

In der Arztpraxis

Sie sind krank und suchen Hilfe beim Arzt.

Aber keiner hat richtig Zeit für Sie, Sie werden von einem Arzt zum nächsten überwiesen.

Eine Französin sagte mir: »Als ich das erste Mal in Deutschland zum Arzt ging, war ich geschockt. Er hatte keine Zeit für mich und hat mich nicht untersucht: Weder die Lunge abgehört, noch in den Hals geschaut, noch Temperatur gemessen. Er hat nur freundlich gefragt, ob ich eine Krankmeldung will.«

Eine Amerikanerin sagte: »Das soll euer hochgelobtes Gesundheitssystem sein? Obwohl ich einen Termin hatte, musste ich 3 Stunden warten. Der Orthopäde hat mich nur kurz angeschaut und dann gleich zum Röntgen meiner Hüfte geschickt. Man hat mich noch nicht mal auf die Waage gestellt, obwohl ich übergewichtig bin. Nach dem Röntgen meinte er nur knapp: »You need a new hip.« Keine weiteren Erklärungen, er wirkte gehetzt und ging weiter, die Einweisung ins Krankenhaus stellte mir seine Helferin aus.«

Was die Ursache Ihrer Erkrankungen ist, erfahren Sie nicht, darüber wird selten geredet. Oder Sie werden abgespeist mit Bemerkungen wie:

»Ihre dauernden Erkältungen kommen von Viren«,

»Für Ihren Bluthochdruck haben wir keine Ursachen gefunden, aber er ist gut eingestellt«,

»Hohe Blutfettwerte haben viele andere Menschen auch, Sie bekommen gute Tabletten dagegen«,

»Ihre Gelenke sind verschlissen, aber die Tabletten sind gut gegen die Schmerzen«.

Heilung darf man da nicht erwarten, außer bei akuten Erkrankungen, die entweder von selbst heilen oder repariert werden (Eingipsen von Knochenbrüchen, Versorgung von Verletzungen, kurzzeitig Medikamente bei akuten Infektionen oder Schmerzen, die von selbst nicht weggehen wollen).

Eine Art von Heilung stellt die Reparatur von einigen chronischen Krankheiten dar: Einbau einer neuen Hüfte bei Hüftarthrose, das Tragen einer Brille bei verschiedenen Sehstörungen, Herzschrittmacher, transplantierte Organe oder ein Hörgerät. Es ist nur deswegen eine »Art von Heilung«, weil ja der ursprüngliche Zustand nicht wieder hergestellt wird, sondern dem Körper mit Ersatzteilen oder dem Entfernen von Organen künstlich auf die Sprünge geholfen wird.

Die eigentlichen Ursachen der meisten chronischen Krankheiten werden aber regelmäßig nicht gesucht. Sondern der Arzt stellt eine Diagnose (»Bluthochdruck« (Hypertonie)) und schreibt eine Tablette auf.

Die meisten chronischen Erkrankungen können auch nicht einfach und auf die Schnelle repariert oder geheilt werden, sondern werden nur »eingestellt« mittels Tabletten oder Spritzen. Da kommt dann schnell mal eine kleine Apotheke zu Hause zusammen:

- ASS 100, um das Blut zu verdünnen
- Ramipril gegen hohen Blutdruck, beide vom Kardiologen empfohlen

- Simvastatin gegen die hohen Blutfette, hat der Hausarzt verschrieben
- Fluoxetin gegen die Depressionen, vom Psychiater
- Regaine® gegen Haarausfall, von der Hautärztin
- L-Thyroxin für die Schilddrüse, von der Nuklearmedizinerin
- Polysept-Salbe® gegen eine vereiterte Wunde, von der Chirurgen
- Amoxicillin gegen die akute Bronchitis, vom Notfalldienst
- Magnesium, Calcium, Johanniskraut und Dulcolax® haben Sie sich selbst im Supermarkt, der Drogerie oder im Internet gekauft.

Ob die Medikamente alle zusammen passen, wissen Sie nicht, es hat auch kein Arzt oder Apotheker gefragt, was Sie alles schon einnehmen. Keiner hat es geprüft.

Nebenbei sei erwähnt, dass es bei den oben genannten Medikamenten sechs negative Wechselwirkungen gibt, eine davon sogar so schwerwiegend, dass Warnstufe sechs auf der sechsteiligen Warnskala ausgegeben wird [Programm MMI-Pharmindex 2010]. Über 50 verschiedene unerwünschte Arzneimittelwirkungen können auftreten. Wahrscheinlich wurde auch gegen Gegenanzeigen verstoßen.

Wie Sie mit Ihrem Arzt besser zusammenarbeiten und kommunizieren können, um derartige Probleme zu lösen, zeigt Ihnen dieses Kapitel.

Wie Sie Ihre Medikation selbst überprüfen können hinsichtlich Gegenanzeigen, Wechselwirkungen und unerwünschter Wirkungen, wird im Kapitel »Neben- und Wechselwirkungen« beschrieben.

Meistens läuft das aber so ab: Sie nehmen alle oben genannten Medikamente brav ein und dann kommen auch noch Übelkeit, Schwindel und Schlafstörungen hinzu. Vielleicht sind es Nebenwirkungen der vielen Medikamente? Oder Wechselwirkungen? Sie gehen wieder zum Arzt, aber der verschreibt Ihnen nur ein weiteres Medikament: gegen Schwindel und Übelkeit. Es beschleicht Sie ein ungutes Gefühl, Sie denken, das kann es nicht gewesen sein. Oder Sie sind nicht selbst die Patientin, sondern deren Tochter oder Enkelin, und Sie denken: »Das, was da mit meiner Mutter oder Oma passiert, kann irgendwie nicht gut gehen, aber niemand kümmert sich richtig darum. Was soll ich tun?« Antworten darauf gebe ich weiter unten.

I. Beim Orthopäden

Der Orthopäde wurde Ihnen empfohlen von einer Freundin, Sie gehen hin, weil Ihr Kreuz weh tut. Er spritzt Ihnen etwas in den Rücken, aber er sagt Ihnen nicht was. Das kennen Sie auch von anderen Ärzten und aus dem Krankenhaus: Es wird etwas gespritzt oder als Infusion gegeben oder geimpft, aber man sagt Ihnen nicht vorher, was. Erst recht nicht bekommen Sie den BPZ der verwendeten Ampulle zu Gesicht, und wenn, ist keine Zeit zum Durchlesen und Nachfragen.

Das Ärztekarsussel, die vielen Medikamente, Spritzen, Blutuntersuchungen heilen Sie nicht von Ihren Krankheiten, sondern lindern höchstens etwas, oft erzeugen sie neue Probleme: Medikamenten-Neben- oder Wechselwirkungen, unnötige Kosten, verschwendete Zeit.

II. Stimmt die Diagnose?

Sie sind krank und gehen zum Arzt, weil Sie Hilfe suchen. Vor jeder Behandlung sollte die genaue Diagnose stehen. Das ist zwar gelegentlich so, aber nicht immer. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Ihr Arzt weiß, woran Sie leiden, sollten Sie ihn danach fragen. Wenn er Ihnen dann eine Diagnose nennt, fragen Sie ihn nach der Begründung, wie er auf diese Diagnose gekommen ist. Insbesondere dann sollten Sie fragen, bevor es zur Behandlung kommt (Spritze geben, Rücken einrenken, Medikamente oder Krankengymnastik verschreiben usw.).

Nennt er Ihnen die Diagnose, dann muss diese noch lange nicht richtig sein.

Übrigens: Auch auf Ihrer Krankmeldung steht die Diagnose, verschlüsselt als ICD-10 Code.

Beispiel: Auf der Krankmeldung steht »J00«. Das bedeutet »Grippaler Infekt« oder »Erkältung«. Sie können die Bedeutung dieser Codes herausfinden, indem Sie sie googeln.

Privatversicherte erfahren ihre Diagnose spätestens mit der Rechnung, auf der sie als erstes, noch vor den Honorarpositionen, aufgeführt ist.

Damit ein Arzt eine Diagnose stellen kann, sollte er zunächst Befunde erheben: Dazu kann die Befragung des Patienten gehören, das Abhören, Abtasten, Temperaturmessen, Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, Blutentnahmen und vieles mehr. Sie sollten stutzig werden, wenn der Arzt Sie noch nie gesehen hat und eine Diagnose ohne jede Untersuchung stellen möchte. Auch das Hinzuziehen aller Vorbefunde sollte selbstverständlich sein, wenn es sich nicht nur um einen Schnupfen handelt. Alle Befunde sollten Ihnen erläutert werden.

Leider sind viele Diagnosen falsch. Da auf ihnen die Behandlung aufbaut, ist auch diese oft falsch, und zwar noch öfter als die Diagnose, denn oft baut auf einer richtigen Diagnose eine falsche Behandlung auf, aber nur selten auf einer falschen Diagnose eine richtige Behandlung. Ich schätze, dass ein Viertel aller Diagnosen in Hausarztpraxen und die Hälfte aller Behandlungen fehlerhaft sind.

III. Zu viele Arztkontakte, zu wenig Zeit für den Einzelnen.

Bei der Anzahl der Arztbesuche lag ein statistisch durchschnittlicher gesetzlich versicherter Mensch 2005 in Deutschland mit 16,3 pro Jahr laut einer Studie weltweit vorn [ÄZ, 10./11. November 2006, S. 1: »16 Arztbesuche pro Jahr«]. Mittlerweile sind es 17 bis 18 Arztkontakte pro Jahr. Hausärzte werden in Deutschland mit jährlich knapp sieben Kontakten am häufigsten aufgesucht [»Bei Arztbesuchen sind die Deutschen Weltmeister«, ÄP, 21. November 2006, S. 18] Ähnlich hohe Arztkontaktraten gibt es sonst nur in Japan oder Tschechien [MMW – Fortschr. Med., Nr. 46 / 2006 (148. Jg), S. 3: »Deutsche gehen besonders oft zum Arzt«]. In Tschechien hat sich das schlagartig geändert, nachdem eine Zuzahlung bei jedem Arztbesuch fällig wurde. Ohne dass sich dies negativ auf den Gesundheitszustand der Menschen dort auswirkte. Die Ärzte sagen: Jetzt haben wir wieder Zeit für das Wesentliche.

Warum das in Deutschland so überdreht ist, weiß keiner genau, wahrscheinlich ist es

einfach eine dumme Angewohnheit, ein kulturelles Phänomen. Jedenfalls sind die deutschen Kassenversicherten nicht kränker als vergleichbare Bevölkerungsgruppen in anderen Industrieländern. Durch die dauernden Arztbesuche sind sie aber auch nicht gesünder geworden. Die vielen Psychotherapien beim psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten haben auch den seelischen Zustand der Patienten nicht verbessert, im Gegenteil: Viele Psychotherapeuten behaupten, dass die psychischen Leiden in Deutschland immer mehr zunehmen und sagen: »Wir wissen, dass die Prävalenz von psychischen und auch von psychosomatischen Erkrankungen (in Deutschland) steigt.« [Interview mit Dieter Best und Jürgen Doeberl, *Dtsch Arztebl* 2011; 108 (28-29): A-1564 / B-1326 / C-1322] Also die ganze Mühe für die Katz?

Es schafft auch großen Verdross unter den Kassenärzten in Deutschland, deren einzelne Leistung umso weniger wert ist, je öfter die Kassenpatienten zum Arzt rennen. Denn das Gesamtbudget ist begrenzt. Und je mehr Leistungen dafür erbracht werden müssen, umso geringer wird die Einzelleistung honoriert. Für viele Ärzte ist es ärgerlich, wenn Leute wegen eines Zeckenbisses in die Sprechstunde kommen, um sich die Zecke herausziehen zu lassen. Ärzte fragen sich zu Recht, warum das sein muss. Warum muss jemand zum Blutdruckmessen zum Arzt in die Sprechstunde kommen? Ich weiß es auch nicht. In jeder Apotheke steht ein Messgerät, das kostenlos oder für 50 Cent benutzt werden kann, und für 30 oder 40 Euro kann man ein gutes Oberarmmessgerät kaufen oder es sich sogar auf Kassenrezept verschreiben lassen. Häusliche Eigenmessungen unter verschiedenen Belastungsbedingungen halte ich sowieso für aussagekräftiger als Messungen in der Arztpraxis. Die Messergebnisse können die Patienten dann aufschreiben und in der Praxis abgeben oder am besten als Word-Tabelle ihrem Arzt mailen. Sie werden sagen: um Gottes Willen! Dann werden doch jede Menge Hypertoniker übersehen und nicht oder nicht richtig behandelt. Es geht doch nichts über die Messung durch einen Arzt! Das ist Unfug. Die ganze Arztrennerei hat weder dazu geführt, dass alle Hypertoniker erkannt wurden, noch dazu, dass die erkannten Hypertoniker alle ausreichend behandelt werden (siehe Einleitung).

Diese häufige Arztgeherei nützt keinem, sondern führt nur zu noch kürzeren einzelnen Arztkontakten.

Deutsche Primär- (Haus-) Ärzte haben im Schnitt 243 Patienten pro Woche, in anderen in unten genannter Studie untersuchten Industrieländern sind es meist zwischen 102 und 154. Die Zeit pro Patientenkontakt lag international im Mittel zwischen 11 und 19 Minuten, in Deutschland bei unter 8 Minuten. Eine der Ursachen der verbreiteten Unzufriedenheit deutscher Hausärzte könnte in ihrer Belastung durch die höhere Zahl von kürzeren Patientenkontakten liegen [Koch, Klaus; Gehrman, Ulrich; Sawicki, Peter T., *Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung, German Primary Care in International Comparison: Results of a Survey of Doctors, ÄB* 104, Ausgabe 38 vom 21. September 2007, Seite A-2584].

»Haben Sie schon einmal die 112 gewählt, weil Sie Kopfschmerzen hatten? Gehen Sie in eine Krankenhausambulanz, wenn Sie sich mal durchchecken lassen wollen (»die haben ja die ganzen Geräte«)? Oder suchen Sie am Wochenende die Notaufnahme auf, weil Sie sich seit einigen Tagen schlapp fühlen? Wenn Sie das alles nicht tun, liegt das vielleicht

daran, dass Sie Arzt sind und das unpassend fänden.« [Randnotiz, B. Bibbeler, ÄB, 8.8.11, S. A 1661]

Am Beispiel einiger Krankengeschichten will ich aufzeigen, welche Möglichkeiten Patienten haben, an ihrer eigenen Behandlung mitzuwirken und diese zu verbessern.

IV. Herr K.: Hörsturz.

Herr K. erleidet einen Hörsturz und geht zunächst nicht zum HNO-Arzt, obwohl ich ihm gleich eine Überweisung dorthin ausgestellt hatte. Erst zehn Tage später bemüht er sich um einen Termin und erfährt dort, dass ein akuter Hörsturz vorliegt, er solle hochdosiert Kortison nehmen. Er besorgt sich die vom HNO-Arzt verschriebenen Tabletten in der Apotheke, nimmt sie ein, liest den BPZ aber nicht durch. Er leidet unter den Nebenwirkungen Nervosität, Schlafstörungen und Gewichtszunahme durch Wassereinlagerungen. Bei mir bekommt er Akupunktur gegen chronische Kreuzschmerzen, was seine gesetzliche Krankenkasse übernimmt. Ich frage ihn, welches Kortisonpräparat er denn nehme, aber er weiß es nicht. Ob das Mittel überhaupt zur Behandlung eines Hörsturzes zugelassen sei? Auch das weiß er nicht.

Ich sage ihm: Bei jeder Neuanschaffung eines DSL-Routers für 19,50 Euro für zu Hause wird der fünfseitige Produktprospekt vor Abschluss des Vertrages genauestens studiert und doch lieber bei der Konkurrenz gekauft, wenn die zwei Euro billiger sind und der Router eine schönere Farbe hat. Dafür fahren die Leute dann sogar ans andere Ende der Stadt. Aber bei einem Medikament, das das Vielfache kostet und das gegen eine ernsthafte Erkrankung eingesetzt werden soll, wird in den meisten Fällen der BPZ nur in die Hand genommen, wenn er den Zugriff auf die Tablettenblister in der Packung behindert. Komplett durchgelesen wird er fast nie. Prüfen der Kontraindikationen oder Wechselwirkungen durch den Patienten: Fehlanzeige. Arzt und Apotheker machen das aus Zeitmangel aber auch fast nie. Resultat: vermeidbare Nebenwirkungen, unnötige negative Wechselwirkungen, tausende Todesfälle und zehntausende Verletzte alleine in Deutschland jedes Jahr. Vermeidbare Fälle, wohlgemerkt!

Herr K. erzählte mir dann bei seinem nächsten Besuch, dass das Medikament Decortin[®] heiße und dieses laut BPZ tatsächlich nicht zur Behandlung eines Hörsturzes zugelassen sei. Mich wundert das nicht: Sucht man im Pharma-Programm MMI-Pharmindex[®] (V13.2, 2011) nach Medikamenten, die zur Behandlung des Hörsturzes (ICD-10 Diagnosecode: »H91.2«) gelistet sind, finden sich nur »AU 4 Ampullen« und »Trental« aber nicht Decortin[®]. Das Programm MMI-Pharmindex ist übrigens (2011) für niedergelassene Ärzte kostenlos erhältlich und verzeichnet praktisch alle Medikamente, die in Deutschland zugelassen sind und praktisch alle Fachinformationen. Es handelt sich bei der Verschreibung von Decortin für Herrn K. also um eine »Off-label«-Anwendung, die eigentlich der ausführlichen vorherigen Aufklärung des Patienten durch den HNO-Arzt bedurft hätte und die möglichst schriftliche Zustimmung des aufgeklärten Patienten vorausgesetzt hätte. »Off-Label«-Anwendung bedeutet, dass das Mittel offiziell nicht für diese Anwendung zugelassen ist.

Darüber hatte bei ihm aber keinerlei Aufklärung stattgefunden. Juristisch gesprochen würde ich das als Körperverletzung bezeichnen. Dies auch deswegen, weil niemand weiß,

ob das Mittel hier überhaupt einen Nutzen bringt. Man kann aber mit Sicherheit sagen, dass es in den meisten Fällen Nebenwirkungen macht, eben auch dann, wenn es nicht die gewünschte Hauptwirkung bringt.

Nur ein kleiner Auszug aus der Fachinformation eines Kortisonpräparates zeigt schon, dass nicht immer Freude nach der Einnahme aufkommen muss:

Nebenwirkungen: ... Folgende Nebenwirkungen können auftreten, die sehr stark von Dosis und Therapiedauer abhängig sind und deren Häufigkeit daher hier nicht angegeben werden kann: Erkrankungen des Blutes, des Lymphsystems und des Immunsystems: mäßige Leukozytose, Lymphopenie, Eosinopenie, Polyglobulie, Schwächung der Immunabwehr, Maskierung von Infektionen, Exazerbation latenter Infektionen, allergische Reaktionen.

Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche Depressionen, Gereiztheit, Euphorie, Antriebs- und Appetitsteigerung, Psychosen, Schlafstörungen, Pseudotumor cerebri (insbesondere bei Kindern), Manifestation einer latenten Epilepsie und Erhöhung der Anfallsbereitschaft bei manifester Epilepsie ...

Nach 15 Sitzungen Akupunktur ging es Herrn K. besser. Nicht nur seine Kreuzschmerzen waren weitgehend gewichen, sondern auch sein Gehör war vollständig wiedergekehrt. Das hatte meines Erachtens mit der Kortisontherapie nichts zu tun und auch nur wenig mit der Akupunktur. Schon eher mit der Tatsache, dass ich den Patienten für drei Wochen krank geschrieben hatte und ihm riet, mal in Wikipedia zu seinem Krankheitsbild unter Hörsturz nachzulesen. Das tat er und erfuhr, dass weder die Ursachen eines Hörsturzes bekannt sind, noch eine wirkungsvolle pharmakologische Therapie existiert. Vielmehr sei es hilfreich, wenn der Arzt die betroffenen Patienten beruhigt und zur Ruhe kommen lässt. Das ermöglichte ich Herrn K. auf zweierlei Weise. Eine Krankschreibung verschaffte ihm wieder Luft zum Durchatmen, im wörtlichen Sinne: Er konnte endlich wieder spazieren gehen und sich in den Garten in die Sonne legen. Und zweitens kam er fast täglich zur Akupunktur und diese fand wie immer in einem gemütlichen kleinen Raum statt, in dem der Patient alleine gelassen wird, nachdem die Nadeln gesetzt sind. Das Licht wird gelöscht, die Füße sind angenehm warm, denn unter den Füßen liegt ein Heizkissen. Außerdem werden die Patienten zugedeckt und gebeten die Augen zu schließen und sich zu entspannen oder zu schlafen.

V. Tiefenentspannung und Befundlage klären: der Bankkassierer.

Tiefenentspannung ist die beste Therapie gegen Schmerzen und Stress, sage ich dann immer, wenn ich nach einer halben Stunde wieder hereinkomme, um die Nadeln zu ziehen und die Patienten dann oft tief entspannt, dösend oder sogar schlafend vorfinde. Viele wissen in diesem Moment nicht, wo sie sind und müssen sich erst mal orientieren. So tief waren sie abgetaucht. So groß war der Bedarf nach Entspannung.

In Fällen von Hörsturz, Nervosität, Schlafstörungen, aber natürlich besonders bei chronischen Schmerzen wirkt Akupunktur gut, insbesondere, wenn sie als Einstieg in die psychosomatische Untersuchung und verbale Intervention (»Kleine Psychotherapie«) genutzt wird, was ich praktisch immer so mache.

Und das geht so: Zunächst einmal ist bei chronisch kranken Patienten, die oft schon eine

längere Arzt-, Krankenhaus- und Therapeutenkarriere hinter sich haben, die Befundlage zu klären. Ich erinnere mich gut an einen 48-jährigen Bankkassierer, der in einer Wechselstube eines Hauptbahnhofes nur nachts arbeitete und dabei sehr schnell und sehr korrekt arbeiten musste. Er hatte nicht nur die Wechselstube zu leiten, sondern auch die Tageseinnahmen von etwa 20 Geschäften zu verbuchen. Die Geschäfte brachten ihm das Bargeld in Währungen aus aller Herren Länder abends vorbei und er musste das zählen, umrechnen und gutschreiben. Dabei stand er gerade dann, wenn er am liebsten im Tiefschlaf gewesen wären, nämlich nachts zwischen Mitternacht und 5 Uhr morgens, unter maximalem Stress. Sich erzählen war tabu, größere Fehler konnten ein Grund zur Abmahnung sein. Er hatte Familie und stand unter riesigem Druck. Es war klar, dass hier alle Somatisierungs- und psychosomatischen Beschwerden, die man sich nur vorstellen kann, wie chronische Rückenschmerzen, Druck auf der Brust, der ihm wie ein Herzinfarkt vorkam, Ohrensausen, Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Zwang, Angst, Schwindel usw. nicht ausgeblieben waren. Zu mir kam er, weil sein neuer Hausarzt ihn zu mir zwecks Akupunktur überwiesen hatte. Sein alter Hausarzt war verstorben, er hatte sich einen neuen suchen müssen. Ich bat ihn um Vorlage aller bisherigen Untersuchungsergebnisse, aber er kam mit leeren Händen. Er habe so gut wie keine Unterlagen. Der verstorbene Hausarzt habe wohl einen Nachfolger und dort sei auch seine Akte. Aber seit Wochen bekomme er von diesem Arzt nur zu hören, dass die Akte wegen Abrechnungsarbeiten an der Quartalsabrechnung nicht zugänglich sei. Sein neuer Hausarzt habe erst gar nicht probiert, an die Unterlagen heranzukommen, und ihn auch nie danach gefragt. Ich weiß auch, warum: Das macht nur unerwünschte Zusatzarbeit, die kaum einer machen will. So gehen regelmäßig bei Arztwechseln zentimeterdicke Akten mit wertvollen Befunden und Diagnosen verloren. Angaben zu Medikamentenunverträglichkeiten: weg! Angaben zu Allergien und zur Krankheitsgeschichte: verloren! Angaben zur Medikation von Jahren und Jahrzehnten: weg! Wenn man dann die Patienten fragt, welche Mittel sie nicht gut vertragen oder welche besonders gut gewirkt hatten: Kaum einer weiß es noch. Die neuen Ärzte kümmern sich nicht drum, denken sich: Macht nichts. Ich werde einfach alles noch mal untersuchen, die Kasse zahlt ja. Und was die Medikation angeht: Wir probieren einfach mal dieses und jenes durch. Die Kasse zahlt es ja. Dass dabei Tausende von Menschen auf der Strecke bleiben und unnötig geschädigt werden oder sterben, juckt keinen. Dafür gibt es kein Meldesystem, keine Statistik. Die Insider wissen aber: Das alles ist zum großen Teil vermeidbar, wenn mit medizinischen Unterlagen nicht so umgegangen würde wie mit alten Zeitungen.

Fazit: Als Patient sollten Sie sich immer Kopien aller Unterlagen geben lassen und sich eine eigene Akte anlegen. Beim Arztwechsel sollten Sie den Arzt erneut bitten, Ihnen alle Unterlagen in Kopie zu geben und Ihnen den Inhalt Ihrer elektronischen Krankenakte (fast alle Ärzte führen Ihre Akte im Computer) auszudrucken. Die Elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll Abhilfe schaffen und wurde ab Oktober 2011 allen gesetzlich Versicherten in Deutschland ausgehändigt.

Ich fragte ihn, wo er denn in den letzten Jahren so gewesen sei, und er antwortete: bei einem Orthopäden, einem HNO-Arzt und sonst eigentlich nirgends. Auf Nachfragen, ob er denn auch bei einem Augenarzt gewesen sei, schließlich trage er ja eine Brille, sagte er: Ja, er sei bei zwei Augenärzten gewesen, da er sich auch noch eine zweite Mei-

nung haben holen wollen. Und da falle ihm auch noch ein, dass er jährlich zu einem Hautarzt gehe, weil eine krebsverdächtige Hautveränderung immer kontrolliert werden müsse. Eigentlich sei er auch deswegen schon mal bei einem anderen Hautarzt gewesen. Stimmt, meinte er dann, wenn man das so sehe, falle ihm noch ein, dass er wegen der Brustschmerzen bei zwei verschiedenen Kardiologen und wegen Verdauungsbeschwerden bei einem Gastroenterologen gewesen sei. Sein neuer Hausarzt sei Internist und auch dort gebe es Befunde und Laborergebnisse, ob ich an denen auch interessiert sei. Ja, war ich. So gesehen, meinte er dann, müsse er mir auch sagen, dass er seit Jahren in Psychotherapie sei und auch zuweilen Psychopharmaka nehme, die ihm ein Nervenarzt verschreibe. Schlussendlich kamen wir auf 14 Fachärzte und ich druckte ihm 14 Befundanforderungsscheine aus.

Fazit:

- 1. Sie sollten sich eine eigene medizinische Akte anlegen und sie fortlaufend aktualisieren. Aber auch Ihre medizinische Vergangenheit sollten Sie rekonstruieren: Lassen Sie sich von allen bisherigen Haus- und Fachärzten und vielleicht sogar vom Kinderarzt Ihre Unterlagen in Kopie geben. Wichtig: Prüfen Sie, ob die Ärzte Ihnen nicht nur die Fremdbefunde aus der Akte geben, sondern auch alle selbst erstellten Befunde, Diagnosen und verordneten Behandlungen ausgedruckt haben. Auch die Laborwerte gehören dazu.**
- 2. Kontaktieren Sie die früher aufgesuchten Fachärzte ggf. direkt und bitten um Ihre Unterlagen, wenn der jetzige oder frühere Hausarzt diese Facharztbefunde nicht hat.**
- 3. Besorgen Sie sich auch alle Krankenhausberichte, ggf. direkt von der Klinik.**
- 4. Gleiches gilt für Kur- oder Rehaberichte, egal ob stationär oder ambulant.**
- 5. Erstellen Sie einen Medikamentenplan, wenn Sie Dauermedikamente nehmen und aktualisieren Sie diesen, wenn sich ein Medikament oder die Dosierung ändert.**
- 6. Die Elektronische Gesundheitskarte, die solche Daten (wahrscheinlich erst ab 2014) verfügbar machen könnte, ersetzt Ihre Bemühungen nicht, weil vielleicht nur neue Behandlungen auf ihr eingetragen werden, aber nicht die ganze Vorgeschichte.**
- 7. Zu Ihrer Akte gehört auch Ihr Impfausweis, Ihr Vorsorgeheft (U1 bis U9 oder 10) vom Kinderarzt und der Mutterpass, falls Sie schwanger waren. Der Schrittmacherausweis, wenn Sie einen Herzschrittmacher tragen usw.**
- 8. Wenn Sie Kopien von Röntgenbildern oder radiologische Untersuchungsergebnissen auf DVD haben (zum Beispiel vom Kernspin oder CT oder Szinti oder Angiographie) gehört das auch in Ihre Akte.**
- 9. Unfallberichte (z. B. D-Arzt) oder Versorgungsamtsbescheide oder Bescheide von der Rentenversicherung, die aus medizinischen Gründen ergingen, gehören ebenfalls in die Akte.**
- 10. Patientenverfügungen, sofern vorhanden.**
- 12. Auf einem Deckblatt sollten Sie alle wichtigen Warnhinweise in roter Schrift eintragen: Allergien, Unverträglichkeiten, Dauerdiagnosen, Hinweise auf vielleicht vorhandene Patientenverfügungen.**
- 13. Legen Sie diese Akte bei jedem Arztbesuch vor, es sei denn, der Arzt oder die Ärztin ist bereits voll informiert.**
- 14. Legen Sie die Akte griffbereit in den Schrank für den Fall, dass Sie überraschend**

ins Krankenhaus müssen und sagen Sie einer Vertrauensperson, wo sich Ihre Akte befindet, falls diese nachgereicht werden muss (zum Beispiel Verkehrsunfall).

15. Bestehen Sie auf vollständiger Aufklärung vor einer neuen Behandlung: Lassen Sie sich, auch im Krankenhaus, die BPZ von Medikamenten oder Spritzen zeigen und lesen diese komplett vorher durch. Stellen Sie Fragen, wenn Ihnen etwas unklar oder widersprüchlich ist. Tatsache ist, dass ich meinen Beruf als Arzt seit 1981 ausübe und mir bisher erst vier oder fünf Patienten erzählt haben, dass sie im Krankenhaus einen BPZ zu Gesicht bekamen. Vielmehr wurden allen die Tabletten einfach auf den Tisch gestellt, die Spritze oder das Kontrastmittel oder die Impfung einfach gegeben ohne schriftliche Information. Sicher hat die Stationsärztin das eine oder andere Wort darüber mit dem Patienten gewechselt, mehr war aber in der Regel nicht gelaufen. Ja: Auch Spritzen, Kontrastmittel, Impfstoffe oder eingeseetzte künstliche Gelenke haben BPZ. Es trifft zwar zu, dass 10er-Packungen von Impfstoffen oder Klinikpackungen von Tabletten nur einen einzigen BPZ in der Schachtel haben (weil er normalerweise fast nie herausgegeben wird), aber wofür gibt es Fotokopierer?

16. Angehörige oder Freunde können bei einer Arztkonsultation dabei sein und Ihnen Rückendeckung geben. Sie können auch als Zeugen nützlich ein, wenn Sie auf Ihrem Recht der umfassenden Aufklärung bestehen und stattdessen von Ärzten als Querulant oder Spinner beleidigt werden.

17. All das wird sicher auch dazu führen, dass weniger Medikamente verordnet werden.

VI. Frau C. hat unruhige Beine.

Frau C. ist 76 Jahre alt und leidet seit Jahren an unruhigen Beinen (Restless Legs) und Schlafstörungen. Sie nimmt deswegen ein vom Hausarzt verschriebenes Schlafmittel (Zolpidem®), das allerdings nur für den kurzfristigen Gebrauch empfohlen wird. Der Hausarzt sagte ihr, das könne sie ruhig länger nehmen, bei älteren Menschen sei das o.k. Sie ist allerdings beunruhigt und glaubt mittlerweile, davon abhängig zu sein, denn jeder Versuch, es zu reduzieren, schlug bisher fehl. Der Suchtdruck war einfach immer zu groß. Im BPZ und der Fachinformation steht auch keineswegs, dass ältere Menschen das Mittel unbesorgt nehmen könnten, sondern das Gegenteil: Vor den psychischen Auswirkungen und der Abhängigkeit wird ausdrücklich gewarnt. Frau C. ist nur eine von hunderttausenden Patienten, die einfach nicht richtig über ihre Medikation aufgeklärt werden. In diesem Fall wird sogar das Gegenteil der Wahrheit behauptet. Diesen Vorwurf muss man den Ärzten und Apothekern machen, die ihrer gesetzlichen Aufklärungspflicht nicht nachkommen. Den Ärzten, weil sie mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln wollen und keine Zeit und keine Lust haben, ihre Patienten vollständig aufzuklären. Das mindert nämlich den Stundenlohn. Die Apotheker haben ähnliche Motive: Profitmaximierung und sie wollen es sich mit den Ärzten in ihrem Viertel nicht verderben. Stellen Sie sich mal vor, was passieren würde, wenn ein Apotheker seine Kunden wahrheitsgemäß zum Beispiel über Zolpidem aufklären würde (Auszug aus der Fachinformation unten): Die Ärzte würden das mitbekommen, sich bei ihm beschweren und ihren Patienten abraten, in diese Apotheke zu gehen.

Allerdings muss man auch den Patienten den Vorwurf machen, sich nicht zu informieren. Schließlich steht es jedem frei, den BPZ zu lesen und alle Fragen mit dem Apotheker und Arzt zu besprechen. Viele Patienten handeln aber gerne nach dem Motto: Augen zu und durch. Wider besseres Wissen glauben sie, dass Arzt und Apotheker doch nur das Beste für sie wollen. Wider besseres Wissen deswegen, weil bekannt ist, dass sowohl in der Praxis als auch der Apotheke zu wenig Zeit für ordentliche Beratung da ist und weil natürlich auch jedem bekannt ist, dass falsch eingesetzte Medikamente jedes Jahr zehntausende Menschen schädigen oder töten. Dass es dann ausgerechnet »nicht mich trifft«, wie jeder gerne glauben will, ist Unfug. Trotzdem: »Augen zu und durch«. Es ist auch der Wunsch auf Seiten der Kranken nach einfacher Reparatur, der diese irrationale Haltung fördert. An der ganzen Misere gebe ich deswegen Patienten, Ärzten und Apothekern zu gleichen Teilen Schuld.

Ich erklärte Frau C. die Möglichkeit des Entzugs von Zolpidem mittels eines anderen Präparates (ich nenne es hier »XY«), nachdem ich mir alle Hausarzt- und Facharztbefunde besorgt hatte. Dies hatte drei Monate gedauert, erst dann war die Befundlage völlig geklärt. In dieser Zeit führte ich 18 Akupunktursitzungen durch, was ihr bereits gut gegen die chronischen Schmerzen und innere Unruhe half.

Auszug aus der Fachinformation von Zolpidem:

»Abhängigkeit: Die Anwendung kann (auch in therapeutischen Dosen) zur Entwicklung einer physischen Abhängigkeit führen; bei Beenden der Therapie können Entzugs- und Rebound-Phänomene auftreten ... Psychische Abhängigkeit kann auftreten. Bei Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit ist über Missbrauch berichtet worden.

Die XY-Tropfen kamen auf Grund besonderer Umstände für sie in Frage. Sie konnte bereits mit der ersten Einnahme von 10 Tropfen »XY« das Schlafmittel absetzen und dann innerhalb von 4 Tagen auf 2 bis 3 Tropfen reduzieren. Sie war beim letzten Besuch zuversichtlich, die »XY«-Tropfen bald ganz absetzen zu können.

Fazit: Die Behandlung chronischer Erkrankungen und Medikamentenschäden oder -abhängigkeiten setzt die Kenntnis möglichst aller Befunde voraus und erfordert viel Zeit und Mühe. Die Krankenkasse bezahlt das Bemühen des Arztes um die Vorbefunde aber nicht angemessen. Der einfachere Weg für den Arzt ist meistens, sich nicht um Vorbefunde zu kümmern und einfach drauf los zu behandeln. Patienten kann ich nur raten, sich eine komplette Akte mit Ihren Befunden anzulegen und davon nur Kopien herauszugeben.

VII. Ursachensuche weiter fassen.

Die Suche nach den Ursachen einer Erkrankung sollte viel weiter gefasst werden und viel tiefer gehen. Fragen Sie doch mal Ihren Hausarzt, ob Ihre Erkrankungen nicht auch auf Überstunden und Stress zurückgeführt werden könnten:

Überstunden: Risikofaktor für Herzerkrankungen.

Die Ergebnisse der Whitehall-Studie zeigen, dass regelmäßige Überstunden das Risiko,

an Koronarer Herzerkrankung (KHK) zu erkranken, stark erhöhen.

Es wurde errechnet, dass Arbeitnehmer, die pro Tag etwa drei bis vier Überstunden machten, im Vergleich zu denen, die keine Überstunden machten, ein um 60 % erhöhtes Risiko hatten, an einer KHK zu erkranken.

Überstunden sind unabhängig von den bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, Bewegungsmangel oder Bluthochdruck ein eigenständiger Risikofaktor für Herzerkrankungen [Zitiert nach: K. Malberg, M. Virtanen et al., *Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. Eur Heart J. Published online May 2010*].

VIII. Herr V. und die Spritzen des Orthopäden.

Wegen »normaler« Rückenschmerzen ging Herr V. zum Orthopäden. »Normal« an den Rückenschmerzen war nur, dass Herr V. keinen Unfall und keine Verletzung und auch weder Fieber, erhöhte Temperatur, Rötungen, Verkrümmungen oder irgendeine andere Erkrankung hatte, die die Rückenbeschwerden erklären könnten. Nicht ganz normal an seinen Schmerzen war, dass diese bereits seit über einem halben Jahr bestanden (und deshalb bereits als chronisch einzustufen waren). Wer könnte ihm hier besser helfen als ein Facharzt für Orthopädie, dachte sich Herr V. und ging mit seiner Versichertenkarte (gesetzlich versichert) zu einem Orthopäden, den er aus dem Internet hatte. Zudem legte er eine Überweisung seines Hausarztes vor, auf dem eine Diagnose stand: Verdacht auf chr. LWS-S., was auf Deutsch so viel heißt, dass der Hausarzt die chronischen Rückenschmerzen der Lendenwirbelsäule im Verdacht hat, ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom zu sein. Eine Tautologie, die weiter nichts hergibt, außer der Hilflosigkeit des Hausarztes, einfache Rückenschmerzen selbst behandeln zu wollen oder zu können. Möglicherweise hat er auch keine Lust auf die Behandlung gehabt, weil er die Quartalspauschale für diesen Patienten schon abgerechnet hatte und eine weitere Behandlung in diesem Quartal ihm keinerlei finanziellen Vorteil mehr gebracht hätte, nur Extra-Arbeit. Der schlaue Hausarzt weiß, dass er ohne Mehrarbeit mit diesem Problem fertig werden kann: Er überweist den Patienten zu einem Facharzt. Zum Beispiel zu einem Orthopäden oder zu einem Facharzt für Physikalische Medizin oder zu einem Chirotherapeuten oder einem Akupunkteur. Seit 2007 ist Akupunktur bei chronischen LWS-Schmerzen eine Leistung auch der gesetzlichen Krankenkassen und übrigens auch bei chronischen Knieschmerzen, wenn diesen eine Kniegelenksarthrose zu Grunde liegt. Fall erledigt. Für mindestens drei Monate. Was kriegt ein Hausarzt für die Behandlung von Herrn V. in einem Quartal, wenn er diesen mindestens zweimal sieht? Er bekommt ungefähr 40 Euro dafür. Auch dann, wenn er ihn drei, fünf oder zwanzig mal in der Sprechstunde sieht oder behandelt oder zu Hause besucht, bekommt er im Durchschnitt nicht mehr. Es leuchtet ein, dass für den Arzt die besten Kassenpatienten jene sind, die der Kassenarzt höchstens zweimal im Quartal sieht. Alle anderen wird man als Hausarzt gerne los, sprich, man überweist zu einem Facharzt. Bei komplizierteren Augenkrankheiten oder frauenärztlichen Erkrankungen ist das unvermeidlich. Welcher Hausarzt wollte schon versuchen eine Brille anzupassen oder eine Frau gynäkologisch zu untersuchen? Aber nicht jeder Rückenschmerz oder Hautpilz müsste gleich zum Orthopäden oder Hautarzt geschickt werden.

Es gibt allerdings auch viele Hausärzte mit Sonderqualifikationen, die ihnen zusätzliches

Honorar bringen und ihnen deswegen erlauben, ihre Patienten länger oder intensiver zu behandeln. Um das herauszufinden, geht man am besten auf die offizielle Seite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Seite kann man googeln: Geben Sie einfach »Kassenärztliche Vereinigung Hessen« ein, wenn Sie einen Arzt in Hessen suchen. Sie gelangen so zur Seite www.kvhessen.de und rufen dort die »Arztsuche« auf. Dort geben Sie den Namen Ihrer Hausärztin ein und können alle offiziellen Informationen zu ihr aufrufen. Sie erfahren zum Beispiel, dass sie »Fachärztin für Allgemeinmedizin« ist und dass sie eventuell verschiedene Sonderqualifikationen hat. Sie könnte zum Beispiel eine Zusatzbezeichnung haben wie »Chirotherapie«, »Psychotherapie«, »Diabetologie« oder »Akupunktur«. Es kommen noch Dutzende weiterer Qualifikationen in Betracht, die von KV- zu KV-Bezirk auch etwas anders lauten können. »Psychosomatische Grundversorgung« oder »Spezielle Schmerztherapie« könnten zum Beispiel weitere Qualifikationen sein, die eine etwas höhere Quartalspauschale bedingen können. Sehr viel mehr dürfen Sie sich von einem Arzt mit Zusatzqualifikation als gesetzlich Versicherter aber auch nicht erhoffen. Wenn der Hausarzt auch als »Chirotherapeut« qualifiziert ist, bekommt er gerade mal 88 Cent mehr pro Patient pro Quartal. Wenn er sich Ihnen auch psychologisch-psychosomatisch zuwendet, bekommt er 80 Cent mehr pro Patient pro Quartal [*Qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV), Hessen. Ende 2010, Hausärzte*]. Das reicht in beiden Fällen gerade mal für weniger als jeweils eine Minute zusätzliche Zuwendung in drei Monaten.

IX. Auch Hausbesuche sind limitiert.

Frau H. ist eine 76-jährige, schwer kranke Dame, die in einem Wiesbadener Krankenhaus liegt und bald entlassen werden soll. Ihre Tochter ruft mich eines Montags an und fragt, ob ich der neue Hausarzt von ihrer Mutter werden wolle, mit dem bisherigen Hausarzt wolle sie nichts mehr zu tun haben, denn der habe ihre Mutter falsch behandelt und deswegen liege sie jetzt im Krankenhaus. Ob ich denn auch regelmäßige Hausbesuche machen würde. Ich antwortete, dass ich eigentlich nur noch in der engeren Umgebung meiner Praxis Hausbesuche mache. So kann ich zu Fuß oder auf dem Fahrrad zu den Patienten kommen. Früher habe ich in ganz Mainz und Wiesbaden Hausbesuche gemacht, das ist mir aber zu viel geworden. Außerdem haben die gesetzlichen Krankenkassen zunehmend die Leistungen für Hausärzte gedeckelt oder limitiert. Auch Hausbesuche fallen unter dieses Limit und sind betriebswirtschaftlich für den Arzt nicht mehr attraktiv, wenn die Wege länger sind.

X. Exkurs: Regelleistungsvolumen, Honorarbudget, Limitierungen

Jeder Kassenarzt bekommt eine quartalsmäßige Mitteilung über sein Honorarbudget. Dieser Bescheid über das Regelleistungsvolumen (RLV) zeigt dem Kassenarzt (Vertragsarzt), wie viel Honorar er für die Behandlung seiner Kassenpatienten im kommenden Quartal erwarten darf. Für Hausärzte lag das Honorar 2011 in Hessen bei ungefähr 40 Euro pro Patient und pro Quartal. Hinzu kommen ggf. Zusatzbudgets wie Chirotherapie oder Psychosomatische Grundversorgung oder Akupunktur (siehe oben). Zieht man

davon die Betriebsausgaben ab, bleibt der Gewinn aus der Behandlung von gesetzlich Versicherten übrig. Der muss dann noch versteuert werden und auch Ausgaben für die eigene Kranken- und Rentenversicherung sind davon zu zahlen.

Es leuchtet ein, dass damit nicht grenzenlos Leistungen (Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Laboruntersuchungen) für Kassenpatienten erbracht werden können. Pro Patient stehen dem Hausarzt also etwa 40 Euro Honorar im Quartal zu. Diese Summe ist durch zwei Hausbesuche praktisch aufgebraucht, wenn man pro Hausbesuch nur bescheidene 21 Euro ansetzt (Abrechnungsziffer EBM 01414). Würde ich also bei Frau H. zwei Hausbesuche pro Woche machen, wären das 24 im Quartal. Das muss man dann bei anderen Patienten wieder »einsparen«, also bei diesen möglichst keine Hausbesuche oder längere Gespräche erbringen, nur ganz kurz beraten, wenn überhaupt, kein Labor machen, keine Spritzen geben, kein EKG schreiben etc., sonst legt man drauf. Warum sollte ein Arzt da noch zu einem Patienten nach Hause kommen? Alles andere ist einfacher: per Telefon direkt ins Krankenhaus einweisen und einen Krankenwagen hinschicken (Beliebte Begründung: »Das Krankenhaus kann Ihnen jetzt viel besser und schneller als ich helfen. Dort kann gleich ein großes Blutbild gemacht werden. Bei mir kommt das Ergebnis erst am übernächsten Tag an«) oder den Patienten per Krankenwagen in die Praxis bringen lassen, denn die Fahrtkosten belasten nicht das Budget des Arztes.

Lohnend, wenn überhaupt, sind nur noch Massenbesuche im Alters- oder Pflegeheim, denn die können ganz schnell hintereinander abgespult werden. Nur darauf spezialisierte Praxen mit einer großen Altersheimklientel kommen auf 8 bis 20 Patienten in der Stunde. Das wird mit der Ziffer 01413 (Weiterer Hausbesuch) abgerechnet, bringt (im Jahr 2011) etwa 10,50 Euro pro Hausbesuch. Die Fahrtkosten können bei Sammelbesuchen für alle Patienten zusammen dann nur einmal angesetzt werden. Meistens sind nur ein bis zwei Besuche pro Patient im Quartal nötig, die Quartalspauschale fällt trotzdem für jeden Patienten an und klingelt mit 40 Euro in der Kasse und gibt dadurch Raum für weitere Leistungen bei anderen Patienten. Nur so kann ein Hausarzt mit einer großen Massenpraxis noch lukrativ Hausbesuche abspulen.

Sie finden derartige Überlegungen unwürdig für einen ethisch hochstehenden Beruf, in dem es um die Hilfe für notleidende Menschen geht? Es ist aber so. Und es ist die Erklärung dafür, dass viele Ärzte, insbesondere Fachärzte wie Gynäkologen, Urologen, Psychiater, Neurologen oder Hautärzte keine Hausbesuche mehr machen wollen: unrentabel. Da das Gesamtbudget der Kassenärzte limitiert ist, könnte die Abhilfe darin bestehen, die Zahl der Arztkontakte zu verringern. Das hätte den Vorteil, dass pro Arztkontakt wieder mehr Zeit zur Verfügung steht, was für beide Seiten befriedigender wäre. Dies wird man nur dadurch erreichen können, wenn die Selbstbeteiligungen erhöht werden: höhere Praxisgebühr, Gebühr auch bei Vorlage einer Überweisung oder – wie in anderen Ländern – eine Gebühr, die bei jedem Arztkontakt anfällt. In Tschechien hat sich die Lage schlagartig entspannt, als eine Praxisgebühr für jeden einzelnen Arztbesuch eingeführt wurde.

Zum Vergleich: Für den Hausbesuch bei einem Privatpatienten erhält der Arzt 42,89 Euro und 3,58 Euro als Wegegeld bei Entfernungen bis zu 2 km. Für einen Mitbesuch eines weiteren Privatpatienten erhielt er 33,51 Euro und kein weiteres Wegegeld. Auch

das ist sicher weniger, als die meisten Leser gedacht haben mögen, aber immer noch weit lukrativer als Hausbesuche bei einem Kassenpatienten.

Das ist auch der Grund, warum Sie als gesetzlich Versicherter dem Kassenarzt am liebsten als stiller Patient willkommen sind: Sie holen einfach ein Rezept und einige Überweisungen ab und kommen nur selten zu ihm ins Sprechzimmer rein. Er kassiert auch hier die Quartalspauschale, hat aber keine Arbeit mit Ihnen. Eine Praxis braucht also viele Patienten, die möglichst jedes Quartal kommen, aber nur vorne an der Rezeption erscheinen, um ein Rezept oder Überweisungen abzuholen. Dann wird zwar für den Arzt die Quartalspauschale fällig, aber es ist kaum Arbeit dafür zu erbringen.

Das ist auch ein Grund, warum die Hausarztmodelle nicht funktionieren. Da soll der Hausarzt ja Lotse spielen und die Leute von unnötigen Überweisungen zu Fachärzten abhalten. Das tut er aber nicht, denn er will so wenig wie möglich Arbeit mit den Leuten haben. Das wiederum führt zu vielen Facharztkontakten, denn irgendwo wollen sich die Patienten ja die Zuwendung und Diagnostik und Therapie holen.

Nachfolgend steht, was außerhalb des Budgets unlimitiert vergütet wird. Das Erbringen dieser Leistungen ist also betriebswirtschaftlich attraktiv und lukrativ.

Auszug aus: Leistungen außerhalb der MGV (AMG, »extrabudgetäre Leistungen«):

1. *Onkologievereinbarung und Sozialpsychiatrievereinbarung*
2. *Schutzimpfungen*
3. *sämtliche belegärztliche Leistungen*
4. *Chlamydienscreening (GOP01816, 01840, 01915)*
5. *Früherkennungsuntersuchung »U« für Kinder*
6. *Hautkrebs-Screening und Exzisionen*
7. *Durchführung von kurativen Vakuumstanzbiopsien*
8. *Strahlentherapie*
9. *Phototherapeutische Keratektomie*
10. *Leistungen der künstlichen Befruchtung ... [KVH, zur Mitteilung des RLV 4/2011]*

Die meisten dieser Leistungen kann der Hausarzt aber gar nicht erbringen. Für ihn bleiben zum Beispiel die Impfungen (Punkt 3) übrig. übrig. Ein Grund, warum Ihnen Ihr Arzt bei jeder Gelegenheit eine Impfung anbietet: Er verdient daran extra und die Leistung fällt nicht unter die Honorarbegrenzung. Sehr viel kommt dabei aber auch nicht rum: Für eine Impfung erhält der Hausarzt ungefähr 6 bis 8 Euro Honorar zusätzlich zur Quartalspauschale.

XI. Nochmal: Hausbesuche bei Frau H.

Sie wohnt etwas weiter weg von meiner Praxis und ihre Tochter sagte mir, dass ich der fünfte Arzt sei, den sie wegen der benötigten Hausbesuche anrufe. Ich bat sie, zunächst die Antwort der anderen angerufenen Ärzte abzuwarten und mich zwei Tage später noch mal anzurufen, denn eigentlich gehört der Wohnort ihrer Mutter nicht zu meinem Hausbesuchsgebiet, sondern fällt in das Gebiet zweier anderer Kollegen, die dort, das wußte ich, regelmäßig Hausbesuche machen. Mittwoch vormittags kam ihr Anruf:

Ob ich am Donnerstag zu ihrer Mutter kommen könne, die anderen Ärzte hätten nicht geantwortet, weitere Ärzte von weiter weg hätten gesagt, dass sie »voll« seien.

Ich sagte ihr zu, ihre Mutter am Donnerstag um 14 Uhr besuchen und untersuchen zu wollen und dann zu entscheiden, ob ich sie übernehmen würde. Ich wunderte mich wieder mal, wie einfach am Telefon Angehörige für schwerkranke Verwandte einen ihnen unbekanntem Arzt um Weiterbehandlung bitten. Bei jeder Dosenmettwurst im Supermarkt wird die Packung erst mal in die Hand genommen, auf das Etikett und auf die Zusammensetzung und den Preis geschaut, bevor sie in den Einkaufswagen gelegt wird. Und selbst dort hat sie keinen Bestand, wenn bei den Sonderangeboten einen Gang weiter eine preiswertere oder größere Mettwurstdose erblickt wird. Da geht es nur um 8 Cent. Hier geht es um die Gesundheit und das Leben der Mutter.

Schon am Mittwoch Nachmittag kam ein Fax von der die Patienten betreuenden Sozialstation. Offenbar hatte die Tochter schon einen vorläufigen Entlassungsbrief vom Krankenhaus einen Tag vor Entlassung erhalten und diesen der Sozialstation vorgelegt. Ob ich die Patientin übernehmen würde und ob ich die Medikation so gutheißen würde. Ich war erstaunt: Eine ellenlange Liste mit zehn verschiedenen Medikamenten, die ich in mein Medikamenteninformationssystem (MMI Pharmindex®) eingab und auf negative Wechselwirkungen und Gegenanzeigen prüfte. Der Computer spuckte sechs Seiten potenzieller Probleme aus, die Medikamente vertrugen sich untereinander nicht. Vor einigen Kombinationen warnte das Programm ausdrücklich, so z. B. vor der Kombination von Novalgin Tropfen und Delix 5 plus Tabletten (=> Kontrolle der Nierenfunktion. Kombination mit Vorsicht anwenden!) oder vor der Kombination von Novalgin Tropfen und Digimerck 0,1 mg Tabletten (=> Auf Anzeichen toxischer Wirkungen achten ... Kombination mit äußerster Vorsicht anwenden!).

XI. Exkurs: Medikamentenbudget für Hausärzte.

Ein weiteres Problem dieser zehn Medikamente für Frau H., die täglich mehrmals einzunehmen waren: Sie kosteten etwa 820 Euro im Quartal, das hausärztliche Medikamentenbudget (Richtgröße der Fachgruppe der Allgemeinmediziner) für einen Rentner betrug aber zu diesem Zeitpunkt in Hessen nur etwa 140 Euro.

XII. Exkurs: Medikamenten- und Heilmittelbudget verschiedener Ärzteguppen.

Richtgrößen Arzneimittel 2011. (Alle Angaben pro Patient und pro Quartal)

Ungefähre Angaben einer Beispielregion, Abweichungen möglich.

Fachgruppe – Mitgl.: Fam.-Mitgl. / Rentner – Budget in Euro

Allgemeinärzte (Mitgl./Fam.-Mitgl.): 43,54 Euro / (Rentner): 143,49 Euro

Anästhesisten 36,14 Euro / 107,99 Euro

Augenärzte 6,61 Euro / 16,16 Euro

Chirurgen 4,87 Euro / 8,90 Euro

Frauenärzte 13,45Euro / 38,51 Euro

HNO-Ärzte 11,32 Euro / 5,55 Euro
Hautärzte 21,84 Euro / 19,35 Euro
Hausärztlich tätige Internisten 68,52 Euro / 147,29 Euro
Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt 93,86 Euro / 140,55 Euro
Internisten mit SP Gastroenterologie 75,84 Euro / 81,36 Euro
Internisten mit SP Kardiologie 28,77 Euro / 25,74 Euro
Internisten mit SP Lungen- und Bronchialheilkunde 90,31 Euro / 118,47 Euro
Internisten mit SP Angiologie 23,58 Euro / 40,94 Euro
Internisten mit SP Endokrinologie 103,93 Euro / 145,59 Euro
Internisten mit SP Nephrologie 281,03 Euro / 480,92 Euro
Internisten SP Hämatologie/Onkologie 1276,66 Euro / 1433,06 Euro
Internisten mit SP Rheumatologie 320,16 Euro / 305,43 Euro
Internisten SP Kardiologie, Angiologie & jew. invasive Tätigkeit 17,17 Euro / 18,01 Euro
Kinderärzte 28,72 Euro / 51,52 Euro
Laborärzte 0,03 Euro / 0,02 Euro
Lungenärzte 65,15 Euro / 97,53 Euro
Nuklear-Mediziner 12,37 Euro / 16,27 Euro
MKG-Ärzte 6,71 Euro / 5,70 Euro
Psychotherapeuten 9,19 Euro / 15,96 Euro
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater (Doppelzulassung) 136,11 Euro / 160,68 Euro
Neurologen 197,08 Euro / 152,72 Euro
Psychiater (Leistungsanteil PT < 30 %) 99,38 Euro / 143,14 Euro
Psychiater (Leistungsanteil PT > 30 %) 53,36 Euro / 82,01 Euro

Beispiel: In 2011 hatte ein Allgemeinarzt für einen gesetzlich krankenversicherten Patienten (Mitglied oder familienversichert) 43,54 Euro pro Quartal frei zum Verschreiben von Arzneimitteln. Ist der Patient ein Rentner, durfte der Allgemeinarzt für 143,49 Euro Arzneimittel pro Quartal verschreiben. Im Durchschnitt. Das heißt: Wenn der Arzt mehr verschreibt, sollte er dies bei anderen gesetzlich versicherten Patienten wieder einsparen, indem er diesen Patienten weniger verschreibt. Sonst läuft der Arzt Gefahr in Regress (Rückzahlung aus seinem Privatvermögen) genommen zu werden.

Richtgrößen Heilmittel (z. B. Massagen, Krankengymnastik, Lymphdr.) 2011.
Ungefähre Angaben einer Beispielregion, Abweichungen möglich.

Alle Angaben pro Patient und pro Quartal.

Allgemeinärzte 6,76 Euro / 18,26 Euro
Anästhesisten 5,53 Euro / 11,31 Euro
Augenärzte 0,01 Euro / 0,01 Euro
Chirurgen 9,12 Euro / 13,78 Euro
Frauenärzte 0,84 Euro / 6,63 Euro
HNO-Ärzte 5,65 Euro / 2,84 Euro
Hautärzte 3,06 Euro / 7,94 Euro
Hausärztlich tätige Internisten 4,73 Euro / 13,33 Euro
Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt 1,65 Euro / 4,32 Euro
Internisten mit SP Gastroenterologie 0,66 Euro / 1,09 Euro

Internisten mit SP Kardiologie 0,77 Euro / 0,78 Euro
Internisten mit SP Lungen- und Bronchialheilkunde 0,43 Euro / 1,12 Euro
Internisten SP Nephrologie 2,47 Euro / 3,76 Euro
Internisten SP Rheumatologie 13,45 Euro / 16,49 Euro
Kinderärzte 25,26 Euro / 36,03 Euro
Laborärzte 0,00 Euro / 0,00 Euro
Lungenärzte 0,25 Euro / 0,66 Euro
Nuklear-Mediziner 0,41 Euro / 0,55 Euro
MKG-Ärzte 2,16 Euro / 4,24 Euro
Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin 0,80 Euro / 1,75 Euro
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater (Doppelzulassung) 7,68 Euro / 23,44 Euro
Neurologen 10,81 Euro / 27,32 Euro
Psychiater 2,88 Euro / 9,89 Euro
Kinder- und Jugendpsychiater 22,92 Euro / 13,34 Euro
Orthopäden 25,17 Euro / 30,04 Euro
Neurochirurgen 27,61 Euro / 26,91 Euro
Radiologen 0,14 Euro / 0,54 Euro
Urologen 0,28 Euro / 0,41 Euro
sonstige Arztgruppen 8,94 Euro / 17,27 Euro

Beispiel: In 2011 hatte ein Allgemeinarzt für einen gesetzlich krankenversicherten Patienten (Mitglied oder familienversichert) 6,76 Euro pro Quartal frei zum Verschreiben von Heilmittel (Physiotherapie, Massagen, Krankengymnastik, Lymphdrainage, <http://www.heilmittelkatalog.de/online/>). Ist der Patient ein Rentner durfte der Allgemeinarzt für 18,26 Euro pro Quartal Heilmittel verschreiben. Im Schnitt. Das heißt: Wenn der Arzt mehr verschrieb (z. B. 6 Sitzungen Krankengymnastik kosten etwa 84 Euro [<http://www.starker-ruecken.com/bandscheibenblog/was-kostet-eine-massage/>] soll er dies bei anderen gesetzlich versicherten Patienten wieder einsparen, indem er diesen Patienten weniger verschreibt. Sonst läuft der Arzt Gefahr in Regress genommen zu werden.

[Budgetzahlen aus: *info.pharm* Nr. 1 der KV Hessen von Januar 2011: »Rahmenbedingungen für die Arzneimittel-, Verbandmittel- und Heilmittelverordnungen 2011 – Ausgabenobergrenze, Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsvorgaben«]

In 2004 betragen die Ausgaben für Heilmittel 3,64 Milliarden Euro für gesetzlich Versicherte, in 2010 4,58 Milliarden Euro. [ÄZ, 22.9.11, S. 6, nach GKV-Spitzenverband 2011] Offenbar soll mit allen Kräften versucht werden, einen weiteren Anstieg zu verhindern. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für Hilfsmittel (z. B. Einlagen, Rollator, Prothesen, Badewannenlift, <http://www.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS>) von 5,24 auf 6,01 Mrd. Euro. [a.a.O.]

XIII. Zurück zu den teuren Medikamenten für Frau H.

Das Dilemma des Arztes: Verschreibt er Frau H. alle diese von der Klinik empfohlenen teuren Medikamente, muss er das bei anderen Patienten wieder einsparen. Ausweg: Er überweist die Patientin zum Beispiel zum Diabetologen, der wieder ein weiteres, eigenes

Medikamentenbudget (Richtgröße) zur Verfügung hat. Das macht die Behandlung insgesamt aber teurer und unübersichtlicher, denn dort fällt ja auch wieder Honorar an und oft weiß der Hausarzt nicht, was der Facharzt verschreibt und umgekehrt. Auch deswegen kommt es zu unnötigen Verordnungen, zu gefährlichen Doppelverordnungen oder zu Verordnungen, die gegen Gegenanzeigen verstoßen oder negative Wechselwirkungen hervorrufen. Krankheit und Tod sind so vorprogrammiert. Möglicherweise werden hier die Kommunikationswege besser, wenn die Elektronische Gesundheitskarte (eGK) vollständig mit allen Funktionen eingeführt sein wird. Das kann noch bis 2016 oder länger dauern. Aber auch den Patienten muss man in den meisten Fällen den Vorwurf machen, sich nicht richtig zu kümmern. Sie sagen dem einen Arzt nicht, was sie vom anderen verschrieben bekommen haben. Wenn man sie fragt, wissen sie oft nicht, um welche Medikamente es geht, und haben keine Aufzeichnungen darüber zur Hand. Einen Ordner mit allen seinen Befunden, Laborwerten und BPZ seiner Medikamente hat nur jeder zehnte Patient angelegt. Von diesen wiederum hat ihn nur jeder Zweite oder Dritte beim Arztbesuch dabei. Da muss man sich nicht wundern ...

XIV. Endlich: Der Hausbesuch bei Frau H.

Am frühen Donnerstag-Nachmittag schwang ich mich also aufs Fahrrad und besuchte Frau H.: Ein Haushaltshelfer von der Sozialstation war da, wischte den Küchentisch ab, an dem Frau H. saß. Sie verabschiedete ihn, er wollte am Montag wiederkommen, saubermachen. Ich fragte sie, um was es denn bei ihr gehe, und sie sagte, sie könne nicht mehr laufen, denn sie wiege einen Zentner und 18 kg, in der Wohnung habe sie einen Rollator, den vorläufigen Entlassungsbericht habe sie schon da. Darin war die Rede von 10 schweren und unheilbaren Erkrankungen: Schwere Herzrhythmusstörungen, Nierenschwäche im fortgeschrittenen Stadium, sehr ausgeprägte Lymphödeme (Schwellungen) in beiden Beinen im fortgeschrittenen Stadium, hoher Blutdruck, starke Wassereinlagerungen in den Beinen und der Lunge, eine chronische Lungenerkrankung durch jahrzehntelanges Rauchen, starkes Übergewicht und Bewegungsmangel. Die Beine glichen denen eines kleinen Elefanten. Ich riet ihr dringend, ihre vorhandenen Kompressionsstrümpfe anzulegen, aber das wollte sie nicht. Sie würde damit zu sehr schwitzen, Lymphdrainage wäre sehr viel angenehmer, ob ich das nicht verschreiben könnte, sie kenne eine Lymphtherapeutin, die mache Hausbesuche.

Das Krankenhaus hatte ihr zehn verschiedene Medikamente verordnet, die mir alle schon von der Sozialstation am Vortag per Fax mitgeteilt worden waren. Ich fragte die 77-jährige alleinstehende Patientin, ob sie während ihres 18-tägigen Krankenhausaufenthaltes darüber aufgeklärt worden sei, dass ihre Krankheiten sehr gefährlich, lebensbedrohend und unheilbar seien und ob sie über die möglichen Nebenwirkungen und negativen Wechselwirkungen der Medikamente aufgeklärt worden sei. Sie sagte, man habe ihr erklärt, das mit den Nieren würde jetzt wieder funktionieren und auch das Herz würde besser schlagen. Erklärt habe ihr niemand die Medikamente und was ungute Wechselwirkungen seien, wüsste sie nicht genau, auch nicht, dass diese bei ihren Medikamenten vorkommen.

Ich erklärte ihr, dass das Hauptproblem ein bestimmtes Schmerzmittel sei, das sie viermal am Tag einnehmen solle und das viele negative Interaktionen mit vier anderen

Medikamenten habe.

Sie sagte, dieses Schmerzmittel habe ihr nach eigenem Empfinden noch nie besonders geholfen und sie hätte öfters darum gebeten, es weglassen zu dürfen. Aber immer habe man ihr gesagt, das brauche sie, die schmerzlindernde Wirkung komme schon noch. Dass dieses Mittel die anderen Medikamente so störe und derartige Probleme machen könne, höre sie heute zum ersten Mal. Ich schlug vor, es sofort abzusetzen und sie war einverstanden. Außerdem sagte sie, sie habe auch zwei Schmerzpflaster auf die Rückenhaut aufgeklebt bekommen, die sollten in drei Tagen gewechselt werden und die habe sie auch schon die ganze Zeit in der Klinik bekommen. Aber sie habe die Schmerzen in ihrem rechten »Rheumaarm« genauso stark wie vorher, die Pflaster würden ihrer Meinung nach aber nichts bringen.

Ich las das Pflegejournal durch und stellte fest, dass ihr Gewicht zuletzt 118 kg betrug und sagte ihr, sie wiege **zwei** Zentner und 18 kg. Sie schien erstaunt zu sein. Ich untersuchte die Beine, die grotesk durch Lymph- und Wassereinlagerungen angeschwollen waren. Sie konnte zwar aufstehen, musste sich aber an einem Rollator abstützen. Im Schlafzimmer stand der Rollstuhl. Ich fragte sie, was denn die Ursache aller ihrer Krankheiten sei, und sie antwortete, das habe ihr noch niemand erklärt. Ob ihre chronische Lungenerkrankung (COPD) vom Rauchen gekommen sein könne, wollte ich wissen. Sie sagte, sie wisse gar nicht, dass sie eine Lungenerkrankung habe. Ja, sie habe geraucht. Von wem die Kippe in dem Aschenbecher auf dem Fensterbrett sei, wollte ich wissen. Welche Kippe, ach die, ja die müsse wohl ihr Sohn geraucht haben. Neben dem Herd stapelten sich die Behälter für Essen auf Rädern. Von der Praxisgebühr war sie befreit und von allen anderen Zuzahlungen auch, alles wurde von der Krankenkasse, der Pflegekasse und dem Sozialamt bezahlt, ihre Rente reiche dafür bei Weitem nicht.

Ich erklärte ihr, dass bei ihr, genau wie in der Klinik, alle paar Tage, mindestens aber einmal die Woche, Blut abgenommen werden müsse. Es ginge nicht nur um den Quickwert wegen der Marcumareinnahme, sondern auch um die Nierenwerte, das Kalium, den Blutzucker, den Digitalisspiegel und die Leber. Ich könne aber unmöglich zweimal pro Woche zum Hausbesuch kommen. Mit der Pflegestation hatte ich schon telefoniert, erklärte ich ihr, und diese habe es abgelehnt eine Pflegeschwester, die sowieso zur ihr komme, um Pflegemaßnahmen durchzuführen und die Medikamentenzuteilung zu überwachen, Blut abnehmen zu lassen. Das sei nicht Aufgabe der Pflegestation, dazu müsse ein Arzt Hausbesuche machen, nur Pieksen zum Blutzuckermessen dürfe sie. Ich sagte deswegen der Patientin, dass sie zu mir in die Praxis kommen müsse.

Sie könne aber die Treppe nicht hinuntersteigen, sagte sie. Dafür gibt es eine Lösung, erklärte ich: Der Behindertenfahrdienst würde sie samt Rollstuhl zu mir in die Praxis oder direkt ins Labor zur Blutabnahme transportieren. Ich nahm die Versichertenkarte (AOK) an mich und bat sie, sich alle vorhandenen BPZ der Medikamente durchzulesen und zum Schluss zu unterschreiben, dass sie diese gelesen und verstanden habe. Ich wolle diese Nachweise für meine Akte, es ginge um die Medikamentenaufklärung. Sofern sie irgendetwas nicht verstehe, könnte sie mich selbstverständlich anrufen und fragen, ich würde ihr alles erklären.

Ich radelte durch den Regen zurück. Auf dem Telefondisplay sah ich, dass die Klinik angerufen hatte. Ich rief zurück, der Chefarzt selbst war am Telefon und nahm Stellung zu den vielen, teils gefährlichen negativen Wechselwirkungen. Das mit den Medikamenten sei so zu verstehen, dass man sich weitgehend an die Medikation des ehemali-

gen Hausarztes gehalten habe und das so wieder aufgeschrieben habe. Dann habe man zusätzlich noch Insulinspritzen und die Schmerzpflaster verordnet. Sicher könne man versuchen, das eine oder andere Mittel wegzulassen. Letzten Endes sagte er überhaupt nichts Konkretes, und es war klar, dass in seiner Klinik so gut wie nie auf negative Wechselwirkungen und Kontraindikationen geprüft wurde.

Zwei Stunden später kam die Tochter der Patientin wie abgesprochen zu mir in die Praxis, um die Versichertenkarte und Unterlagen abzuholen. Sie sagte, zum vorherigen Hausarzt möchte ihre Mutter nicht zurück, der habe sie falsch behandelt, die vorherige Hausärztin, bei der sie bis vor einem halben Jahr gewesen sei, mache keine Hausbesuche. Ich erklärte ihr, dass sie mit dem Behindertenfahrdienst zu mir oder ins Labor kommen müsse und die Tochter sagte, sie habe nicht gewusst, dass es ein Regelleistungsvolumen oder Budget für Hausärzte gebe, es müsse doch drin sein, dass ich einmal die Woche zu ihrer Mutter nach Hause kommen könne. Ich sagte, das ginge eben nur, wenn ich das Geld dafür bei anderen gesetzlich Versicherten wieder einspare, aber mein Gesamtbudget für dieses Quartal gebe das nicht her, ich müsse Leistungen rationieren, das sei Vorgabe der Krankenkasse, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Politik. Sie meinte, sie habe noch einige weitere Hausärzte telefonisch gefragt, ob sie ihre Mutter übernehmen würden, aber einige hätten ihr ausrichten lassen, sie seien voll, andere hätten nicht einmal zurückgerufen. Ich sei der einzige, der überhaupt persönlich mit ihr am Telefon geredet habe und auch gekommen sei. Ich sagte ihr, jetzt wisse sie ja, warum das so ist. Sie sagte, sie wolle nun mit ihrer Mutter zusammen den Fahrdienst bestellen, damit sie Montag oder Dienstag zu mir in die Praxis zur Blutabnahme gebracht werden könne. Ich versprach die fehlenden Medikamente zu verschreiben, sobald ich von der Pflegestation erfahren habe, was fehle.

XV. Bei Frau H. entgleist der Blutzucker.

Am nächsten Tag meldete sich die Pflegestation und gab mir den Blutzuckerspiegel der Patientin durch: 292, also viel zu hoch. Sie hatten sich bei der Insulingabe nach einer schriftlichen Einnahmевorschrift des Krankenhauses gerichtet.

Hier wurden insgesamt 32 Einheiten Insulin angeordnet. Im Entlassungsbrief war aber die Rede von einer höheren Insulindosis:

Humalog (Insulin) 2 mal 16 Einheiten und Lantus (Insulin) 1 mal 12 Einheiten.

Das sind also 44 Einheiten Insulin und nicht 32 Einheiten. Kein Wunder, dass der Blutzucker nach oben entgleiste.

Ich wies darauf hin, dass diese höhere Dosis anzuwenden sei, wandte mich per Fax an das Krankenhaus und fragte, wie die Diskrepanz der beiden Anweisungen denn zu verstehen sei. Ich bekam erst vier Tage später Antwort. Die Stationsärztin entschuldigte sich für den Fehler: Die höhere Dosis sei anzuwenden. Die schwerkranke Patientin hatte Glück gehabt, ihr Zucker war nicht lebensgefährlich entgleist. Sie hatte mit viel Glück auch diesen Fehler des Krankenhauses überlebt.

XVI. Exkurs: Verordnungsfehler im Krankenhaus.

Für ein Drittel aller Fehler, die bei der Medikation passieren, sind Schwestern und Pfleger verantwortlich, zum Beispiel durch Verwechslungen. In zwei Drittel der Fälle sind es die Ärzte, zum Beispiel durch Nichtbeachten von Kontraindikationen oder negativen Wechselwirkungen [*Krisengebiet Krankenhaus, Stern, 36/2010, S. 34 ff.*].

Alleine auf den inneren Stationen sterben jährlich 57.000 Menschen aufgrund von Arzneimitteln, so die Berechnungen von Prof. Frölich. Davon seien 28.000 Todesfälle vermeidbar [*a.a.O.*].

Fazit: Ich kann nur jedem Patienten dringend empfehlen, sich immer alle Unterlagen aushändigen zu lassen und diese aufmerksam zu studieren.

Nach meiner Erfahrung ist jeder zweite Krankenhausentlassungsbrief fehlerhaft.

XVII. Frau H. sucht sich einen anderen Hausarzt.

Gegen Freitagmittag rief die Tochter der Patientin erneut an und erklärte, dass sie nun doch einen Hausarzt gefunden habe, der zu Hausbesuchen, auch zum Blutabnehmen, kommen wolle. Schon am nächsten Dienstag würde er kommen. Ich bat sie am Nachmittag zu kommen, um die Rezepte für ihre Mutter abzuholen und wünschte ihr viel Glück.

Ich wusste, wie die Sache weitergehen würde: Der neue Hausarzt würde am Dienstag kommen, die Versichertenkarte einlesen, einige Anweisungen geben, vielleicht ein Rezept dalassen und wieder fahren. Er würde keineswegs ein- oder zweimal die Woche einen Hausbesuch machen, um Blut abzunehmen, sondern nur dann kommen, wenn »etwas wäre«. Das könnte dann zum Beispiel ein entgleister Blutzucker oder eine andere Verschlimmerung der medizinischen Situation sein. Wenn ihm das von der Pflegestation oder der Tochter mitgeteilt würde und er – wie immer – im Stress wäre, schickt er einen Krankenwagen hin, um die Patientin wieder ins Krankenhaus bringen zu lassen. Er würde dann sagen: Das ist viel besser und geht auch schneller, als wenn ich heute Abend nach der Sprechstunde noch zu Ihnen auf Hausbesuch kommen würde. Tatsächlich war es ja auch schon vorher so gelaufen: Von Januar bis jetzt im September 2011 war sie viermal im Krankenhaus gewesen, jedes Mal 5 bis 18 Tage, insgesamt 40 Tage, jeder Tag dort schlägt mit 500 bis 800 Euro zu Buche. Das zahlt die Krankenkasse, da gibt es keine Limits. Jeder kann so oft ins Krankenhaus eingewiesen werden, wie er will. Niemanden kostet das mehr als zehn Euro Zuzahlung pro Tag, höchstens jedoch für 28 Tage pro Kalenderjahr. Das tut nicht weh, denn Essen, Trinken und Heizen zu Hause kosten mehr. Jeder kann sich zudem versuchen selbst einzuweisen, man geht einfach in die Notaufnahme.

Der neue Hausarzt würde auch nicht, so wie im Entlassungsbrief der Klinik vorgeschlagen, zweimal wöchentliche Lymphdrainagen verschreiben, sondern eine Ausrede erfinden, warum Lymphdrainagen nicht gut für die Patientin seien. Denn er weiß: Eine Lymphdrainage mit Hausbesuch kostet etwa 35 bis 40 Euro, das sind schon 840 Euro im Quartal an »Heilmittel-Kosten«.

Sein Budget an Heilmitteln wie Lymphdrainage oder Krankengymnastik beträgt aber

nur etwa 18 Euro pro Rentner-Patient und Quartal. Für Nicht-Rentner sind es nur etwa 7 Euro pro Patient und Quartal.

Würde er also Frau H. zweimal wöchentlich Lymphdrainage verschreiben, kann er 48 anderen Rentner-Patienten überhaupt keine Physiotherapie in diesem Quartal verschreiben, um seinen »Schnitt« zu halten.

Würde er die gleiche Anzahl Lymphdrainagen mit Hausbesuch einem Nicht-Rentner-Patienten verschreiben, könnte er etwa 140 anderen Patienten überhaupt keine Physiotherapie in diesem Quartal verschreiben, um seinen »Schnitt« zu halten.

Das ist der Grund warum Ihnen – als Patient – oft Massagen oder Lymphdrainagen oder Krankengymnastik verweigert werden: Nicht, weil diese grundsätzlich nicht mehr verschrieben werden könnten, sondern weil sie das Budget zu sehr belasten. Gesagt wird dem Patienten vom Arzt aber meistens etwas anderes: »Sie brauchen das nicht, ich verschreibe Ihnen gute Tabletten« Oder: »Gehen Sie joggen oder schwimmen, das ist genauso gut«.

Abhilfe: Sie sollten sich schon mit jungen Jahren, solange Sie noch gesund sind, privat zusatzversichern, damit diese Leistungen und Verschreibungen übernommen werden. Oder dafür Geld zurück legen.

Der Kassenarzt kann schon lange nicht mehr alle notwendigen und sinnvollen Leistungen erbringen und muss deshalb Kompromisse machen, wie bei obiger Patientin zum Beispiel nicht so viele Hausbesuche durchführen, sondern die Patientin in die Praxis bringen lassen. Oder keine zusätzlichen Lymphdrainagen verschreiben, sondern nur Kompressionsstrümpfe oder Binden zum Wickeln der Beine.

Bitten Sie Ihren Haus- oder Facharzt, Ihre Medikation zu prüfen, ob sich alles miteinander verträgt (Wechselwirkungen) und ob keine Kontraindikationen vorliegen (Gegenanzeigen). Wenn Sie zum Beispiel ein Magengeschwür haben, dürfen Sie kein ASS (Aspirin) einnehmen.

Sie können getrost davon ausgehen, dass Ärzte diese Prüfungen nicht regelmäßig vornehmen. Sie müssen das einfordern.

Sollte Ihr Hausarzt derartige Prüfungen nicht (computergestützt) vornehmen können oder wollen, könnten Sie sich einen anderen Arzt suchen. Gleiches gilt für die Apotheke.

XVIII. Frau B.: »Keiner hat bei mir etwas gefunden.«

Frau B. ist eine 45-jährige Mutter von zwei Kindern, die seit einigen Jahren unter quälenden Ohrgeräuschen (Tinnitus) leidet. Sie kommt nicht aus eigenem Antrieb in die Sprechstunde, sondern ihr Mann ruft an, um einen Termin für sie zu vereinbaren. Er habe meine Homepage entdeckt und wolle ihr eine Akupunkturbehandlung schenken. Ich biete einen Termin an und er ruft mich nach zehn Minuten wieder an: Ja, seine Frau werde kommen, aber es habe ihn schon recht viel Überredungskunst gekostet, sie dazu zu bewegen.

Tatsächlich kamen beide einige Tage später und Frau B. hatte sichtlich wenig Lust, ihre Krankengeschichte zu erzählen, eigentlich wolle sie auch keine Behandlung mehr, obwohl die Ohrgeräusche schon sehr schlimm und quälend seien. Die Frage nach anderen Erkrankungen verneint sie. Nein, höchstens noch eine Skoliose (Rückgratverkrüm-

mung) sei zu erwähnen, ansonsten habe sie nichts.

Ich frage sie nach Vorbefunden und sie antwortet, da gäbe es nicht viel und alle hätten nichts gefunden. Meine Erklärung, dass erfahrungsgemäß immer etwas Relevantes in den Vorbefunden steht, was die Patienten aber oft nicht mehr erinnern können, überzeugt sie nicht. Sie behauptet weiter, wie das die meisten Patienten in solchen Situationen tun, dass da nichts drinstehe und nichts weiter gefunden worden sei.

Ich höre vier Wochen nichts mehr von ihr und habe den Fall schon abgehakt, da kommt überraschend ein Brief von ihr: Sie wolle mein Angebot doch annehmen, sich untersuchen und behandeln zu lassen und legt fünf Arztbriefe bei. Aus denen ergibt sich:

- Ein Orthopäde in Berlin stellte 2004 fest: Blockierung der BWS, Torsionsskoliose, HWS-Syndrom, Schulter-Nacken-Myalgie, Tinnitus,
- Die Uniklinik Mainz stellte in 2001 fest: Drehschwindel unklarer Genese und Migräne und empfahl eine Rückenmarkswasseruntersuchung um eine Multiple Sklerose auszuschließen,
- Eine Neurologin stellte in 2001 fest: Stärkste Kopfschmerzen mit Drehschwindelattacken, Schmerzmittel hätten nicht geholfen,
- Ein HNO-Arzt stellte in 2001 fest: Drehschwindelanfälle, Flimmern und Schwarzwerden vor den Augen, kein Ohrgeräusch,
- Laborwerte stammen aus 2004 (veraltet), in 2009 wurden nur Cholesterin und Blutzucker bestimmt.

Es ist immer wieder frappierend, wie falsch und unvollständig Patienten ihre eigene Krankengeschichte erinnern. Selbst schwer chronisch Kranke bezeichnen sich oft als gesund, wenn ich zum Beispiel vor einer Impfung frage, ob etwas vorliegt. Frau B. hat sich völlig falsch eingeschätzt und hatte sich weder an die schlimmen Kopfschmerzen, noch die Migräne oder die Drehschwindelattacken erinnert. Auch dass der Verdacht einer MS im Raum stand, hatte sie völlig ausgeblendet.

Dieses Beispiel zeigt, dass man als Arzt oder Psychotherapeut der Selbstauskunft von Patienten nie vertrauen sollte. Fast immer stimmt das nicht ganz, was sie sagen. Bei chronischen Krankheiten sollte man als Arzt oder Psychotherapeut immer die Aktenlage komplett klären und alle alten Befunde anfordern. Wenn die Patienten das nicht wollen, sollte man die Behandlung verweigern, Notfälle natürlich ausgenommen.