterinspiegel. Das Gespräch erfordert Geduld, denn der Patient spricht bedächtig und überlegt lange. »Ich werde mich nicht mehr umstellen«, erklärt Annelies Roloff ihr Management. Jeder Patient bekommt die Zeit von ihr, die er braucht. Die Patienten im Wartezimmer scheinen es zu tolerieren. »Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel richtig setzen«, lautet ein Spruch, der im Wartezimmer hängt. Annelies Roloff liebt solche Sprüche. Dieser hier beschreibt das Lebensmotto der Lichtenberger Medizinerin ganz gut, die sich über die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zwar schrecklich ärgern kann, aber dennoch versucht, das Beste für ihre Patienten herauszuholen.

Zum Beispiel für Herrn A., der gerade von einer erfolgreichen Kur aus Davos zurückgekehrt ist. Der 59-Jährige hat schweres Asthma seit er sechs Jahre alt ist, und Annelies Roloff, die ihn seit Jahrzehnten betreut, freut sich darüber, wie gut ihm der Aufenthalt in den Schweizer Bergen getan hat. Ein spezielles Sauerstoffgerät konnte seinen hohen Cortisonbedarf auf ein Minimum reduzieren. Leider will seine Krankenkasse die etwa 3000 Euro dafür nicht ausgeben. Annelies Roloff überlegt hin und her, wie man es anstellen könnte, den Medizinischen Dienst umzustimmen. In solchen Fällen ist sie nicht gut auf die Krankenkassen zu sprechen. Sie versteht auch nicht, dass diese den Patienten mit ihren Bonusprogrammen mitunter mehr Geld schenken als sie für die mehrfache Behandlung eines Patienten im Quartal bekommt. »Da stimmt was nicht«, findet sie. Auch die KV, Verteilerin des Honorars für die Ärzte, hat die Ärztin aus der Elli-Voigt-Straße als streitbar kennengelernt. Als vor einigen Jahren die ärztliche Kollegin die Gemeinschaftspraxis mit Annelies Roloff verließ, hatte diese zwar einen Raum mehr, aber gleichzeitig auch einige hundert Patienten, für die sie kein Budget hatte. Sie behandelte alle, bekam aber nur die Hälfte der erbrachten Leistungen vergütet. Dazu kam, dass pro Patient und Quartal nur Medikamente im Wert von 37 Euro verordnet werden können, bei Rentnern dürfen es 100 Euro sein. Dass sie für die Patienten der Kollegin kein Budget bekam, will sich die 72-Jährige nicht gefallen lassen. Sie klagt. Entschieden wurde noch nichts.

Eine Pharmaberaterin von der Firma Astra Zeneca sitzt im Wartezimmer. Sie will keine Journalistin dabei haben, wenn sie mit Annelies Roloff spricht. Nicole Böse kennt diese Branche nur zu gut. Sie hat selbst einige Zeit für einen Pharmahersteller gearbeitet und findet es ganz in Ordnung, wenn die Firmen Medikamente dalassen. Die Beraterinnen haben den Kofferraum voll, vermutet die 36-Jährige. Die Arzneien könne man an Menschen weitergeben, die sich freuen, wenn sie in der Apotheke nichts dazuzahlen müssen. Davon kennt die Arzthelferin hier in der Gegend einige. Die junge Mutter hat drei Semester Medizin studiert, musste das allerdings aufgeben, weil das Geld trotz BAföG nicht zum Leben reichte. Sie wäre gern Ärztin geworden,

ist aber auch ebenso gern Arzthelferin. So gern, dass sie ihre Arbeit auch noch mit nach Hause nimmt und dem einen oder anderen Patienten schon mal die private Telefonnummer gibt.

Mit Hundekörbchen zur Anmeldung

Bei Regine Roloff an der Anmeldung wird es um die Mittagszeit noch mal krachend voll. Frau W. wird in Zimmer zwei geschickt, Herr A. bekommt ein Rezept, jemand will einen Labortermin, ein Kurier holt ein Rezept für einen Altenheimbewohner, das Telefon klingelt unaufhörlich und Frau K. stellt ein Hundekörbchen mit Yorkshire-Terrier-Hündin Maxie auf den schmalen Tresen. Die sei zu klein, um allein zu Hause zu bleiben. Auch als eine aus der Klinik entlassene Schlaganfallpatientin hereingeschoben wird, behält Regine Roloff die Ruhe. Über ihrem Arbeitsplatz prangt der Spruch: Unmögliches wird gleich erledigt, Wunder dauern etwas länger.

Etwas länger muss jetzt auch die Wartegemeinschaft ausharren. Patientin L, die aus dem Krankenhaus kam, hat Vorrang. Annelies Roloff versucht, sie zu einer logopädischen Behandlung zu überreden. Sie soll wieder richtig sprechen lernen. Da wird die 75-Jährige energisch: Sie könne sehr wohl richtig sprechen. Die Ärztin lächelt. »Sie überlegen es sich und wir reden nächste Woche noch einmal.« Auf dem Behandlungsplan der Patientin wurden die Diabetesarzneien vergessen. Annelies Roloff telefoniert mit der Klinik und macht einen neuen Plan.

Es ist fast drei Uhr nachmittags, als die letzten Patienten die Praxis verlassen haben. Regine Roloff und Nicole Böse wischen Türen, Tische, Stühle und Klinken mit Desinfektionsmittel ab und setzen sich einen Augenblick in den kleinen Aufenthaltsraum. Hier warten die Pfannkuchen. Elf Uhr elf ist lange vorbei, sie schmecken trotzdem. Annelies Roloff nimmt sich noch einmal die Patientenakten vor. Bei jedem gibt es irgendeine Kleinigkeit nachzuarbeiten. Hier einen Anruf, da die Suche nach einem passenden Medikament, dort eine Laborauswertung. Wie lange will Annelies Roloff noch arbeiten? So lange es ihr Spaß macht, sagt sie. Und das tut es noch. Vielleicht, überlegt sie, wird sie mit 75 aufhören. Das wäre doch ein schöner Zeitpunkt, die berufliche Karriere zu beenden.

5.4 Reflexion der Hausarbeit

Mit Neugier und Wissensdurst erschuf ich diese Hausarbeit. Sicher sticht die hohe Anzahl der Seiten ins Auge, da lediglich 15 Seiten als Richtlinie angesetzt waren. Um detailliert und verständlich mein ausgewähltes Thema darzulegen, wollte ich mich nicht einschränken. Solch ein komplexes und (für mich) wichtiges Thema kann man nicht auf diese wenigen Seiten vertieft erläutern. So viele Missstände wie möglich wollte ich aufzeigen, sodass die Leser kritisch das deutsche Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Natürlich wollte ich ihnen auch die Augen öffnen. Viele negative Gerüchte über Arztpraxen schlichen sich in unsere Gesellschaft ein. Dass die meisten nicht der Wahrheit entsprechen oder warum die Ärzte so handeln wie sie handeln, hoffe ich verdeutlicht zu haben. Das Gesundheitssystem betrifft jeden

Bürger der Bundesrepublik, jeder ist Patient, selbst die Ärzte. Deswegen habe ich die Diskrepanzen im deutschen Gesundheitssystem aus der Sicht der Arztpraxis von Annelies Roloff geschildert. Dabei konnte ich auf einige Literatur zurückgreifen. Aber auch Internetseiten beinhalten aktuelle Informationen über mein Thema. Da das Gesundheitssystem sich stetig wandelt, wollte ich mit kritischem Blick Internetquellen verwenden. Meine Hauptquelle war jedoch die Interviews mit der Arzthelferin Regine Roloff. Auch konnte ich meine Beobachtungen der Geschehnisse in der Arztpraxis mit in diese Hausarbeit einbauen. So gestaltete ich diese Hausarbeit mit vielen praktischen Bezügen und verband sie mit wissenswertem theoretischem Inhalt. Ich erhielt dadurch vielerlei neue Einblicke, eignete mir bürokratisches Wissen an und förderte meine kritischen Sichtweisen. Vor allem die Sozialarbeiter, die im Gesundheitswesen berufstätig sind, sollten Diskrepanzen sensibel wahrnehmen und damit umgehen können. Denn sicher kommen ähnliche auch in anderen Bereichen der Sozialmedizin vor. Die Anfertigung dieser Hausarbeit sehe ich als Bereicherung an, weil besonders Sozialarbeiter u.a. solche Kompetenzen aufweisen sollten.