

Beiträge zum Listserver „Allgemeinärzte diskutieren Fragen aus der Praxis“

16.05.2004: AW: [ALLGMED-L]

Lieber Herr Rueter,

mein Lob galt der - wie ich meine - sehr zutreffenden Kritik von Herrn Egidi an einigen Mängeln unseres Systems. Dass darin eine Antwort, vielleicht sogar eine Gegenposition zu der von Ihnen dargestellten "integrierten Medizin" liegen soll, habe ich nicht beachtet.

Ich habe Ihre Mail nochmals gelesen und auch die Homepage der u. a. von Herrn von Uexküll gegründeten Akademie für Integrierte Medizin besucht. Die Differenz und die Kritik die Sie mit der Forderung nach "Evidence" (d. h. Nachweisbarkeit) haben, ist mir letztlich nicht klar. Ich habe den Eindruck, es geht hier um völlig unterschiedliche Ebenen.

Was Sie fordern, ist eine bestimmte ärztliche Haltung, die den Patienten als Person wahrnimmt und dementsprechend ein persönliches Engagement des Arztes. Dem kann ich nur beipflichten. Ich lese gerade (mit etwas Verspätung) das Buch von Bernard Lown "Die verloren gegangene Kunst des Heilens" und finde darin vieles wieder, was uns schon während des Studiums, zu einer Zeit, als es um Einführung der Psycho-Fächer in die medizinische Ausbildung ging und als Herr von Uexküll noch in Ulm Ordinarius war, beschäftigt hat und wofür wir uns engagiert haben. Sie haben schon Recht, wenn Sie beklagen, dass diese beschriebenen persönlichen ärztlichen Qualitäten, die Zuwendung zum Patienten, das Nachdenken um psychosomatische Zusammenhänge immer mehr vernachlässigt werden, dass unter dem Zwang zur Rationalität die nicht rationalisierbaren Aspekte leiden. Nur: richtet sich Ihre Kritik an den richtigen Adressaten?

Meinem Eindruck nach ist nicht die Diskussion um Rationalität und Evidence Schuld an dem zu beobachteten Sittenverfall und der Unmenschlichkeit, die in Teilen des Medizinbetriebs herrscht (ich denke an die Tendenz zur ungehemmten persönlichen Bereicherung, die es allerdings auch in anderen Bereichen der Gesellschaft gibt, an die Ausgrenzung von sozial Schwachen und Unerwünschten und an die respektlose Behandlung der Alten und Unmündigen), sondern diese Diskussion ist ein Versuch, auf solche Missstände zu reagieren. Ob dieser Versuch tauglich ist, kann man erst vom Ergebnis her beurteilen. Derzeit - da geben ich Ihnen ebenfalls Recht, wenn Sie es denn so meinen - ist mit Disease-Management und EBM noch keine wesentlich bessere Patientenversorgung erreicht.

Die Werte, die Sie vertreten, können allerdings nicht von den Vertretern dieser Vorgehensweise kommen. Sie müssen in der gesamten Gesellschaft (nicht ausschließlich in der Ärzteschaft) erörtert werden. Dazu gehören Fragen nach dem Beginn und dem Ende des menschlichen Lebens, nach Mündigkeit und Selbstbestimmung, nach Wahrung der Menschenwürde etc. Die Ansätze und bisherigen Erfahrungen, die es hierzu gibt (in Tagungen, Kommissionen etc.), lassen mich die Sache nicht ganz hoffnungslos sehen. Auch in der Politik gibt es respektable Vertreter, die mit dem nötigen Ernst und ohne vordergründige Parteiinteresses an diese Fragen rangehen. Voraussetzung von Seiten der Medizin ist meiner Meinung nach allerdings Transparenz. Wir müssen deutlich machen, was wir tun und warum wir es tun. Auch mich berührt es immer sehr unangenehm, wenn das Loblied auf die einzigartige Qualität unserer Medizin in Deutschland gesungen wird, ohne dass erklärt wird, worin diese denn bestehe. Dazu sind die Missstände zu offensichtlich. (Zu diesem Punkt hat Herr Egidi einige Beispiele angeführt.)

Die Forderung nach Transparenz und Belegbarkeit ist eine absolute. Kein Bereich kann davon ausgenommen sein. Meiner Meinung nach auch nicht die "besonderen Therapierichtungen" (insoweit bin ich mit meiner Partei ganz uneinig). Gerade die Psychotherapie, die ja in höchstem Maße mit subjektiven Gegebenheiten und "weichen" Methoden arbeitet, hat in der Vergangenheit besonders gründlich mit wissenschaftlichen Studien und Qualitätsmanagement bewiesen, was sie kann. Dies sollte der Psychosomatik nur Recht sein. Ich sehe hier überhaupt keinen Gegensatz. Auch Freud forderte bekanntlich: "Wo Es ist, soll Ich werden." Das hieße, auf die medizinischen Realität übertragen: Wo es bisher ein mehr oder weniger triebhaftes Getümmel einer Medizin gab, die der subjektiven Beliebigkeit verpflichtet war, soll eine Medizin herrschen, die sich klaren Aussagen verpflichtet fühlt und die selbstbewusst ihre Ziele vertritt.

Bei der Formulierung der Ziele für mich die Autonomie des Patienten ganz entscheidend. Wo diese durch Krankheit beeinträchtigt ist, ist es oberste ärztliche Aufgabe, die (soweit möglich) wieder herzustellen. Dies gilt für somatische wie für psychische Störungen und kann auf ganz unterschiedlichen Wegen geschehen. Der Chirurg, der ein erkranktes Organ operiert, braucht sicher andere Kompetenzen, als der Psychiater oder Psychotherapeut. Deswegen habe auch ich meine Schwierigkeiten mit einem so umfassenden (und einseitigen) Bild vom "guten Arzt", das sie mit Verweis auf Herr von Uexküll propagieren. Da bekommt die Diskussion religiöse Züge. (Inzwischen hat Herr Weisman dazu einiges geschrieben.) Auch ich halte persönliche Werte für wichtig und notwendig. Nur sollten wir in einer säkularisierten Welt keine Glaubenskriege führen oder, wie es so schön heißt, jeden nach seiner Façon selig werden lassen.

Ich plädiere also dafür, genau zu überlegen, wo es sich um persönliche Überzeugungen und Werte handelt, um Fragen, die man - mit entsprechender Begründung - so oder so beantworten kann, und wo um grundlegende und allgemeinverbindliche Regeln, an die sich jedes Mitglied der medizinischen Zunft halten muss. Diese sind ja in allgemeiner Form in der ärztlichen Berufsordnung festgehalten. Nur sollten wir da nochmals nachsehen, ob auch alles so drin steht, wie wir es meinen. Ich denke etwa an die Frage nach der Verpflichtung gegenüber dem Patienten **und** der Gesellschaft, die hier bereits früher diskutiert wurde. Auch der einzelne Patient ist Mitglied der Gesellschaft und finanziert das System über seine Beiträge (egal ob Versicherungsbeiträge, Steuern oder soziale Transferleistungen). Daher halte ich z. B. die Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit bzw. zum angemessenen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen auch im Interesse des Patienten liegend. Ebenso liegt es im Interesse des Patienten, nach dem Stand der Wissenschaft (was immer das sein mag) behandelt zu werden und nicht nach meiner Beliebigkeit oder irgendwelchem Hokusfokus (daraus ergibt sich u. a. die Fortbildungspflicht).

Die letzteren, nur angedeuteten Punkt gehen vielleicht an Ihrem Anliegen vorbei. Ich möchte auch nicht zu ausschweifend werden. Nur möchte ich nochmals verdeutlichen, dass für mich die Individualität der Person und Einzigartigkeit der Arzt-Patient-Begegnung keinen Gegensatz zur Entscheidungsfindung nach Methoden der EBM darstellt. Im Gegenteil: beide Aspekte bedingen sich gegenseitig und brauchen sich.

Ich hoffe, mit diesen Überlegungen etwas zur weiteren Diskussion beigetragen zu haben. Man muss ja nicht alle Differenzen und unterschiedliche Positionen beseitigen. Oft ist ja das Weiterführen und Beharren fruchtbarer.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

12.05.2004: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Hausarztmodell-Qualifikation-Zertifizierung

Lieber Herr Egidi,

Bravo für diese Überlegungen.

Ein Hauptübel des Deutschen Gesundheitssystems ist es meines Erachtens, dass es keinerlei rationale Steuerung gibt und die Fragen, die Sie angesprochen haben, mit welcher Behandlung und wo der Patient am besten versorgt wird, nur von Insidern diskutiert werden. Diagnostik und Therapieangebote sind dem freien Markt unterworfen, der dort besonders viel Blüten hervorbringt, wo entsprechende Gewinne locken. Dieser Markt wird längst nicht mehr von Ärzten bedient, sondern vor allem von Pharmaindustrie und Geräteherstellern. Der Patient als freier Konsument darf dann nach Gusto (und Einflüsterung entsprechender Lobbyisten) auswählen. Bezahlen müssen die anderen. Es ist offensichtlich, dass dieses System am Ende angelangt ist.

Nun bin ich auch sehr skeptisch, ob man mit einer anderen Form der Steuerung, sei es durch die Krankenkassen, sei es durch ein staatliches Zentrum für Qualität, dieses besser hinkriegt. Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass bei Versuchen in dieser Richtung (DMP etc.) meist bürokratische Monster entstehen, die mehr Arbeitszeit und Mittel auffressen, als sie Nutzen bringen. Deswegen haben es die Vertreter einer rationalen Medizin (EBM) so schwer. Sie werden meist als praxisferne Theoretiker erlebt.

Was wir brauchen ist eher eine breite innerärztliche Diskussion, welche Art von Medizin gefördert werden soll. Hier hat die Selbstverwaltung leider völlig versagt. Anstatt bei den Diskussionen um die Gebührenordnung (EBM 2000) als erstes zu fragen "Welche Medizin ist wie viel wert und soll wie gefördert werden?", geht es nur um Marktanteile von existierenden Interessengruppen: Hausärzte gegen Fachärzte, Krankenhäuser gegen Niedergelassene, Radiologen gegen Teilgebiets-Röntgen, Sonderbedarfs-Spezialisten gegen Normal-Spezialisten, Eminenzen gegen Experten und Evidenz etc.

Der wichtigste Anreiz im System geht immer noch vom Geld aus. Deswegen sollte die Diskussion über die Gebührenordnung vom Kopf auf die Füße gestellt werden. Dazu ist zu fordern, dass vor allem das bezahlt wird, was wirklich für den Patienten wichtig ist, nämlich die unabhängige und persönliche ärztliche Kompetenz und die direkte Zuwendung. Alles andere kann man irgendwie betriebswirtschaftlich kalkulieren. Aber nur wenn es wirtschaftlich einfach nicht mehr interessant ist, ob man eine Untersuchung durchführt oder sie unterlässt, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird, ob der Fall aufwändig oder einfach ist, weil alles gleich vergütet wird, wird diese Art der unabhängigen Entscheidung gefördert. Damit kommt man meines Erachtens zwangsläufig zu einer Art Pauschale für die hausärztliche Tätigkeit, die allerdings den anspruchsvollen Aufgaben entsprechen muss. Und auf der anderen Seite (der ärztlichen) muss natürlich eine entsprechende Kompetenz auch vorhanden sein. Denn für Nichts gibt es auch nichts.

Die konkrete Umsetzung muss man "vor Ort" diskutieren. Wahrscheinlich braucht es einige Versuche in dieser Richtung. Nur muss die Entscheidung, dass es in diese Richtung gehen soll, in der Ärzteschaft Verbreitung finden. Denn ansonsten werden die Kollegen sich weiter verhalten wie bisher, in erster Linie marktgerecht (und unter den Bedingungen des Systems mit seinen Anreizen und Verboten durchaus ökonomisch rational), aber nicht rational im Sinne des Patienten (auch wenn der natürlich irgendwie gut bedient werden muss mit entsprechendem Service). Den Service sollte man

auch anerkennen (im Unterschied zu den staatlichen Systemen, wo beispielsweise der Doktor ab 17 Uhr Feierabend hat). Nur ist das nicht gleichbedeutend mit medizinischer Qualität, sondern folgt eher dem Motto "Fresst mehr Scheiße - Millionen von Fliegen können nicht irren!"

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

AW: [ALLGMED-L] Re: [ALLGMED-L] Qualifikation für Hausarztmodelle

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Präsenz ist sicher ein zentrales Kriterium (das übrigens auch aus Sicht der Patienten an vorderster Stelle steht: "der Hausarzt soll im Notfall schnell erreichbar sein." - n. Europep-Befragung). Wir könnten uns möglicherweise auf einige inhaltliche Minimal-Anforderungen einigen. Ob so ein Minimal-Standard allerdings genügt, ist unklar. Ob es politisch richtig ist, hier in Vorleistung zu treten, eine weitere Frage.

Eine wesentliche Frage wird bei den Anforderungen sein, wie sie formalisierbar und nachprüfbar sind. Deswegen sollten es einfache und nachvollziehbare Kriterien sein, die eigentlich alle erfüllen können, ohne neben der Arbeit in der Praxis, die für einige Kolleginnen/Kollegen kaum zu bewältigen ist, noch Mehrarbeit in Form von Sitzungen, Fortbildungen etc. erbringen zu müssen.

Außerdem ist zu fordern, dass die Kriterien auch valide sind, also inhaltlich das abdecken, was für eine gute Hausarztmedizin wesentlich ist.

Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband halte ich allerdings auch für kein gutes Kriterium. Damit macht der Hausärzteverband sich lächerlich. Die Teilnahme an Fortbildungen besagt noch nichts über deren Umsetzung (das bloße Absitzen um der Punkt willen bringt bekanntlich gar nichts). Technische Anforderungen (EKG etc.) sind ebenfalls keine Qualitätsindikatoren, wenn es um Koordination und Case-Management geht. Das Engagement im Bereich Prävention kann sehr unterschiedlich sein, ohne dass deswegen der eine der bessere oder der schlechtere Hausarzt sein muss. Teilweise gibt es hier lokale Arbeitsteilung.

Das Hausarztmodell der AOK Baden-Württemberg, das hier in Nordbaden (nicht Nord-Württemberg) erprobt wird, sieht u. a. eine Extra-Vergütung für eine Eingangsuntersuchung der eingeschriebenen Patienten vor und die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln. Es sind schon Kollegen ausgeschlossen worden, die nie zu einer Sitzung erschienen sind. Mir persönlich sind die Kriterien zu wenig. Die Betonung auf mehr medizinischer Diagnostik (die natürlich formalisierbar und nachprüfbar ist; damit weiß die Kasse auch, wofür sie bezahlt!) widerspricht meinem Verständnis von Verzicht auf Medikalisierung und steht Ansätzen einer umfassenderen Gesundheitsförderung entgegen. Auch wenn es unserem Selbstverständnis vielleicht widerspricht: 20- bis 40-Jährige brauchen in ihrer Mehrheit keinen Arztbesuch, zu sinnvoller Prävention aber Bewegungsangebote und Nichtraucher-Kampagnen, die außerhalb der Arztpraxis besser zu organisieren wären.

Dies alles als Vorüberlegungen, in welche Richtung die Diskussion gehen könnte.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

24.04.2004: AW: [ALLGMED-L] Der ideale Patient

Lieber Herr Sonntag,

vielen Dank für Ihre immer wieder hochinteressanten Beiträge, die den Horizont doch sehr erweitern und dazu beitragen, durch den vergleichenden Blick auf Ihr System unsere Arbeitsbedingungen besser zu verstehen.

Jede Hausarztpraxis in Deutschland betreut natürlich eine gewisse Anzahl chronisch kranker Patienten und einen größeren Anteil von Akutpatienten. Wie genau die Zahlen sind, lässt sich nur quartalsweise schätzen, da es kein Einschreibesystem gibt. Ich vermute (aus dem Bauch raus geschätzt), dass in meiner Praxis mindestens 15 - 20 % der chronisch Kranken (vielleicht auch mehr?) NICHT regelmäßig in die Praxis kommen, weil sie bei irgendwelchen Spezialisten oder Spezialambulanzen (Uniklinik-Nähe!) in regelmäßiger Behandlung stehen. Dabei sind so unterschiedliche Krankheitsbilder wie Asthma und COPD, Allergie und Neurodermitis, Typ-1-Diabetes, Hypertonie (beim Internisten oder eben gar nicht behandelt), Sucht, Psychosen u. v. mehr. Seit Einführung der Praxisgebühr (Anfang 2004) kam ein kleiner Teil dieser Patienten (die z. T. in den letzten fünf Jahren vielleicht drei- oder viermal da waren), aber auch eine Anzahl bis dahin unbekannter, um sich Überweisungen zum Spezialisten zu holen, z. T. mehrere auf einmal. Einige dieser chronisch Kranken haben gar keinen Allgemeinarzt als Hausarzt, sondern sehen eben den Spezialisten als primär zuständig und kommen in meine Praxis nur, wenn dieser in Urlaub ist, um sich ihre Medikamente verschreiben zu lassen, oder wenn akut etwas anderes dazwischen kommt (wie eine Verletzung, eine Lumbago oder ein Infekt). Welche Form der Betreuung für diese, zum Teil auf einem aus unserer Sicht unsinnigen Versorgungsniveau erzogenen Patienten (z. B. regelmäßige Röntgen- oder Labor-Kontrollen), angemessen ist, wäre zu diskutieren. Dass wir deren Versorgung auch bei Einführung eines Hausarzt-Modells besser managen können, darf man ruhig kritisch hinterfragen. Entscheidend wäre, dass die Spezialisten einen Teil ihrer "Diagnostik- und Therapiefreiheit" aufgeben und das machen, was wir ihnen auftragen, oder zumindest in einen Dialog darüber eintreten. Das ist für mich nach den bisherigen Erfahrungen eher unwahrscheinlich. Also bliebe als Alternative, wenn Kosten gespart werden sollen, nur der Verzicht auf Überweisungen und Einsparungen bei den Medikamenten, was die Patienten zumindest mehrheitlich als Verschlechterung ihrer Versorgung erleben würden. Die Facharztlobby und die Pharmaindustrie würde sich dieser Stimmung sicher bedienen.

Die akut Kranken sind weniger problematisch, da sie wenig Arbeit machen und im Endergebnis (unter unseren Budgetbedingungen) das gleiche Geld bringen. Also wünscht man sich als Hausarzt möglich viele davon - die von Ihnen richtig angesprochenen Verdünnerfälle. Es gibt viele Möglichkeiten, die Zahl dieser Fälle zu erhöhen: Sprechstunden zu ungewöhnlichen Uhrzeiten, wenn die anderen Praxen zu haben, Umherziehen in Altenheimen mit dem Chipkarten-Lesegerät, Absprachen mit anderen Hausärzten über Vertretungen (im Urlaub oder tageweise), gegenseitige Überweisungen in Praxisgemeinschaften, Überweisungen zu bestimmten Leistungen innerhalb der Fachgruppe, Marketing mit dem Rezeptblock ("Kommen Sie doch zu mir, wenn Ihr Hausarzt Ihnen etwas nicht verschreibt."). Sie sehen aus dieser Aufzählung, dass sich um es sehr unterschiedliche, korrekte und anrühige Maßnahmen handelt. Wir sind alle auf diese dirty tricks mehr oder weniger angewiesen, wenn wir den Teil der chronisch Kranken angemessen betreuen wollen. Die Frage ist natürlich, ob der einzelne Kollegen daran überhaupt ein Interesse hat und nicht eher den schnellen Umsatz sucht, und wo die moralischen und rechtlichen Grenzen solcher Tricks liegen. Unsere Selbstverwaltung, die KV, kontrolliert dies praktisch kaum. Nur wenn offensichtlicher Missbrauch vorliegt und etwas in Praxisgemeinschaften ein

großer Teil der Patienten hin und her überwiesen wird, kann es zu Sanktionen kommen.

Schwierig wird die Situation, wenn diese als Akutpatienten angelockten potentiellen Verdünner sich plötzlich als ernsthaft krank entpuppen. Dies erlebe ich öfters bei Hypertonikern und Suchtkranken. Dann bekommt man mit einem Schlag viel Arbeit. Da macht man doch, wenn der Patient nicht so recht mitzieht, auch gegen die eigene Überzeugung das Fass schnell wieder zu und lässt den Unbelehrbaren ziehen. Zumindest derzeit gibt es keinen materiellen Anreiz, die Versorgung solcher Patienten zu verbessern. (Sie haben den gleichen Vorgang beschrieben, wie Sie bei jedem neuen Patienten erst einmal in der Liste der chronischen Krankheiten nachschauen müssen.)

Diese subjektiven Beobachtungen beziehen sich auf Praxen im städtischen Umfeld mit durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Patientenzahlen (der Durchschnitt liegt in unserer Fachgruppe etwa bei 1000 Fällen / Quartal). Völlig anders ist die Situation bei überdurchschnittlich großen Praxen (> 1500 Fällen / Arzt), die es oft auf dem Land gibt. Hier müssen wirklich die Patienten straff organisiert versorgt werden und man hat viele Mätzchen, die wir in der Stadt machen, um noch ein paar Patienten bei der Stange zu halten, nicht nötig. Es gibt aber vermutlich sehr unterschiedliche Gründe, wie solche großen Fallzahlen zustande kommen, und sehr unterschiedliche Praxisstrukturen. Der Normalfall ist, dass einfach ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht: dann muss die Praxis mit entsprechend qualifiziertem Personal gut organisiert sein und kann 100 und mehr Patienten pro Tag verkraften. Der Problemfall: viele Patienten bei schlechter Organisation; dann findet automatisch eine Risikoselektion statt und die ernsthaft Kranken suchen sich andere Ärzte oder werden schlecht versorgt (nehmen das vielleicht auf dem Lande mangels Alternative klaglos hin?). Der Katastrophenfall: keine angemessene hausärztlich Versorgung, aber viele Problempatienten (z. B. in sozialen Brennpunkten), die nach Gusto bedient werden. Solche Praxen zeichnen sich z. B. durch viele AU-Schreibungen oder Verordnung von Sucht- und Schmerzmitteln aus. Ich kenne sie aus dem städtischen Umfeld zumindest vom Hörensagen. Eine Qualitätskontrolle findet meines Wissens (?) nicht statt. Dies ist natürlich schon an der Grenze zu kriminellen Machenschaften. Einzelbeispiele dafür gibt es. Ich persönlich kenne eines aus dem spezialärztlichen Bereich, wo teure Untersuchungen in großer Zahl jahrelang ohne entsprechende Indikation abgerechnet werden konnten, ohne dass die KV es verhindert hätte (so geschehen hier vor einigen Jahren in Zusammenarbeit einer gynäkologischen Praxis mit einem zytologischen Labor).

Gerade zu den überdurchschnittlich großen Praxen, der ja durch die neuen EBM-Regelungen möglicherweise starke Verluste hinnehmen müsste, fände ich ergänzende Erfahrungsberichte der Kolleginnen und Kollegen interessant.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

10.03.2004: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] ZDF

Liebe Frau Dunkelberg,

man mag als Hausarzt den einen oder anderen positiven Aspekt an der Reform entdecken. Insgesamt haben uns Praxisgebühr und Zuzahlungsregelungen aber vor allem unvergütete Mehrarbeit, unsinnige und nervenaufreibende Diskussionen gebracht und eine erhebliche soziale Schieflage in der Versorgung bewirkt. Welche Auswirkungen dies längerfristig haben wird und ob sich etwa verschobene oder versäumte Arztbesuche negativ für die

Patienten auswirken, können wir sicher nicht ganz abschätzen (ich bezweifle das eher). Aber die (auch hier berichteten) Beispiele aus Pflegeheimen und von Sozialhilfeempfängern zeigen doch, dass Zuzahlungen erhebliche Belastungen für sozial Schwächere darstellen. Wollte man eine Steuerung, gäbe es bessere Alternativen.

Wieder mal wurde vor lauter Kompromissen eine Reform, die diesen Namen verdient hätte, versäumt. Besonders ärgerlich finde ich, dass keine klare Linie erkennbar ist. Kaum hat ein Element des Gesetzes irgendeine spürbare Auswirkung, wird von den Verantwortlichen opportunistisch rumgeeiert und zurückgerudert. Ich denke an die Entscheidungen des Bundesausschusses und die Reaktionen der SPD-Politiker zur Chronikerregelung, zur Fahrkostenerstattung und zur Verordnungsfähigkeit rezeptfreier Medikamente. Diese "Positivliste durch die Hintertüre" kann man doch durchaus (wie die Kollegin Becker) begrüßen. Der Rückgang der Verkaufszahlen bei Salben, Vitaminpillen und Phytopharmaka bedeutet doch keinen Schaden für die Volksgesundheit. Aber kaum ist dieser Effekt erkennbar, trommeln die vereinten Lobbyisten, die Therapiefreiheit und -vielfalt sei in Gefahr, dass selbst Frau Schmidt die Tränen kommen wegen des Pharmastandorts Deutschland. Das ist doch so verlogen. Schlimmer geht es nicht mehr.

Um es klar zu stellen: ich habe nichts gegen den Einsatz von Homöopathika oder Phytopharmaka. Ich schreibe selbst inzwischen konsequent auf Privatrezept, was ich für sinnvoll und notwendig halte. Aber das können die Patienten auch selbst bezahlen, wenn sie es wollen und davon überzeugt sind. Auch viele Kollegen, die Komplementärmedizin praktizieren, lassen die Patienten bewusst einen Eigenanteil bezahlen, weil nur das was wert ist, was auch was kostet. Das ist vollkommen korrekt, entspricht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand, dem Sozialrecht (das nämlich nur gesicherte Therapien zur Erstattung zulässt) und hat mit der IGEL-Abzockerei mancher Fachärzte nichts zu tun. Dafür muss die Solidargemeinschaft doch nicht aufkommen. Wenn der Unterschied zwischen der Absicherung vor medizinisch schwerwiegenden Erkrankungen und Leistungen, die in die Verantwortung und ins Belieben des einzelnen gehören, nicht endlich klar wird, können wir das System einer solidarischen Krankenversicherung über kurz oder lang zu den Akten legen.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

20.0.2004: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Re: [ALLGMED-L]
Quecksilber im Sputum bei Amalgamfüllungen

Lieber Herr Brose,

hätten Sie es bei den ersten beiden Absätzen belassen, hätte ich mich nicht provoziert gefühlt. Ihren letzten Absatz möchte ich aber nicht unkommentiert lassen bzw. einfach mit einigen ebenso spitzen Gegenfragen beantworten:

Müssen Sie ein Auto bauen können, um zu wissen, wie man damit fährt?

Können Sie den Erfolg einer medizinischen Maßnahme (etwa einer Op) beurteilen, ohne sie selbst durchzuführen?

Muss man sich erst durch die Berge komplementärmedizinischer Literatur gefressen haben, um eine kritische Frage stellen zu dürfen?

Halten Sie es für unzutreffend, dass die Homöopathie mit ihrem

similia-similibus-Prinzip ein wissenschaftlich überholtes Modell zur Grundlage hat?

Halten sie das Phänomen des metallischen Geschmacks durch Potentialdifferenzen im Mund für eine Krankheitsursache (welcher Krankheit?)?

Erfahrungsheilkunde, die so daherkommt, muss doch für Außenstehende suspekt sein. Der eine hat das entdeckt, der andere damit so seine Erfahrungen. Andere Erfahrungen (wie die des Kollegen Popert, der nach Quecksilber-Entgiftung noch keinen geheilten Patienten gesehen hat) stehen dem entgegen. Vielleicht sollten wir uns erinnern, dass wir während unseres Studiums (leider nur ganz am Rande) etwas über Wissenschaftlichkeit und Methodik gelernt haben. Ich bin manchmal auch erstaunt ...

Dennoch (jetzt ernsthaft) vielen Dank für die Erläuterungen, die uns unwissenden doch etwas weiterhelfen. Ich kenne zwar den genannten Dr. Klinghardt nicht, nehme aber an, dass es sich um eine erfahrungsheilkundliche Autorität handelt. Damit bewegt sich die Empfehlung von Koriander auf einer ähnlichen Ebene wie vieles andere, was wir (auch unter mehr oder weniger wissenschaftlichen Vorzeichen) in der Medizin tagtäglich machen. Ist eigentlich nicht so schlecht ...

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

15.0.004: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Dispensierrecht; ICD 10

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

man kann sicher nicht Verhältnisse in der Dritten Welt oder England mit ganz anderer Arzneimittelversorgung mit unseren Strukturen vergleichen. Natürlich, wo es nichts oder wenig gibt, fällt die Wahl leichter. Davon können sicher auch die Kolleginnen aus den neuen Bundesländern ein Lied singen. Erstrebenswert erscheinen mir solche Verhältnisse nicht, obwohl ich ein eindeutiger Befürworter des Verzichts auf Unsinn und Auswüchse des freien Marktes bin.

Da es die Politik bisher noch nicht einmal geschafft hat, eine Positivliste zustande zu bringen, weiß man, wie es um die Reformmöglichkeiten unseres Systems steht. Ich fürchte, wir müssen auch weiter ganz stark unsere Beratungskompetenz ins Spiel bringen (es gibt sicher zu viele Ärzte, die aus welchen Motiven auch immer vielen Unsinn mit propagieren). Wir sollten uns deshalb u. a. für pharmaunabhängige Fortbildungen einsetzen und für klare Einhaltung der Spielregeln bei der Werbung (sachliche Information statt reißerischer Desinformation). Die Rechtslage für Werbung für Heilbehandlung und Arzneimittel ist eigentlich gar nicht so schlecht in Deutschland. Nur hält sich keiner daran. Wann zeigen wir endlich den Firmen, die uns vorzugsweise mit Desinformation und unsittlichen Angeboten belästigen, die gelbe oder die rote Karte?

Ein Problem beim Dispensierrecht gehört für mich dringend gelöst: das Verbot der Mitgabe einzelner Arzneimitteldosen durch den Arzt. Dies praktizieren Kollegen und ich bei vielen Suchtkranken oder Patienten, die nicht richtig mit den ihnen verordneten Medikamenten umgehen können, beispielsweise Mitgabe einzelner Dosen von Schlafmitteln, Drogensubstituten oder Entzugshilfen. Dies soll illegal sein, habe mir jedenfalls sagen lassen, ist aber eine therapeutisch wichtige Maßnahme für diese Patienten.

Zum Thema ICD-10: leider alles sehr unerfreulich und in meinen Augen ebenso ineffektiv, wie alles, was sich Bürokraten ausdenken.

Nach dem ICD-10 wird die nächste große Hürde für uns kommen, wenn wir ab Juli den EBM neu lernen müssen. Merkwürdig, dass dies hier noch niemanden beschäftigt. Aus meiner Sicht kann einzig eine radikale Vereinfachung der Gebührenordnung (wenige Pauschalen für alles) diesen Unsinn beenden. Da ist es aber wohl wie mit der Steuer: alle fordern Vereinfachung, keiner bringt es fertig. Dennoch würde mich interessieren, wie die Kolleginnen und Kollegen darüber denken.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

21.01.2004: [ALLGMED-L] Rezeptfreie Arzneimittel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Regelung, dass nicht rezeptpflichtige Arzneimittel nicht mehr verordnet werden dürfen, wohl aber verschreibungspflichtige, treibt ja ganz seltsame Blüten, so bei den extrem unterschiedlichen Kosten für ACC (einmal auf Rezept, einmal rezeptfrei). Die Industrie versucht uns, zu unsinnigen Umstellungen zu überreden: rezeptpflichtige, teure Antiallergika an Stelle des bewährten Loratadin, Tetra-Gelomyrtol (in meinen Augen, trotz Nachzulassung, eine "Altlast"), Voltaren-Emulgel anstatt des billigeren Diclac-Gel (warum dies?) etc. Ich habe mich an der harten Formulierung des Gesetzes orientiert, das Ausnahmen nur bei schweren Erkrankungen vorsieht, um endlich einmal die Altlasten loszuwerden wie Ginko, Johanniskraut, Venensalben, Magnesium, bei denen es sich meist um nachträglich legitimierte Selbstmedikation (oder Kollegenempfehlungen) handelt (alles Dinge, die wir in den letzten Jahren ohnehin gewaltig reduziert haben). Echte Probleme gab es etwa bei Kalium und Lactulose (häufig in Altenheimen und nicht ganz billig: rezeptfrei und nach Meinung des AOK-Sprechers hier von Ärzten in der Vergangenheit viel zu häufig verordnet). Wie sollen wir uns da angesichts drohender Regresse (derzeit hier laufend für 2002 mit bis zu mehreren Hunderttausend Euro) und der Erfahrungen mit der Argumentation der Kassenvertreter in solchen Verfahren patientenfreundlich verhalten?

Nun kommt Frau Schmidt in der Talkshow und erzählt, die Ärzte dürften bis April, bis die endgültige Liste mit den Ausnahmeindikationen erstellt ist, weiterverordnen wie bisher (der Zusatz "bei ernsten Erkrankungen" ist unsinnig, denn natürlich ist jede Erkrankung, die den Patienten zu Arzt führt, eine ernste, zumindest aus Sicht des Patienten). Ich bin ja weit entfernt, immer nur Politikerschelte zu betreiben. Aber da ging mir nun wirklich der Hut hoch. So populistische und verlogene Argumentationen wie derzeit von den SPD-Politikern (Schmidt, Schaich-Walch und Kirschner) geäußert zu den finanziellen Folgen der Reform habe ich selten gehört. Sollen die Patienten nun ihren Solidarbeitrag zur Finanzierung der maroden KK-Kassen leisten oder sollen sie geschont werden? Sollen nur die Ärzte mit unsinnigem Mehraufwand und einer nicht zu rechtfertigenden Bürokratisierung gegängelt werden? Sollen die Ärzte nun sparen oder weiter das Geld, das nicht da ist, mit vollen Händen ausgeben?

Es tut mir leid, liebe Politiker, ich weiß wirklich nicht weiter! Wie machen die Kollegen denn das in der Praxis?

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

03.01.2004: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Re: [ALLGMED-L] Re: [ALLGMED-L]
Info GMG 04 für Patienten

Lieber Herr Egidi, lieber Herr Vetter,

nachdem die ersten Erfahrungen mit den wenig erfreulichen Auswirkungen des GRG hier schon berichtet wurden, möchte ich neben einigen konkreten Erfahrungen auch etwas zur politischen Einschätzung beisteuern.

1) Wie lief es in der Praxis: Patienten waren meist informiert; einige wenige hatten kein Geld, wurden dennoch nicht weggeschickt (trotz aller guten Vorsätze, hier Konsequenz zu zeigen; wie üblich, muss sich noch einspielen). Schwierig erscheint es mir, bei telefonischer Beratung (relativ neue Patientin erfragte telefonisch ihre Laborwerte) auch die Gebühr einzufordern. Ich entschied mich, erst einmal abzuwarten, ob die Patientin nochmals persönlich in der Praxis erscheinen wird. Die Presse (Ärztezeitung) war in meiner Praxis, um Patienten zu befragen. Bin gespannt, was von Frau Lisson am Montag zu lesen sein wird.

2) Die Zuzahlungen werden das eigentliche Problem für die Patienten sein (zumal anscheinend die 1%-Grenze von den Kassen doch strenger gezogen werden soll, als ich dachte: als chronisch krank soll nur gelten, wer auch in stationärer Behandlung war!). Die Überlegungen zum Erreichen der Überforderungsgrenze beflügelte einige Phantasien, es sich dann erst recht zurück zu holen. Dies bestätigte meine Einschätzung, dass Selbstbeteiligungen (insbesondere in dieser Form, aber vermutlich auch in jeder anderen) kein geeignetes Steuerungsinstrument sein können.

3) Einseitige Schuldzuweisungen sind meist falsch. Weder sind hier die Kassen die Schurken, noch die Politiker. Natürlich kann man immer sagen "das ist handwerklich einfach schlecht gemacht". Ich möchte aber daran erinnern, dass innerhalb der Ärzteschaft ein ganz großer Teil (vereinfacht: die FPD-Klientel) auf mehr Selbstbeteiligung setzt und IGELt, was das Zeug hält. Jetzt hat Herr Stahl sogar bekundet, dass die Beratung über nicht verordnungsfähige Medikamente (alle nicht rezeptpflichtigen Medikamente laut GRG) eigentlich keine Kassenleistung wäre und damit den Patienten als IGEL-Leistung privat in Rechnung gestellt werden könne. Wie einst die im-Spritzen der Orthopäden, die ja nach Wegfall der entsprechenden EBM-Ziffer plötzlich nur noch privat gehen sollten. Diese Entwicklung, konsequent zu Ende geführt, wäre wirklich der Ausverkauf einer solidarischen und sozialen Krankenversicherung. Dass Rot-Grün dem nicht energisch genug entgegen tritt, bedaure ich sehr. Eine überzeugende Alternative sehe ich allerdings in der politischen Landschaft nicht.

4) Was wollen die Kassen? In der Diskussion mit Kassenvertretern hatte ich meist den Eindruck, dass diese viel strategischer denken und mehr vom Gesundheitssystem verstehen als die meisten Ärzte. Wenn Herr Krüger von der hiesigen AOK sagt, dass die übergroße Zahl der Ärzte zu erhöhten Ausgaben führt, so ist dies zwar vereinfacht, vielleicht auch ärgerlich, aber nicht ganz falsch. Die Kassen würden das Leistungsgeschehen natürlich gerne stärker steuern, können es aber nicht. Da ist der freie Wettbewerb davor, die KV und - viel bedeutsamer noch, da es um größere Beträge geht - die kommunalen Politiker, die ihre regionalen Krankenhäuser fördern und hüten wie ihren Augapfel. Deshalb ist doch ambulant vor stationär bisher nur ein frommer Wunsch gewesen.

5) Ein Pflänzchen Hoffnung des GRG sehe ich in der integrierten Versorgung: ein Prozent vom Gesamthonorar sind nicht wenig Geld für den Anfang. Aufgrund ihrer strategischen Ausrichtung werden hier die Krankenhäuser die

Nase vorne haben. Ich empfehle allen Kollegen, die sich hierzu in der Lage sehen, da rechtzeitig die Fühler auszustrecken.

6) Die KV als Gleichmacherorganisation ist für mich immer weniger in der Lage, Qualität und Wettbewerb, den ich für notwendig halte, in ein vernünftiges Gleichgewicht zu bringen. Vor allem scheinen in der KV-Politik die Pfründensicherung und das Prinzip fauler Kompromisse die wichtigste Rolle zu spielen. Trotz aller Angst vor erpresserischen Einzelverträgen und der Skepsis gegenüber solchen diktatorischen Alternativen wie MEDI sehe ich die KVen als eines der größten Reformhindernisse an.

Da bleibt die Frage: an wen sollen die Politiker sich denn halten? Ich würde, wie schon Ellis Huber vor Jahren*), sagen: an den fortschrittlichen, verantwortungsbewussten, patientenfreundlichen Teil der Ärzteschaft - und dies sind ein großer Teil der Hausärzte und ein kleinerer Teil der Spezialisten, vielleicht noch ein paar kirchliche Träger von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, die so etwas wie ein soziales Gewissen haben, und einige private Träger, die ein Bewusstsein von Wettbewerb und Qualität haben. Langfristig erfolgreich können nur Leistungsanbieter sein, die auch ihre Patienten ordentlich und fair behandeln. Vielleicht kann es unter solchen Vorzeichen mal ein neues "Bündnis für Gesundheit" geben, wenn die Not nur groß genug ist. Dies mag derzeit utopisch erscheinen. Aber einiges an Hoffnung darf man ja zum Jahreswechsel haben.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

*) Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: ich meine nicht den heutigen Ellis Huber, der für Alternativmedizin trommelt, um für seine Kasse Reklame zu machen, sondern den damaligen Präsidenten der Berliner Ärztekammer. Auch hier gilt: Wes Brot ich ess...

18.12.2003: AW: [ALLGMED-L] Praxisgebühr

Lieber Herr Egidi,

Ihr politisches Anliegen in Ehren (auch ich halte die Praxisgebühr in dieser Form für eine Zumutung und den Aufwand für unangemessen). Am skandalösesten finde ich jedoch nicht, dass damit ein unsäglicher Verwaltungsaufwand auf uns zu kommt (das ärgert die Kolleginnen und Kollegen verständlicherweise), sondern die soziale Schieflage dieser Beitragserhöhung, die vor allem die Armen trifft: der Kollege Ippen hat für die Hamburger Hausärzte hier bereits eine Stellungnahme veröffentlicht, die diesen Punkt hervorhebt.

Es handelt sich um einen weiteren Schritt des Ausstiegs aus der Solidargemeinschaft und soll natürlich den Weg für die nächsten Schritte in Richtung Kostenerstattung bereiten. (Die ersten, noch etwas zaghaften Versuche waren die Rezeptgebühr und die Zuzahlungen.) Alle diese Maßnahmen werden keine sinnvolle Steuerungsfunktion haben (was von den Befürwortern immer auch als Argument angeführt wird). Unter dem Strich bleiben gleiche oder zusätzliche Kosten für Versicherte und Beitragszahler und mehr Verwaltungsaufwand für Ärzte. (Die gleiche Bilanz würde übrigens auch eine Steuerfinanzierung der Kosten - ganz oder teilweise - ergeben.) Wenn man die Probleme von der Zielsetzung her angehen würde, müsste man eine radikale Vereinfachung des Abrechnungssystem (Kopfpauschalen) und eine ebenfalls radikale Ausgrenzung medizinisch unsinniger oder nicht notwendiger Leistungen als Reformziele fordern. Beides ist aus bekannten

Gründen politisch nicht machbar und innerhalb der Ärzteschaft nicht mehrheitsfähig.

Ihr Aufruf zu zivilem Ungehorsam wird ins Leere laufen. Proteste sind aus meiner Sicht dann sinnvoll, wenn die Missstände groß sind und eine alternative Zielsetzung oder Vision erkennbar ist. Welche Zielsetzung verfolgen Sie? Welche Vision halten Sie für so attraktiv, dass sie eine größeren Zahl von Kolleginnen und Kollegen begeistern könnte? Ich denke, dass wir in dieser Diskussion, welche Alternativen es für unser Gesundheitssystem gibt, erst am Anfang stehen. Jahrzehntlang haben die Ärzteschaft und insbesondere die Hausärzte ganz und gar unpolitisch agiert. Fangen wir ruhig an, dies zu ändern!

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

04.12.2003: AW: [ALLGMED-L] QM in der Hausarztpraxis

Lieber Her Cuhls-Ackenhausen,

Ihre Fragen treffen einige zentrale Punkte, aber auch Missverständnisse zum ÄRZTLICHEN Qualitätsmanagement.

Sie zweifeln zu Recht die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit solcher Verfahren an, die lediglich eine formale Überprüfung verlangen (für die Produktion des Rettungsrings aus Beton), und betonen die Wichtigkeit der Frage, wie sich denn Qualität unserer Arbeit messen lasse. Damit haben Sie eigentlich schon alle wesentlichen Voraussetzungen dafür genannt, warum es Unsinn ist, ein fertiges QM-System, heiße es nun DIN EN ISO oder anders, über unsere Praxis zu stülpen.

Die Entwicklung von Modellen, die uns tatsächlich sagen könne, wo wir stehen, die also auch ein Verbesserungspotential aufzeigen, braucht viel Zeit und Erfahrung. Diese steckt in dem hier bereits öfter genannten EPA (Europäisches Praxisassessment), das von AQUA und der Bertelsmann-Stiftung auf Grundlage des holländischen "visitaje" entwickelt wird. Eine entscheidende Abstraktion ist dabei für das Verständnis von Bedeutung. Die von Ihnen zutreffend beschriebene Komplexität unserer Arbeit muss auf wenige, zentrale Kernprozesse reduziert werden. Diese sollen nicht nur als "Indikatoren" zeigen, wie gut oder schlecht in einer Praxis gearbeitet wird, sondern müssen auch typisch sein für das hausärztliche Arbeiten und genügend zwischen den verschiedenen Praxen unterscheiden. Die Entwicklung eines solchen Indikatoren-Sets ist die eigentliche Arbeit, die das Projekt bisher geleistet hat. Derzeit wird die Praxistauglichkeit getestet, auch hinsichtlich der Frage, in welcher Relation zeitlicher und finanzieller Aufwand zu Nutzen und Ergebnissen stehen. Denn die Frage, wie wir unsere höchstes Gut Zeit am besten einsetzen, ist ganz zentral für das QM. Nur wenn in der praktischen Anwendung auch ein Nutzen für die Beteiligten entsteht, werden sie auch bereit sein, mit eigener Motivation mitzuarbeiten.

Untersucht werden Organisationseinheiten (Praxen), nicht das Handeln des einzelnen Arztes, weil diese für die Qualität, die am Schluss rauskommt, entscheidend sind. Eine implizite Annahme ist dabei, dass diejenigen Praxen, die einige zentrale Abläufe gut organisiert haben, auch insgesamt eine gute Arbeit machen. Das kann man zwar anzweifeln (ein schlecht ausgebildeter oder menschlich unfähiger Arzt wird auch durch Qualitätsmanagement nicht besser). Die Erfahrung zeigt aber, dass ein ganz wesentlicher Teil von Fehlern, die im Praxisalltag passieren, auf

Organisationsfehlern beruhen (auch Kommunikationsfehler gehören dazu!) und das hier ein wesentliches Verbesserungspotential liegt. Denn schließlich haben alle Bemühungen des Qualitätsmanagements nur ein Ziel: Fehler möglichst (vorausschauend) zu vermeiden und Verbesserungen herbeizuführen. Das heißt umgekehrt auch: wo es gut läuft, wo es keine Probleme gibt, sollten Sie tunlichst alles so lassen, wie es ist, und keine Anstrengungen in irgendwelche sinnlosen Maßnahmen wie zusätzliche Dokumentation, Ablaufbeschreibungen etc. stecken. Nur muss natürlich gesichert sein, dass es tatsächlich gut läuft und das nicht einfach nur behauptet wird (ein bestimmtes Maß an Dokumentation ist also unvermeidlich).

Ärztlicher Sachverstand ist daher unverzichtbar bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements. Wir müssen das zu unserer Sache machen und es nicht irgendwelchen Ökonomen oder Beratern überlassen.

Ich habe gerade einen zweiten Workshop mit den Ärztinnen/Ärzten und Mitarbeiterinnen von drei hausärztlichen Praxen hinter mir, mit einem Zeitaufwand von jeweils 3 bis 4 (Über-)Stunden für alle Beteiligten. Das Schwierigste war, einen gemeinsamen Termin zu finden. Der Workshop wurde von mir und einer Moderatorin (Allgemeinärztin, Qualitätsmanagerin) konzipiert und von dieser Kollegin sehr strukturiert organisiert. Wenn diese knappe Zeit möglichst effektiv genutzt werden soll, braucht es unbedingt einen Moderator mit entsprechender Erfahrung und klare Strukturierung. Dann sind aber die Beteiligten von dem Ergebnis überzeugt und setzen es im Praxisalltag um. Einige Bilder, die vielleicht mehr als Worte sagen, finden Sie unter <http://www.qmg.de/qmg/mall02.htm>. Wenn es nicht positiv verlaufen wäre, hätten sich die Praxen nicht zum zweiten Termin bereit gefunden.

Diese Konsequenzen, die wiederholte Überprüfung dessen, ob das, was man sich vorgenommen hat, auch tatsächlich zum erwünschten Ergebnis geführt hat, sind wesentlich für das Vorgehen des QM. Nur wo möglichst konkret festgelegt wird, wer was bis wann zu erledigen hat, gibt es auch überprüfbare Ergebnisse. Solche Schritte zu entwickeln, ist die Hauptarbeit, sie erspart einem aber in der Praxis viele unnütze Tätigkeiten und führt letztlich zu einer besseren Motivation und größeren Zufriedenheit im Team.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

02.12.2003: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Impfung - qualifizierte Hausärzte - Generalstreik

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das sind ja gewichtige Brocken, die Sie hier anpacken.

zum "Generalstreik": solche martialischen Forderungen tauchen ja immer wieder auf, wenn es ein aktuelles Problem gibt und die Unzufriedenheit mit dem System hochkocht. Es hört sich ja vielleicht gut an. Aber ein echter Streik braucht etwas wie eine Urabstimmung und eine Organisation, die den Streik auch durchführen kann. Vor allem aber braucht es einen Konsens über klare Ziele und den breiten Willen, diese auch durchzusetzen. Auch die Gewerkschaften sind nicht mehr so erfolgreich im Streiken, weil unklar ist, was eigentlich ihre Ziele sind. Aus diesen Erfahrungen sollten wir Ärzte eigentlich lernen. Da ich es für ausgesprochen unrealistisch halte, dass innerhalb einer heillos uneinigen und von sehr unterschiedlichen Partikularinteressen bestimmten Ärzteschaft ein Konsens hinsichtlich

Reformen des Systems zustande kommt, halte ich das Gerede vom "Streik" für ausgesprochen unpolitisch und bloße Kraftmeierei. Außerdem gefährlich, da ich nicht weiß, vor welchen Karren ich gespannt werden soll (Fachärztelobby, KBV etc.).

Dass der Hausärzteverband politisch das Auseinanderdividieren in gute und schlechte Hausärzte verhindern und zusätzliche Qualifikationsanforderungen vermeiden will, halte ich zwar für verständlich, aber auch für kurzsichtig. Nur eine klare Orientierung an der Identität unseres Faches, die auch bestehende Mängel benennt, wird uns in Zukunft weiterhelfen. Da sollten wir mir gutem Beispiel voran gehen. Es kann nicht sein, dass nur Stern-TV oder die Zeit die massiven Probleme der Patientenversorgung anpacken, die Ärzteschaft aber aus falsch verstandener Solidarität die Augen verschließt. Insofern plädiere ich vor allem für eine Fortsetzung der Debatte darüber, was hausärztliche Qualität denn auszeichnet. Hier sind noch einige Klarstellungen erforderlich, wobei wir vor falschen Autoritäten, die selbst keine Ahnung von unserer Arbeit haben, keine Angst haben brauchen. Die Öffentlichkeit, die Journalisten, unsere Patienten verstehen manches sehr viel besser als wir mit unserer professionellen Betriebsblindheit.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

30.11.2003: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Impfen

Lieber Herr Herms,

Ihre Erläuterungen machen einiges klarer. Sie fordern, sich bei der Impfberatung ausschließlich am individuellen Risiko des Patienten zu orientieren. Selbst unter dieser Prämisse kann ich Ihren Ausführungen nicht zustimmen (Beispiel HiB). Einige Ihrer Aussagen bleiben schlichtweg falsch.

Die Empfehlungen der STIKO haben aber noch eine andere Intention, nämlich die bevölkerungsbezogene Reduktion von Erkrankungsrisiken, die Sie ja erklärtermaßen ablehnen. Da dieses Ziel bereits bei Durchimpfungsraten von 30 - 40 % erreicht werden kann, könnten wir eigentlich mit einer impfkritischen Minderheit gut leben und mit Ihnen eine friedliche Koexistenz eingehen. Denn wenn eine Mehrheit unserer Patienten unseren Empfehlungen folgt, und bei einer Mehrheit an Impfbefürwortern innerhalb der Ärzteschaft, würden letztlich sogar die erklärten Impfgegner von den Anstrengungen der übrigen profitieren, ohne selbst einem Risiko ausgesetzt zu sein.

Nun kann man durchaus darüber streiten, inwieweit wir als Ärzte nur dem einzelnen Patienten verpflichtet sind oder auch der Gesellschaft (etwa durch angemessenen Umgang mit den Ressourcen). Ich erinnere mich, dass auf dem DEGAM-Kongress 2002 bei der Verabschiedung der Fachdefinition "Allgemeinmedizin" darüber diskutiert wurde. Letztlich wird man immer einmal mehr zur einen, einmal mehr zur anderen Seite hin Partei ergreifen. Dies ist jedoch hier nicht der entscheidende Punkt.

Für mich geht es vor allem darum, wo die Grenzen der persönlichen Überzeugung liegen, die noch mit einem Grundkonsens von Allgemeinmedizin vereinbar ist. Sehen wir uns als Allgemeinmediziner auf einer gesicherten wissenschaftlichen Grundlage, oder als Individualisten, von denen jeder seine persönliche Heilslehre zum Maßstab aller Dinge erheben kann, nach dem Motto "Wer heilt, hat Recht"?

Die große Schwierigkeit besteht sicher darin, diese Grenze zu ziehen, unerträgliche Auswirkungen einer blinden Technokratie oder einfach schlechte Medizin zu kritisieren, ohne den Anspruch auf Rationalität und

Wissenschaftlichkeit ganz aufzugeben und in Beliebigkeit zu verfallen. Die Frage nach den "randomisierten, kontrollierten Studien" hat da sicher ihren Platz, führt aber nicht zum allein richtigen Weg. Es gibt medizinische Wahrheiten, die lediglich auf einer Einzelfallbeobachtung beruhen und nicht schlecht sind. Die Behandlungserfolge der Chirurgie sind hierfür ein typisches Beispiel. Wo eine Maßnahme wie die Appendektomie zum gewünschten Erfolg führt, braucht es über deren Wirksamkeit keine Studien. Wohl aber braucht es in diesem Fall Untersuchungen über die Indikationsstellung (aber auch das ist nicht kontrolliert und doppelblind möglich). Es gibt aber genügend medizinische Entscheidungen, wo eine am Individuum und am individuellen Krankheitsverlauf gewonnene Erfahrung als alleinige Entscheidungsgrundlage nicht ausreicht. Hier braucht es EMB. Richtig angewendet, ist ja evidence based medicine nichts anderes, als die Umsetzung allgemeiner Erkenntnisse auf das individuelle Problem und den individuellen Patienten. Klar, dass es hier Vermittlungsschritte geben muss. Für viele Fragen aus der allgemeinmedizinischen Praxis gibt es keine Rationalität im Sinne einer Evidenz vom Grad I - III. Hier kann nur Expertenkonsens die Entscheidungsgrundlage sein. Die Empfehlung für Impfungen kommen nun mal von der STIKO (wir können nicht im Praxisalltag jede Frage in allen Details recherchieren). Ähnliche Empfehlungen würde ich mir für andere Themenbereiche wünschen (die Beispiele Hochdruck- oder Atemwegsliga mögen verdeutlichen, was Industrie-Abhängigkeit tatsächlich ist).

Daher meine Forderung: Verwechseln wir nicht Therapiefreiheit mit Beliebigkeit! Deutliche Differenzierung, was einfach schlechte Medizin ist, und wo vor einem individuellen Hintergrund von allgemein anerkannten Prinzipien abgewichen werden muss, ebenso wie die Differenzierung in Fragen, die sehr unterschiedlich gelöst werden können ("welches Placebo ist das beste?") und andere, in denen ein Konsens auf Basis der wissenschaftlichen Belegbarkeit gesucht werden muss (Beispiel: Empfehlung zur Hormonersatztherapie). Die Frage "Impfen - Ja oder Nein?" würde ich unter letztes subsumieren.

Das läuft darauf hinaus: wer die Bemühungen um einen wissenschaftlich gesicherten Konsens zu Fragen der Vorsorgen, der Impfungen etc. aufgibt und Ressentiments und Halbwahrheiten zur Grundlage seiner Argumentation macht, die letztlich auf eine Ablehnung anerkannter Vorgehensweisen hinausläuft (das hat entspricht der "Methode Hohmann" in der Politik), der betreibt keine Allgemeinmedizin, sondern "Alternativmedizin", die den individuellen Patienten durch Inkaufnahme von Risiken und erfundene Krankheiten (unspezifische Allgemeinbeschwerden als "Impffolgen") und der Gesellschaft durch unnötige Kosten und Fehlsteuerungen schadet. Dagegen müssen wir uns abgrenzen, wenn wir das Fach Allgemeinmedizin ernsthaft vertreten wollen. Meinetwegen kann jeder seine persönliche "Medizin" vertreten, können die Gynäkologen Knochendichte messen, die Orthopäden Magnetfelder einsetzen, die HNO-Ärzte Darmsanierung machen. Das finde ich zwar verwerflich, aber berührt mich nicht persönlich. Wenn aber solcher falscher Zauber immer wieder als Besonderheit der Allgemeinmedizin angeführt wird, hört einfach die Gemütlichkeit auf. Ich höre schon die entsetzten Aufschreie der Kolleginnen und Kollegen wegen dieses Rundumschlags. Möchte aber dazu auffordern, deutlich zu machen, wie sie sich von Voodoo und Betrug, von Halsabschneidern, Wunderheilern und Heilpraktikern abgrenzen wollen.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

30.11.2003: AW: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Impfen

Liebe Frau Maier,

ich hatte einige konkrete Sätze von Herrn Herms zitiert, die belegen, dass es hier um generelle Impfgegnerschaft, nicht um einen kritischen Umgang mit den Empfehlungen der STIKO geht (Bsp. Impfungen erst nach dem 3. Lj.; harmlose Impfreaktionen als gefährliche Nebenwirkungen). Ich versuche gerade, eine etwas ausführlichere Antwort zu formulieren (die ganz im Gegensatz zu meinen sonstigen Gewohnheiten kein "Schnellschuss" sein kann), denn ich sehe, hier haben wir es mit einem grundsätzlichen Problem zu tun; das benötigt etwas Zeit.

Zu Ihren konkreten Anfragen: auch ich weiche von den Empfehlungen der STIKO ab, stelle diese aber nicht grundsätzlich in Frage und mache aber kein Prinzip daraus. Ich kann mich nicht in allen Detailfragen kundig machen, bin also letztlich auf die Empfehlungen seriöser (!) Experten angewiesen. Wenn Patienten nicht geimpft werden wollen, bemühe ich mich nicht, Sie zu überzeugen. Die übrigen berate ich mit Hinweis auf die Empfehlungen der STIKO (es ist schwierig genug, wirklich alle empfohlenen Impfungen auch anzubieten). Die STIKO hat erklärtermaßen nicht nur den individuellen Schutz, sondern auch die bevölkerungsbezogenen, präventiven Ziele (Reduzierung von Infektrisiken bis zur Elimination von Krankheitserregern) im Auge. Herr Herms lehnt das ab. Sie auch? Diese unterschiedlichen Ziele könnten vielleicht die unbefriedigende Antwort auf Ihre Anfrage erklären.

Wenn im Einzelfall von diesen Empfehlungen abgewichen wird, halte ich das nicht für schlimm. Aber bedenken sollen man die Außenwirkung. Die Bevölkerung (unsere Patienten) wollen wissen: Impfen - Ja oder Nein? Die Stimmen, die auf diese Frage in erster Linie mit Hinweis auf die Risiken und Gefahren antworten, gefährden unsere Präventionsziele und sind für mich - ohne Entschuldigung für diese Härte - unverantwortliche Panikmache.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

27.11.2003: [ALLGMED-L] AW: [ALLGMED-L] Impfen

Sehr geehrter Herr Kollege Herms,

sehr begrüßenswert finde ich es, dass Sie sich auch als impfkritischer Kollege an der Debatte im Listserver beteiligen. Das Verständnis von Allgemeinmedizin, das dahinter steckt, ist mir nicht ganz klar. Nach Besuch Ihrer Praxis-Homepage und Kenntnis des Therapiespektrums, das Sie vertreten, würde ich Sie - bitte nehmen Sie das als ernsthaftes Kompliment - als "Überzeugungstäter" einschätzen.

Gerade deshalb eine kritische Bemerkung: einige Ihrer Formulierungen halte ich für gefährlich und kontraproduktiv, etwa die folgenden:

"nicht impfen lassen, solange das Kind gestillt wird, die Muttermilch schützt nachweislich vor Kinderkrankheiten (außer Keuchhusten und Windpocken)" - meines Wissens nachweislich falsch und widerspricht den Empfehlungen der STIKO.

"nicht unter 1 Jahr, besser nicht unter 3 Jahren impfen lassen, je kleiner das Kind, umso unreifer das Gehirn und ungeschützter die Nerven, umso größer die Gefahr möglicher Gehirnschäden" - ebenfalls falsch und gefährlich, da Kinder unter 1 Jahr z. B. durch HIB besonders gefährdet sind.

"wenn nach vorausgegangener Impfung irgendetwelche Reaktionen aufgetreten sind, sollte auf keinen Fall weiter geimpft werden" - "irgendwelche Reaktionen" ist undifferenziert, schürt unangebrachte Panik, lokale Impfreaktionen sind normal und meist Ausdruck der Immunogenität des Impfstoffes

Vermutlich würde es den Rahmen hier sprengen, über Impfungen grundsätzlich zu diskutieren. In der ursprünglichen Anfrage des Kollegen Frank ging es ja um die praktische Durchführung und die Delegation an die Helferinnen. Ich will aber auffordern, darüber nachzudenken, welche Wirkung wir mit unseren Äußerungen bei Patienten bzw. nicht Medizin-Kundigen bewirken. Wer kritische Äußerungen, die im Kollegenkreis durchaus diskutabel sind, in einer bestimmten Form in die Öffentlichkeit bringt, sollte sich im Klaren sein, dass er etwas bewirkt (meist auch bewirken will). Ich glaube nicht, dass wir alle das gleiche Verständnis von den Aufgaben eines Allgemeinmediziners haben. Neben dem zentralen Versorgungsauftrag als erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen und der langfristigen Betreuung sollte es durchaus auch individuelle Schwerpunkte und Ausgestaltungen geben (die machen ja auch den Charme unseres Faches aus). Impfungen gehören für mich aber zum unverzichtbaren Konsens. Wer dagegen agiert, gefährdet unsere Bemühungen um eine sinnvolle Prävention (unabhängig von der Frage, ob etwa die STIKO industriefreundlich ist oder nicht).

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

05.11.2003: Diabetes-DMP

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

da wir alle vermutlich mit den DMPs konfrontiert sind und es nicht nur um viel Geld geht (bei uns zumindest nicht in erster Linie, bei den Vergütungen, die es für die Arbeit gibt), sondern auch - und für mich vordringlich - um die Frage der besten Betreuung für chronisch Kranke, hier ein paar erste Erfahrungen:

Ich wollte die ersten Testpatienten aufnehmen und musste erst mal feststellen, dass es viel Arbeit macht, diesen Fragebogen auszufüllen (nach Erfahrungen von Kollegen machte ich dies zu einem Termin, wo der Patient anwesend war und extra einbestellt): Jahr der Diabetes-Diagnose? Fragen, Ratlosigkeit, Suchen, man einigt sich auf eine Zahl; BZ-Wert wie gemessen? zweimal gemessen? Wegen dieser Felder habe ich oft zwei Dokumentationsbögen gebraucht (immer wieder falsch gemacht) und weiß eigentlich immer noch nicht, ob ich einen oder zwei Werte eintragen muß; Medikamente? immer wieder falsche Kreuzchen etc. etc.

Fazit: die Dokumentation ist Mist, praxisuntauglich, muss dringend vereinfacht werden. Das Verfahren mit den zig Unterschriften sowieso. Auch wenn es wegen des Datenschutzes sein muss: die Patienten verstehen es nicht, unterschreiben alles ungelesen, nehmen einfach die Durchschriften mit (lesen sie vermutlich auch zu Hause nicht?). Wer sich dieses Verfahren ausgedacht hat, war nie in einer Hausarztpraxis.

Ich finde den Ansatz, durch eine strukturierte Behandlung die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, unterstützenswert, die Umsetzung misslungen. Das Verfahren muss so einfach werden (und didaktisch aufbereitet!!), dass es eine Verbesserung für Arzt und Patient bietet: Klarheit über eher wenige, aber unverzichtbare Kontrollen (nicht so einen unübersichtlichen Wust), sinnvolle Terminabstände (z. B. BZ am besten dreimal täglich, wie es manche Kliniker unseren 80-jährigen empfehlen oder doch eher wöchentlich?), einige wenige standardisierte Beratungselemente, die auch tatsächlich vor Ort angeboten werden (Ernährungsberatung, Hypertonie-Schulung, Raucherentwöhnung - wo soll der Patient diese denn

bekommen?). Erst wenn es gelingt, 70 oder 80 Prozent der Diabetiker und einen ebenso großen Anteil der Ärzte zum Mitmachen zu gewinnen, macht das ganze Sinn. Derzeit ist das Diabetes-DMP eine Spielwiese für diejenigen, die schon immer gerne etwas neues ausprobieren wollten, und ein Kostengrab für Versichertengelder.

Also: Mitmachen - Erfahrungen sammeln - laut kritisieren und Verbesserungen einfordern!

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Bilger

17.10.2003: Antwort Rüter DMP

Lieber Herr Egidi,

bitte unbedingt weiter solche Beiträge! Wo sollen wir denn diese Diskussionen führen, wenn nicht auch in einem solchen Forum.

Ihre Argumentation hinsichtlich Chancen (und möglichem Scheitern) der DMPs unterstütze ich voll. Wir Deutschen neigen ja zu einer gefährlichen Gründlichkeit und Tiefsinn. Daher finde ich es richtig, wenn Sie fordern, unsere Tätigkeit nicht mit einem überhöhten moralischen Anspruch zu befrachten.

Allerdings bleibt der Konflikt zwischen der Zuwendung zum einzelnen Patienten und dessen Wunsch nach unserer ungeteilten Fürsorge und den kollektiven Erwartungen, den auf bloßer Statistik beruhenden Aussagen und den begrenzten finanziellen Ressourcen. Wenn ich frage, wofür setze ich meine Mittel (Zeit, Technik, Medikamente etc.) am effektivsten ein, bin ich ja schon ein Stück weit weg vom individuellen Patienten und wäge ab, vergleiche. Ich habe das Anliegen von Herrn Rüter so verstanden, dass er besonders dies kritisiert, denn gerade die Schwerstkranken hätten einen Anspruch auf unsere besondere Zuwendung. Wenn ich nun sage: "das lohnt sich doch nicht; besser 8 oder 10 kooperationswillige und einsichtige Diabetiker geschult als in der gleichen Zeit einen schwierigen mit vielfachen Komplikationen, der vielleicht kurz vor der Erblindung steht.", dann rationiere ich schon. Ist dies gerechtfertigt? Ist dies der Sinn der DMPs? Zu ersterem meine ich ja. Auf die zweite Frage würde ich mit einem klaren Nein antworten.

Es muss uns klar sein, dass wir durch solche Programme nur etwas erreichen können, wenn ein großer Teil, und gerade die engagierten Kolleginnen und Kollegen, auch mitmachen, wenn es eine Bewegung in der Breite gibt. Obwohl ich in den DMPs theoretisch eine Chance sehe und sie wohlwollend umsetzen will, sehe ich selbst bei meiner Arbeit vor allem die Schwierigkeiten. Die Einarbeitung, all die Formulare zu verstehen, die Mehrarbeit für den bürokratischen Aufwand kosten mich Zeit, die mir zunächst für die Patienten fehlt. Daher teile ich durchaus die Kritik all der Kollegen, die mit Skepsis und Zurückhaltung reagieren.

Die Entscheidung dagegen, wie wir mit dem individuellen Patienten umgehen, ob wir unserem Anspruch, "ein guter Arzt" zu sein, gerecht werden oder ihn verfehlen, kann ein DMP oder ein anderes Programm nur begrenzt beurteilen. Natürlich haben Sie Recht, dass es eine Evaluation geben wird. Gerade weil wir aber den Patienten näher sind als die Kliniker und Technokraten, weil wir wissen, was Lebensqualität bedeutet und wie wichtig persönliche Zuwendung sein kann, sollten wir uns nicht ausschließlich auf die harten medizinischen Endpunkt verlassen, so wichtig diese auch für eine rationale

Entscheidungsfindung in der Medizin sein mögen. Hier muss, glaube ich, noch einige Verständigungsarbeit zwischen den Lagern geleistet werden.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

20.9.2003: Re: [ALLGMED-L] 10 Euro Praxis-Eintritts-Gebühr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einen Aufruf zum Aufstand halte ich für ziemlich unangemessen. Es gäbe genügen Anlässe für Erregung, wo wir vieles ohne Protest hinnehmen (müssen?), auch in unserem Bereich; ich denke dabei an echte Versorgungsmängel oder Abzocke von Patienten (wurde hier schon diskutiert). Wo fleißig in den Praxen für Igel-Leistungen kassiert wird, ist das Argument, man könne nicht mit Bargeld umgehen, unglaublich. Das bedeutet nicht, dass ich den Verwaltungsaufwand kleinreden will oder die Schwierigkeiten ignoriere, die etwa bei Notfällen oder Hausbesuchen auftreten. Die Problematik wird im aktuellen Ärzteblatt recht gut dargestellt: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=38492>

Meines Erachtens sollten wir diskutieren, ob zusätzlich eine Verwaltungsgebühr zu fordern ist (angeblich laut Gesetz unzulässig; die KV will aber die 10 Euro auch für die Berechnung ihrer Verwaltungskosten mit einbeziehen) und wie wir die Maßnahme am besten umsetzen. Ich erwarte auch Hilfestellung von der Praxis-EDV (wie derzeit bei Verwaltung der Chipkarten und der Befreiung von der Rezeptgebühr - also ein Markierungsfeld für das aktuelle Quartal, eine Liste mit fehlenden Zahlungen etc.). Für die einfachste Abwicklung ohne umständliches Führen eines Kassenbuches denke ich an eine einfache Liste der geleisteten Zahlungen (lediglich mit Datum und Patientenummer) und tägliche (oder wöchentliche) Einzahlung auf das Praxiskonto. Damit dürfte den notwendigen Formalitäten (steuerlich etc.) Genüge getan sein.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

15.9.2003: AW: [ALLGMED-L] IGEL Re: Max Hahn

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr interessant finde ich die englische Regelung, dass die NHS-Ärzte keine Privatleistungen für ihre eigenen Patienten anbieten dürfen. Dadurch werden Interessenkonflikte vermieden und die Autorität des Behandlers gestärkt. Eine entsprechende Regelung für unser Land würde ich begrüßen, ist aber leider unrealistisch. Unsere Vertreter (KBV) haben ja gerade mit den Argumenten das IGEL-Konzept propagiert, es sei geeignet, das Einkommen der Ärzte zu vermehren, und würde verhindern, dass das Geld der Patienten in Wellness, Komplementärmedizin u. ä. abfließen würde. Natürlich bedienen sich diejenigen dieses Konzepts, die es besonders gut können. Meinem Eindruck nach ist auch bei Hausärzten die Diskussion um IGEL-Leistungen in erster Linie von monetären Interessen geprägt: Was sollen wir noch alles umsonst machen? Warum sollen wir es umsonst machen, wenn es die Patienten woanders freiwillig bezahlen? Wofür wäre der Patient bereit zu zahlen? Medizinische Erwägungen (was könnten für den Patienten von Nutzen sein?) kommen erst an ganz nachrangiger Stelle.

Aus diesem Grund sollten wir meiner Meinung uns vom IGEL-Konzept ganz deutlich abgrenzen und erklären, dass Atteste, Eignungsuntersuchungen und eindeutig nicht zum Versorgungsbereich der GKV gehörende Leistungen eben keine IGEL-Leistungen sind (haben mit individueller Gesundheit nämlich nichts zu tun, sondern unser Kunde braucht sie für einen bestimmten Zweck), sondern Privatleistungen oder Wunschleistungen. (Ich arbeite gerade daran, dies für meine Patienten zu formulieren; entsprechende Listen wurden hier bereits verbreitet.) Die Patienten zahlen zwar (noch) brav beim Augenarzt das Glaukom-Screening, beim Urologen die erweiterte Vorsorge und beim Gynäkologen die Knochendichtemessung. Sie beginnen sich aber bereits bei uns darüber zu beschweren. Der Eindruck, dass es den Ärzten damit in erster Linie ums Geld gehe, ist zumindest bei den aufgeklärten Patienten vorhanden und ja nicht von der Hand zu weisen. Nur wenn es gelingt, dass wir als Hausärzte in diesen Fragen unsere Integrität zu bewahren, können wir überzeugend für eine Medizin auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage argumentieren und die diskutierte Lotsenfunktion auch erfüllen. Bis dahin sehe ich allerdings noch eine gewisse Wegstrecke, da auch das Verständnis und natürlich die Praxis unseres Faches doch sehr heterogen ist.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

12.9.2003: Kein Führerschein nach Trunkenheitsfahrt

Sehr geehrter Herr Kollege Luckner,
sehr geehrter Herr Kollege Lüdicke,

weder Horrorzahlen noch die sentimental Bekenntnisse ertappter Alkoholsünder helfen uns in der Praxis weiter, da im Einzelfall doch viele weiche (subjektive) Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Zu allererst müssen wir anerkennen, dass es sich bei den auffällig gewordenen Autofahrern (in der überwiegenden Mehrheit) nicht um alkoholisierte Kraftfahrer, sondern um autofahrende Alkoholiker (also chronisch Kranke) handelt (dies ist nachgewiesen, folgt aber auch aus den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit bei den nur sporadischen Kontrollen). Daher ist eine sentimentale Betrachtung (etwa nach dem Motto "Wer von uns ist schon nicht mal mit zuviel Alkohol hinter dem Steuer gesessen?") fehl am Platz. Die Betroffenen verleugnen ihre Erkrankung und fordern durch ihre Attestwünsche und Wünsche nach Leberwert-Kontrollen von uns, dass wir diese Verleugnung teilen.

Ein Fallbeispiel dazu: Dass wir trotz intensiver persönlicher Kenntnisse der Lebensumstände unserer Patienten uns in der Einschätzung des realen Suchtverhaltens immer wieder täuschen, wurde mir erst kürzlich bei einem 65-jährigen Patienten (Nicht-Autofahrer) bewusst, langjähriger Hypertoniker, der ein Vorhofflimmern entwickelte. Die Ursachensuche ergab, dass dieser rechtschaffene und unauffällige Mann seinen eigenen Wein anbaut (was ich wusste) und einen offenbar erheblichen regelmäßigen Konsum (2 - 3 Viertel Wein / d) pflegte (was ich nicht wusste); deswegen also der schwer einstellbare Hypertonus und das toxisch bedingte VF.

Wie hier bereits ausgeführt, gibt es ein wohl ziemlich flächendeckendes Begutachtungsverfahren für alkoholauffällig Kraftfahrer, die ihren Führerschein wieder haben wollen, das nicht nur Laborwerte, sondern vor allem die Persönlichkeitsfaktoren einbezieht. Aber auch die Fachleute vom TÜV oder der Rechtsmedizin können sich dabei irren. Da sehen wir dann die Patienten anders und haben vielleicht eine Erklärung für den einen oder anderen Befund (oft auch nicht, denn die Gamma-GT kann ja aus vielen

Gründen erhöht sein). Probleme bereiten mir weniger die Patienten, die aufgrund unglücklicher Umstände ihren Führerschein nicht so einfach wieder bekommen, als diejenigen, die es geschafft haben, trotz Suchterkrankung oder anderer Umstände, die sie in meinen Augen zur Führung eines Kraftfahrzeuges ungeeignet erscheinen lassen, ihren Führerschein wieder bekommen. Leider geben solche Fälle in der Diskussion oft den Maßstab an, nach dem gehandelt werden sollte ("der hat ihn doch auch").

Wir opfern dem Götzen Auto jährlich viele Menschenleben. Das klingt sehr pathetisch und ich muss gestehen, dass ich auch die Mobilität des Autos zu schätzen weiß und es gerne benutze. Zahlreiche (präventiv wirkende) Maßnahmen wären hier zu fordern (etwa Tempolimit, Führerschein auf Probe, drastische Fahrverbote für Raser) und die wären vermutlich viel effektiver als vieles, was wir als medizinische Prävention betreiben. Unser bescheidener Beitrag in der individuellen Betreuung könnte sein, dass Problem Alkoholmissbrauch und -Abhängigkeit nicht zu verleugnen oder zu verharmlosen. Dazu gehört vor allem auch, dass wir die Ebene der Erörterung von Laborparametern verlassen und uns im Gespräch mit den Betroffenen den persönlichen Risiken zuwenden (bei Suchtkranken muss die notwendigerweise konfrontativ geschehen, auch wenn dies uns nicht so liegt).

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

10.5.2003: Verteilungskampf Hausarzt - Facharzt

Sehr geehrter Herr Ippen,

Sie haben völlig Recht mit den undurchschaubaren Pseudo-Argumenten. Was letztlich zählt, ist das, was am Ende nach aller Punktarithmetik und Fallzahlaufblähung übrig bleibt. Das sollte sich für die Hausärzte nur unwesentlich ändern, da die Töpfe ja vom Gesetzgeber (nicht von der Selbstverwaltung) getrennt wurden, um weitere Verschiebungen von den hausärztlichen Honoraren in den Facharztbereich (mit immer mehr Ärzten und immer teureren technischen Leistungen) zu verhindern. Funktioniert aber nicht ganz, aus mehreren Gründen:

Auch in Nordbaden gibt es inzwischen eine deutliche Mehrheit der Gebietsärzte, nachdem bei der letzten KV-Wahl sich die Hausärzte konkurrierender Listen gegenseitig die Stimmen weggenommen haben (nur einer von sieben Vorstandsmitgliedern ist noch Allgemeinarzt, einer Kinderarzt). Dieser Vorstand ist zwar um einen Interessenausgleich durchaus bemüht, hat aber gewisse Sonderregelungen zur Besserstellung der Hausärzte aus der Vergangenheit (fester Punktwert für die Hausärztliche Grundvergütung) abgeschafft.

Da die Verteilung von Hausarzttopf und Facharzttopf festgelegt ist, können dort keine Honorare verschoben werden. Zum Facharzttopf gehören auch die (ärztlichen und nichtärztlichen) Psychotherapeuten. Deren Honorarnachzahlungen (Verfassungsgerichtsurteil) wie die ausufernden Honorare der nicht budgetierten Arztgruppen und die unverhältnismäßigen Zuwächse bei bestimmten Arztgruppen (z. B. Anästhesisten) werden ausschließlich von den Fachärzten ausgeglichen (durch einen entsprechenden Punktwertrückgang). Hierbei kann es aber wieder Stützungsmaßnahmen geben, die nicht ganz einfach zu durchschauen sind. Braucht uns nur insoweit zu interessieren, als wir dadurch das Klagen vieler Gebietsärzte über Honorarrückgänge verstehen können (aber auch hier gilt: was bleibt insgesamt übrig? Manche Ärzte sind einfach von einem sehr hohen Einkommen

früherer Jahre auf ein immer hoch hohes Einkommen einer gut gehenden Hausarztpraxis zurückgefallen und klagen jetzt darüber, sie würden weniger verdienen als ihre Putzfrau).

Die Antwort auf Ihre letzte Frage müssten Sie im Honorarverteilungsmaßstab Ihrer KV (eventuell in der Anlage Ihrer Abrechnung) finden: in Nordbaden werden die Notfallbehandlungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes im Vorwegabzug bezahlt (ebenso wie Kosten und Wegegelder, poliklinische Einrichtungen, AIDS-/HIV-Betreuung). Durch eine Kürzung dieser Honorare (zugunsten der Gesamtvergütung für Haus- und Fachärzte) haben tatsächlich die Hausärzte Honorar eingebüßt, da sie zum größeren Teil den Notfalldienst erbringen. (Für Sie persönlich wäre eine solche Regelung möglicherweise eher vorteilhaft, wenn Sie am Notfalldienst nicht teilnehmen.)

Leider haben sich die meisten Hausärzte für die Honorarverteilung in der Vergangenheit zu wenig interessiert, sonst wäre vielleicht manches anders gekommen. Ich bin der Meinung, dass wir tatsächlich eine eigene Hausarzt-KV brauchen, da Honorarverteilung unter Hausärzten ganz anders funktionieren muss als unter Fachärzten. Wir versorgen nämlich flächendeckend; wir haben nichts davon, wenn wir mehr Kranke produzieren (außer Mehrarbeit und fallende Punktwerte bzw. sinkende Vergütung für die einzelne Leistung). Wir müssten auch endlich den unsolide arbeitenden Kollegen unserer Fachgruppe, die es schaffen, sich zu Lasten anderer zu bereichern, etwas entgegensetzen. Ich persönlich meine, die einfachste und ehrlichste Vergütung wäre eine Kopfpauschale (unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme). Mit den Praxisbudgets haben wir zwar bereits eine Pauschalierung; dennoch bleibt ein viel zu kompliziertes Abrechnungssystem, das viel von unserer Arbeitszeit auffrisst (ohne dass dem ein Nutzen gegenüberstünde, denn mehr Geld gibt's nicht); ferner die Möglichkeiten der Fallzahlvermehrung (Vertretungen, Ringüberweisungen) etc. zu Lasten der ehrlich arbeitenden KollegInnen (die neue Form des Hamsterrades). Wenn Sie sich unter Kollegen umhören oder eines der verbreiteten Abrechnungsseminar besuchen, werden Sie erfahren, was es noch alles für "Tricks" gibt. Nur ein Beispiel: was meinen Sie, wie eifrig unsere Kollegen Gebietsärzte inzwischen impfen (außerhalb des Budgets). Ob das alles die Qualität der Versorgung verbessert, kann bezweifelt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

8.5.2003: AW: [ALLGMED-L] Ungeheuerlichkeit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Lieber Kollege Seeber,

Ihren Kommentar finde ich sehr zutreffend und Ihren Brief unterstützenswert. Die derzeit immer wieder eingeforderte Solidarität der Hausärzte mit den Fachärzten kann schließlich keine Einbahnstrasse sein. Hier geht es den Dermatologen schlicht um Profilierung auf Kosten anderer.

Der Anlass hat mich zu ein paar Überlegungen zur Thematik Hausarzt-Facharzt angeregt, die ich ungefragt hier zum besten geben möchte:

Einige Facharztgruppen haben es anscheinend geschafft, Ihr Image als Primärversorger für bestimmte Krankheitsbilder so zu etablieren, dass unsere Patienten sich in deren Praxen, trotz aller Klagen über übervolle Wartezimmer und nicht eingehaltene Termine, besonders gut betreut fühlen. (Aktuelles Beispiel aus aktuellem Anlass: Anruf eines besorgten Vaters: der Sohn habe sich beim Sport einen Muskelfaserriss zugezogen, ob er denn

morgen mit ihm zum Orthopäden! gehen müsse; Angebot, bei mir vorbeizukommen, lehnt er ab; er wolle nur wissen, ab er mit dem Besuch beim Orthopäden vielleicht auch warten könne.) Sind wir denn schlechter oder können wir uns nicht so gut verkaufen? Ich vermute beides.

Wir alle kennen Mängel innerhalb unseres Versorgungsgebietes, können vielleicht sogar einzelne Kollegen namentlich benennen: es passiert aber nichts. Die Konkurrenz auf dem freien Markt können wir nur bestehen, wenn wir auch unsere besonderen Kompetenzen pflegen und offensiv vertreten. Solange sich die Allgemeinmedizin als ein Gemischtwarenladen präsentiert, hier ein wenig High-Tech, dort ein wenig Alternativmedizin, hier die Schnellabfertigung mit Krankschreibung im Fünf-Minuten-Takt, dort die Gesprächs-Nischenmedizin mit Kuschelambiente, solange sich Kollegen damit profilieren können, dass sie eigentlich Internisten seien oder Chirurgen oder Anästhesisten, und daher fast genausoviel könnten, wie diese Fachärzte, solange wir uns als Lückenbüsser für alle Probleme missbrauchen lassen (die Schmerzspritze, wenn der Orthopäde nicht erreichbar ist; die Krankschreibung, die der Zahnarzt nicht ausstellen darf), solange wir mit einer gewissen Indifferenz die IGEL-Abzockerei - also das undifferenzierte Angebot von medizinisch fragwürdigen "Vorsorgeuntersuchungen", Serviceleistungen, Alternativmedizin, die zu Recht nicht im Leistungskatalog der GKB enthalten ist, kosmetischen Operationen oder unbestritten notwendige Leistungen außerhalb des Auftrags der GKV (Führerscheinuntersuchung, Reisemedizin) - tolerieren (ich schließe mich hier selbst ein) oder selbst praktizieren, wird nicht klar werden, was uns als Allgemeinärzte auszeichnet.

Die Anforderungen, die von außen an uns herangetragen werden, sind keinesfalls geeignet, unser Profil und unsere Identität zu stärken. Lotsen oder Steuerleute sollen oder dürfen wir nicht sein. Ein bisschen mehr Hausarzt wäre schon schön, weil vielleicht kostensparend, aber nicht zu Lasten anderer (???). Sparen sollen wir bei den Medikamenten, aber nicht den Pharmastandort Deutschland mit seinen Arbeitsplätzen gefährden. Ein Hausarztmodell soll die Alten und chronisch Kranken besser versorgen, mehr Prävention bieten, Krankenhauseinweisungen reduzieren, darf aber nicht mehr kosten. Ob wir das alles bewältigen können, in unserer eh meist schon mehr als ausgefüllten Arbeitszeit, scheint mir immer zweifelhafter. Die Haltung vieler Kolleginnen und Kollegen, denen es ja im derzeitigen System nicht so schlecht geht, scheint eher gegen Veränderungen gerichtet zu sein. Darum ist das Engagement für unseren Berufsverband auch nicht so groß.

Unsere Orientierung kann eigentlich nur in der besten Versorgung des Patienten liegen. Hier gibt es wirklich Handlungsbedarf. Die Frage, ob dabei die gesellschaftlichen Ressourcen eine Rolle spielen müssen bzw. dürfen, hat bereits auf der DEGAM-Tagung 2002 in Koblenz zu Diskussionen geführt. Diese Diskussion muss auch in unserem Berufsverband stärker geführt werden. Auch die Frage, welche Art von Medizin unsere Patienten eigentlich benötigen und wünschen: Unkoordiniertes Gewurstel auf hohem Niveau oder gezielte Zuweisung und Auswahl der jeweils besten, wissenschaftlich gesicherten Diagnostik und Therapie? Freie Wahl eines Arzt ihres Vertrauens oder freie Wahl der Versorgungsebenen? Warum tun wir und unsere Kollegen sich mit der Anerkennung wissenschaftlicher Leitlinien so schwer? Warum verwechseln wir immer wieder individuelle Therapiefreiheit mit Beliebigkeit? Warum provoziert die Forderung nach Qualitätsverbesserung soviel Abwehr? Warum gibt es keine Stellungnahme des Hausärztesverbandes gegen das IGEL-Konzept? Warum werden die "besonderen Therapieverfahren" der Positivliste gehätschelt?

Erst wenn diese u. a. Fragen innerhalb unserer Fachgruppe diskutiert werden und darüber ein besserer Konsens erzielt sein wird als der derzeit vorhandene, wird auch die Allgemeinmedizin ein klareres Profil gewinnen. Die derzeitige Diskussion um die Weiterbildungsordnung ist sicher ein

wichtiger Prüfstein dazu. Ich hoffe, dass sich unsere Kollegen hier mit einem klaren Profil auf dem Ärztetag durchsetzen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen
Stefan Bilger

29.04.2003: AW: [ALLGMED-L] Nemexin (R)

Sehr geehrter Herr Kollege von Helden,

ich verstehe Ihre Empörung und würde ebenfalls die Kontaktaufnahme mit dem psychiatrischen Kollegen empfehlen.

Bei der Entscheidung für die weitere Therapie ist zuerst ist einmal nach der Motivation des Patienten zu fragen. Anti-Craving-Substanzen können durchaus ihren Stellenwert haben. Gab es in der Vergangenheit kürzere Abstinenzphasen mit regelmäßigen Rückfällen und ist der Patient zu einem regelmäßigen Erscheinen in der Praxis motiviert, können Kontaktangebote in Form von Gesprächen, regelmäßigen Laborkontrollen (Leberwerte; auch CDT, das der Patient selbst bezahlen muss) ebenso hilfreich sein wie Anti-Craving-Substanzen, die aber immer in der Arztpraxis abgezählt ausgegeben werden sollten. Ich würde niemals (außer an einzelnen Tagen am Wochenende oder feiertags) die Angehörigen mit der Verabreichung betrauen, weil dadurch die innerfamiliären Abhängigkeitskonflikte ("Co-Alkoholiker") verstärkt werden. Warum dann aber nicht das billigere Antabus? Auch Campral käme in Frage (N3 mit 168 Tabl. für 4 Wochen kosten 92,78 €).

Ich selbst habe damit allerdings eher ernüchternde Erfahrungen, weil die meisten dieser Patienten nicht zu einem längerdauernden Kontakt zu motivieren sind. Daher sind auch die Erfahrungen aus USA, wo Nemexin ja schon länger eingesetzt wird, mit völlig anderen Betreuungsstrukturen, auf unsere Verhältnisse nicht übertragbar. Viele Suchtkranke sind zu einer gewissen Verhaltenssteuerung in der Lage, wenn äußere Zwänge (Klinik) oder stabilisierende Strukturen (Selbsthilfegruppen u. a.) bestehen. Vermutlich deswegen kann die kontrollierte Einnahme dieser Anti-Craving-Substanzen auch hilfreich sein, aber nur für einen Teil der Patienten.

Ich vorliegenden Fall könnten Sie zwar bei einem Arzneimittelregress mit den Besonderheiten des Einzelfalls argumentieren (was kostet die stationäre Behandlung eine Rückfalls im Vergleich zur ambulanten Therapie?), Sie könnten aber auch durchaus legitim den Patienten selbst in die Pflicht nehmen und seine Motivation prüfen, indem Sie Nemexin auf Privat Rezept verordnen. Ich hätte, falls eine medikamentöse Therapie nach meinem eigenen Ermessen überhaupt sinnvoll ist, vermutlich dem Patienten erklärt: "Die Klinik hat ein Medikament gegen ihre Sucht empfohlen, das in Deutschland von den Kassen nicht bezahlt wird, da es hier nur für die Behandlung von Drogenabhängigen zugelassen ist. Nach den Erfahrungen aus Amerika ist das Mittel sehr wirksam. Sie müssen es regelmäßig unter meiner Aufsicht einnehmen. Ich kann es Ihnen auf Privat Rezept verordnen."

Damit wäre dem Patienten signalisiert, dass seine Fall so schwer ist wie eine Drogensucht, dass ich eine Behandlung dringend für notwendig halte und sogar ein Mittel verschreiben will, das nur in den USA zugelassen ist. Außerdem wäre er eher motiviert auch zu kommen und das Nemexin zu nehmen, wenn erschon mal 250 € dafür bezahlt hat. Die Frage ist allerdings, wie lange Sie und er dies durchhalten.

Zum wissenschaftlichen Hintergrund (nicht EBM, sondern die Meinung von den old boys):

Ein Referat von Herrn Ladewig, Chefarzt aus Sargans CH, bewertet Nemexin als Anti-Craving-Substanz recht positiv: <http://www.sd-sargans.ch/1998/ref1dl.htm>

Eine umfangreichere Übersicht über die verschiedenen Substanzen bieten Kiefer und Wiedemann:
<http://www.psychobiologie.de/pdf/Nervenheilkunde2002.pdf>

Möglicherweise ist es auch sinnvoll, Herrn Kiefer von der UK Hamburg-Eppendorf selbst zu kontaktieren, der hierzu eine eigene Studie durchgeführt hat: http://www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/kernklinik/for_sucht_de_nalc.htm

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger

30.12.2002: AW: [ALLGMED-L] Antwort für Silke Brockmann

Liebe Frau Brockmann,
lieber Herr Rüter,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nachdem durch Ihre sehr persönlichen Stellungnahmen die Diskussion fast eine metaphysische Dimension bekommen hat, möchte ich doch zu etwas mehr Pragmatismus beitragen.

Die Dimensionen der Liebe (zu unseren Patienten, zu unseren Mitmenschen), des Dienens und - so möchte ich ergänzen - des Respekts für den anderen sind so wesentliche Grundbedingungen unseres humanen Miteinanders, dass man sie nicht für den Arztberuf allein (schon gar nicht ausschließlich und speziell für den Bereich des niedergelassenen Arztes) in Anspruch nehmen kann. Ich erwarte eine solche Haltung, wie Sie beide sie beschrieben haben, von jedem anständigen Mitmenschen und komme nicht umhin festzustellen, dass mancher Ungebildete mehr davon besitzt als viele unserer studierten Kollegen.

Natürlich steht man als Hausarzt anders auf dem Prüfstand als derjenige, der sich hinter einer Institution verstecken kann. Natürlich ist es auch für mich ein Prozess des Lernens und der Selbsterfahrung gewesen, um zu erkennen, wo ich in meinem Arbeitsbereich ganz persönlich gefordert bin und wie weit ich mich auch als Mensch einlassen muss und kann. Aber dies sollte nicht dazu führen, dass ein begrifflich überarbeitetes, aber doch stark idealisiertes Arztbild, ein neuer "Halbgott in Weiß" propagandiert wird.

Ich sehe mich in erster Linie als Dienstleister, der vom Patienten bestimmte Aufgaben übertragen bekommt, die er annehmen, die er aber auch ablehnen kann (und muss). Gerade letzteres kann vor Überforderung und Größenwahn bewahren. Eigene Grenzen erkennen und auch ziehen ist überlebenswichtig für jeden helfenden Beruf. Wenn ich mir immer bestätigen muss, wieviel ich doch für andere zu leisten im Stande bin, werde ich irgendwann überfordert und ausgebrannt sein.

Insofern finde ich Ihre Entscheidung, Frau Brockmann, konsequent und richtig und respektiere sie. Ich würde mich aber wehren, daraus ein grundsätzliches Problem des niedergelassenen Hausarztes zu machen.

"Man muss für die Niederlassung als Allgemeinarzt bereit sein, - sich mit ganz profanen und/oder völlig berufsfremden Dingen zu beschäftigen":

Dies ist richtig; Administration und Organisation sind in der Praxis wesentlich (aber auch in der Wissenschaft oder im Krankenhaus). Diese

Arbeiten können aber auch Spaß machen. Und ich weiß letztendlich, für wen ich sie mache und sehe das Ergebnis ganz unmittelbar (oder merke es an meinem Kontostand). Es befriedigt mich auch, wenn hier etwas gelungen ist, z. B. das gute Arbeitsklima mit meinen Angestellten oder eine Lösung für irgendein Organisationsproblem, ähnlich wie es mich befriedigt, wenn ich individuell einem Patienten geholfen habe.

"Man muss bereit sein,

- auf Dauer mehr geben als nehmen zu können."

Dies möchte ich ganz nachdrücklich bestreiten. Wer auch nur einigermaßen ordentlich arbeitet, bekommt als Hausarzt von den Patienten soviel Lob und Anerkennung, dass es schwer ist, nach längerer Praxistätigkeit nicht überheblich zu werden. Darauf hat mich bereits der (leider verstorbene) Heidelberger Kollege Thomas Ripke aufmerksam gemacht, als ich noch Medizinstudent war. Natürlich kann man das auch anders sehen. Aber bei sehr vielen Kollegen fehlt einfach das Korrektiv (der konstruktiven Kritik), weil unsere Patienten Angst haben, uns zu kritisieren, weil sie letztlich (angesichts des möglichen Todes) doch von uns abhängig sind. Dass es Patienten gibt, die uns aussaugen, dass mache Kollegen nicht in der Lage sind, diese Anerkennung auch anzunehmen, sind Teilaspekte, die man vielleicht tatsächlich psychotherapeutisch aufarbeiten sollte. Ich denke an die Tragik (nicht nur unseres) Berufes, die in sehr persönlichen Motiven der Berufswahl wurzelt und nenne als Literatur nur: Wolfgang Schmidbauer, Die hilflosen Helfer, und Alice Miller, Das Drama des begabten Kindes (eines der wenigen Bücher, bei dessen Lektüre ich geweint habe).

Man muss bereit sein,

- immer "im Dienst" zu sein und immer für die Patienten da zu sein, in gewisser Weise mit ihnen zu "leben":

Auch dies bestreite ich. Natürlich wünschen unsere Patienten, dass wir immer zur Stelle sind, wenn sie uns brauchen, ähnlich wie kleine Kinder wünschen, dass ihre schützenden Eltern immer zur Verfügung stehen. Patienten wie Kinder müssen lernen, dass dies in der Erwachsenenwelt nicht so ist und dass sie sich auch mal selbst helfen können. Dies ist ein ganz wesentlicher Lernprozess für alle Beteiligten. Es gibt Selbsthilfe, Vertretungen, einen organisierten Notdienst, Krankenhäuser. Auch die Überweisung zum Kollegen kann ein Mittel sein, besonders anstrengende Patienten mal für eine gewisse Zeit los zu werden. Ich muss nur mein Bedürfnis, dass ich auch mal Zeit für mich brauche (oder für meine Familie, für Fortbildung u.a.), klar kommunizieren und natürlich auch für Vertretung sorgen. Hierbei hilft ein Kreis von Kollegen in der Nachbarschaft, denen es ja schließlich genau so geht. Vielleicht muss hier auch ein wenig Selbsterfahrung oder Balintgruppe helfen (manche schaffen das auch so ganz gut), um zu erkennen, dass ein gewisses Maß an Egoismus die Voraussetzung ist, für andere da zu sein. Da muss man in jedem Fall seinen individuellen Weg finden. Ich bin z. B. ganz gerne der "Doktor am Ort", den die Leute auch kennen, ohne dass ich mich deswegen mit jemand in der Kneipe ein Bier trinken muss (liegt mir auch nicht; aber es gibt andere Dinge, die ich auch aus persönlichen Motiven gerne mache und wo ich mit tatsächlichen oder potentiellen Patienten einen ganz anderen Umgang habe; das ist halt anders als im Krankenhaus, wo es nur ganz selten solche Überschneidungen des Privaten und Beruflichen gibt). Da bin ich dann aber "außer Dienst" und nur ausnahmsweise (bei echten Notfällen) bereit, ärztlich tätig zu werden (auch dies respektieren die meisten Menschen erfreulicherweise, ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit).

Damit bin ich bei dem Begriff "Respekt". Für "den guten Arzt" unvermeidbar ist sicher ein persönlicher Lernprozess, bei dem er seine individuelle Rolle findet. Der Begriff "Respekt" ist dabei für mich in letzter Zeit zu einem Schlüsselbegriff geworden. So wie ich andere (die Patienten) in ihrer Individualität respektieren muss (z. B. auch ihre Entscheidungen, sich nicht meinen Ratschlägen entsprechend zu verhalten), so erwarte ich Respekt für meine Leistungen, meine Bedürfnisse und auch meine Grenzen. Dies führt

zu einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das nichts mit plumper Anbieterung zu tun hat, in dem unterschiedliche Erwartungen und Optionen ausgesprochen und verhandelt werden können, in dem schließlich eine für beide Seiten tragfähige Lösung gefunden wird und in dem beide Seiten zu ihrem Recht kommen. Dies klingt vielleicht etwas hochtrabend, lässt sich aber auf alle Situationen unseres Berufsalltages anwenden: sowohl für den alltäglichen Praxisfall (Patient kommt wegen Erkältungssymptomen und ist zufrieden mit dem Ergebnis unserer Untersuchung und dem Ratschlag, kein Antibiotikum zu nehmen, sondern mit Paracetamol zwei oder drei Tage zu Hause zu verbringen) ebenso wie für komplexe und anspruchsvolle Probleme der Sterbebegleitung oder des hochgradig gestörten, kaum zu ertragenden Borderline-Patienten. Wenn ich in diesen Fällen Respekt aufbringe, kann ich auch selbst welchen erwarten.

Vielleicht verführen ja symbolische Zäsuren wie der Jahreswechsel und die besinnlichen Tage zu solchen grundsätzlichen Betrachtungen. Auf jeden Fall erscheinen sie mir erfreulicher als Überlegungen zur Gesundheitspolitik, die hoffentlich 2003 unterbesseren Sternen stehen wird.

In diesem Sinne alles Gute zu Jahreswechsel und einen guten Start in 2003!

Stefan Bilger

13:11:2002: Raucherentwöhnung

Sehr geehrter Herr Kutzscher,

Raucherentwöhnung geht nicht mal nebenbei. Aber Motivation zur Entwöhnung ist auch nicht zu verachten und wäre sicher für viele Patienten ein wichtiger Schritt. Ich würde es schon als wesentlichen Fortschritt ansehen, wenn wir als Hausärzte konsequent eine Nikotinanamnese erheben würden, jeden - wirklich jeden! - Patienten bei den derzeit wiederkehrenden Atemwegsinfekten zum Nichtrauchen auffordern (natürlich erst Recht jeden COPD-, AVK-, Herzinfarkt-Patienten) und in unseren Praxen und unserer Umgebung (Fortbildungen, KV-Sitzungen, Tagungen etc.) aktive Nichtraucherpolitik betreiben würden.

Im Rahmen meiner suchtmedizinischen Fortbildung habe ich erfahren, dass eine wesentlicher Anstoß zum Nikotinverzicht der Rat des Arztes ist. Meist glauben nach einer Konsultation in unseren Praxen (nachgefragt von unabhängigen Beobachtern) die Ärzte, das Rauchen angesprochen zu haben, während die Patienten derartige, eindeutige Ratschläge (einfach und schlicht: "Hören Sie sofort mit dem Rauchen auf!") nicht gehört haben. Man muss sich jedoch im Klaren sein, dass Nikotinabhängigkeit eine chronische Erkrankung ist, zu der auch Rückfälle gehören. Die spontanen "Heilungsraten" liegen mit zwei Prozent / Jahr etwa so hoch wie bei der Heroinabhängigkeit. Ich formuliere das positiv: "Immerhin 10 % der Patienten schaffen es innerhalb von 5 Jahren. Wieso sollten Sie nicht dazugehören."

Ich habe mir die Programme zu Nichtraucherentwöhnung angesehen. Bei einigen brauchen Sie eine Qualifikation (Kursteilnahme), um diese anwenden zu dürfen. Lizenzfrei, kostengünstig und fundiert ist das im Buchhandel erhältliche, verhaltenstherapeutische Kursprogramm: Heribert Umland: Wir gewöhnen uns das Rauchen ab - wieder frei und selbstbestimmt leben (8 Sitzungen a 120 Minuten), Deutsch Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1995 (ISBN 3-87159-328-1). Damit dürfte es jedem, der mit Gruppenschulung etwas Erfahrungen hat, gelingen, einen Raucherentwöhnungskurs abzuhalten.

Mir persönlich war der Zeitaufwand (vor allem auch für Organisation eines solchen Kurses und die Anwerbung genügend motivierter Patienten!) zu groß. Wir haben aber in unserem örtlichen Qualitätszirkel einen Kollegen gefunden, der einen Nichtraucherkurs anbietet (mit Einbezug von Zyban und Nikotinersatz). Der Kurs (9 Sitzungen a 1,5 Std.) kostet für die Teilnehmer 239.- Euro. Diesen Betrag halte ich durchaus für gerechtfertigt. Billiger kann man es kaum machen, wenn man den

persönlichen Aufwand kalkuliert. (Der Kollege hat Vorarbeiten gemacht, die er als Referent von Lilly für Zyban bezahlt bekommen hat.)

Zur Bemerkung (vom Kollegen Cuhls-Ackenhausen), nur einzelne Patienten würden nachfragen. Überfordern Sie die geknickten, empfindlichen Seelen der süchtigen (!) Raucher nicht. Wer steht schon zu seiner Sucht? Außerdem erwarten die Patienten Raucherentwöhnung nicht von uns. Man muss das Angebot bewerben und vor allem dazu motivieren (s. oben). Sie warten auch nicht, bis der Diabetiker kommt und fragt, ob er vielleicht für die Blutzuckereinstellung geschult werden könnte.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen
Stefan Bilger

03.11.2002: AW: [ALLGMED-L] Sono

Lieber Herr Frank,

ganz verstehe ich die Entrüstung in Ihrer Antwort nicht, zumal wir uns ja persönlich kennen (Hinweis für die mitlesenden Kollegen):

ich habe nicht die Sonografie speziell in der Allgemeinarzt-Praxis in Frage gestellt (natürlich machen es die anderen Fächer nicht besser und es gibt hier wie dort Genies und Stümper), sondern Indikation und Umfang der Anwendung. Ich hätte auch gerne etwas über die Studienlage gehört, wie Herr Sonntag. Deshalb auch meine Frage dazu.

Ihre Argumentation bezüglich Indikationsstellung ist mir insofern unverständlich, als wir als Allgemeinärzte größtenteils Entscheidungen über Maßnahmen fällen müssen, die wir selbst nicht praktizieren. Denken Sie an die MRTs bei unspezifischem Rückenschmerz, dann wissen Sie, was ich meine. Ich wollte mit meinem Beitrag aber darauf hinweisen, dass die Sonografie mitnichten eine billige und harmlose Untersuchung ist.

(Die Durchführung von EKGs ohne Indikation wäre eine eigene Überlegung wert.)

Wollen Sie die Füchse über den Schutz der Gänse entscheiden lassen?

Es ist leider auch unter Allgemeinärzten nicht verbreitet, dass es häufig sinnvoller ist, auf bestimmte Diagnostik zu verzichten, als noch ne Untersuchung durchzuführen, weil man nicht weiter weiß. Diese Fragen sind aber aus meiner Sicht entscheidend für unsere hausärztliche Identität. Was ist denn das spezifisch hausärztliche Vorgehen und Arbeiten im Niedrig-Prävalenz-Bereich?

Sie haben mir unterstellt, ich hätte dazu aufgefordert, lediglich mit dem Patienten zu reden, statt ihn zu untersuchen. Das provoziert natürlich meine Gegenfrage: können Sie einen Patienten ohne Sono nicht untersuchen? Im Unterschied zum Psychologen, das ist Ihnen natürlich bekannt, haben wir einen anderen Gegenstandsbereich und andere Aufgaben. Auch wenn es gelegentlich Berührungen und Überschneidungen gibt. Dazu könnte man sich eingehend ausbreiten. Sicher gibt es auch zum Thema Psychosomatik unterschiedliche Meinungen und Akzentsetzungen, die alle ihre Berechtigung haben. Dies wollte ich aber gar nicht thematisieren.

Ich habe gerade (in Rahmen einer Exkursion unserer Abteilung) eine Hausarztpraxis in Maastricht besuchen können. Dort gibt kein Sono, kein Labor (natürlich Überweisungsmöglichkeit), nicht einmal ein EKG. Auch keine Therapiegeräte wie Kurzwelle, Reizstrom etc. Ich weiß auch nicht, ob ich so praktizieren wollte. Aber werden die Patienten dort schlechter behandelt?

Ein großer Vorzug des holländischen Systems ist die gute praktische Ausbildung, die Orientierung am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten (wer könnte dies besser beurteilen als Hausärzte?) und eine eindeutige hausärztliche Identität. Die Allgemeinärzte dort sind die gatekeeper und wissen, welche Aufgabenstellung sie zu erfüllen haben. Hier ist dies wohl oft nicht so klar (gerade wenn wieder mal gegen die "Barfußmedizin" polemisiert wird) und leider können wir auch systembedingt dies Funktion nicht erfüllen.

Sehen Sie als Hausarzt bei einer kritischen Frage zu Gerätediagnostik gleich Ihre ärztliche Identität in Frage gestellt? Vermutlich reden Sie ja doch mit den Patienten bevor Sie ihn untersuchen und wenn Sie ihn beraten. Dazu brauchen Sie natürlich kein Psychologiestudium (würde auch dazu nicht viel helfen), sondern in erster Linie praktische Erfahrung. (Ein wenig mehr an Ausbildung, als dies in unserem Studium praktiziert wird, würde meiner Meinung nach auch nicht schaden.) Aber der wesentliche Punkt ist jedoch, welche Diagnostik zu welchem Zeitpunkt? Das war hier das Thema. Und Hintergrund der Frage des Kollegen Gulich war ja: wie ist mit einem Patienten mit einem Symptom wie "blutiges Ejakulat" zu verfahren?

Ich hoffe, dass ich mit diesen Erläuterungen nicht erneuten Unmut bei Ihnen wecke!

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen
Stefan Bilger

28.10.2002: AW: [ALLGMED-L] DD: Blutiges Ejakulat

Lieber Kollegen Schäfer,

gestatten Sie mir eine Bemerkung zum zweiten Teil Ihrer Antwort, die (leider) treffend die Realität charakterisiert (und ich benutze diese nur als Aufhänger für eine grundsätzliche Frage):

Aus Ihrer Ironie (unendlichen Neugier) ersehe ich, dass Sie selbst diesen diagnostischen Vorschlag nicht ganz ernst nehmen, und es ist wirklich kein hausärztliches Vorgehen.

Die Sonografie ist nicht nur durch ihre breite Verfügbarkeit, sondern vor allem durch die falsche Indikationsstellung und fragliche Qualität bei der Durchführung (hobbymäßige Transrektal-Diagnostik!) inzwischen das teuerste bildgebende Verfahren in Deutschland. Ein Radiologe versicherte mir, für die Sonografie würde mehr ausgegeben als für alle MRT-Untersuchungen. Quelle ist mir leider nicht bekannt, müsste aber publiziert sein.

Gerade wir als Allgemeinärzte wissen um die Grenzen bildgebender Diagnostik (vor allem wegen der Pseudo- und Fehldiagnosen, der nachfolgenden Konsequenzen in Form invasiver Diagnostik, unnötiger Operationen, Kontrolluntersuchungen und organischer Fixierung funktioneller Beschwerden). Daher sollten Sie dies nicht so praktizieren - auch wenn Sie noch ein altes Gerät im Keller haben. Ihre Patienten werden das vielleicht nicht immer verstehen (denn es ist ja gut, wenn der Doktor möglichst viel macht), aber sie werden vor den oben genannten Entwicklungen geschützt. (Die Kostenersparnis durch Verzicht auf unnötige Untersuchungen kommt Ihnen vielleicht sogar indirekt durch höhere Punktwerte zugute; doch das ist frommer Wunsch, solange es nicht alle so machen.)

Interessant wäre es zu diskutieren, was die Ultraschall-Untersuchung in der hausärztlichen Praxis wirklich bringt. Das "Röntgen des Hausarztes" unterliegt vermutlich denselben Gesetzen wie die konventionelle Radiologie: zuviel in zu schlechter Qualität für zu hohe Preise. (An die IGEL mit der sonografischen Knochendichtemessung gar nicht zu denken: solche Auswüchse, wie hier schon geschildert, erfüllen den Tatbestand der Körperverletzung aus niedrigen Beweggründen, nämlich Geldgier.)

Natürlich gibt es die schönen Bilder von Gallen- und Nierensteinen mit und ohne Aufstau. Auch ich - da ich selbst die Methode nicht praktiziere - schicke ungefähr alle ein bis zwei Wochen EINEN Patienten zur Abklärung solcher Befunde zu meinem Nachbarkollegen. Aber dies rechtfertigt eben nicht den derzeitigen Umfang der Anwendung. Ich glaube nicht, dass ich durch diese Beschränkung schwerwiegende Befunde übersehe. Welche Erfahrung haben die Kolleginnen / Kollegen?

Mit freundlichen Grüßen
Stefan Bilger