

»Nur«

»

Ihr Arzt muss Ihnen das nur einmal bescheinigen.«
»Wir brauchen dafür nur einen Befundbericht Ihres Arztes.«
»Ein kleiner Dreizeiler reicht aus.«

Immer wieder und in steigendem Umfang wird von uns niedergelassenen Ärzten verlangt, irgendetwas zu bestätigen oder zu befürworten.

Selbst wenn wir ein Rezept ausgestellt haben, werden Befundberichte angefordert. Dabei hat der Arzt durch das Rezept dokumentiert, dass er aufgrund seiner fachlichen Kompetenz ein Medikament oder ein Heilmittel wie Krankengymnastik befürwortet. Trotzdem wird von den Versicherungen, ob gesetzlich oder privat, immer häufiger eine ausführliche Begründung, ein Befundbericht oder Ähnliches verlangt. So, als ob nicht die Ärzte, sondern die Krankenkassen die Behandler wären, die die Kompetenz haben, die richtige Behandlung auszuwählen. Meist fehlt für solche Befundanforderungen die rechtliche Grundlage.

Es ist zum Beispiel nicht statthaft, dass Sachbearbeiter von Krankenkassen die medizinischen Daten eines Patienten einsehen. Dies ist nur dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder bei den privaten Versicherungen dem beratenden Arzt gestattet. Meist wird das jedoch ignoriert, und Sachbearbeiter ohne medizinischen Hintergrund (oder im besten Falle eine ehemalige Krankenschwester) fordern Unterlagen an und maßen sich eine Entscheidung an.

(Nebenbei: Patienten müssen das nicht hinnehmen. Sie können verlangen, dass nur Ärzte ihre Unterlagen zu sehen bekommen und keine Sachbearbeiter. Wenn schon Unterlagen angefordert werden, müssen diese in einem verschlossenen Umschlag an die Versicherungsärzte geschickt werden.)

In jedem Fall wird auf diese Weise eine Flut überflüssiger Anfragen auf die Ärzte losgelassen. Mittlerweile hat sich diese Anfragenwut so ausgeweitet, dass jeder Arzt nahezu ein Drittel seiner täglichen Arbeitszeit dafür verwenden muss. Diese Zeit fehlt uns Ärzten dann bei der Behandlung von Patienten. Hierdurch verlängern sich die Wartezeiten.

Zudem verkürzt sich die Zeit, die Ihr Arzt für Sie aufbringen kann. Wenn sich durch eine dieser Anfragen eine Maßnahme verzögert, geben die Sachbearbeiter der Krankenkassen gerne den Ärzten den Schwarzen Peter für dieses Ärgernis.

»Ihr Arzt hat sich noch nicht gemeldet.«
»Machen Sie doch einmal bei Ihrem Arzt Druck, dass er sich etwas beeilt.«
»Es fehlt nur noch die Bescheinigung Ihres Arztes.«

Wieder dieses »nur«. Diese Kleinigkeit könnte der Arzt doch auch noch schnell mal erledigen. Hierzu müssen wir feststellen:

Nein, der Arzt muss die meisten dieser Anfragen nicht beantworten.

Es ist nicht unsere Aufgabe, die Kontrollwut von Versicherungen zu befriedigen.

Die Aufgabe der Ärzte besteht darin, Diagnosen zu stellen, zu behandeln, zu beraten, auch einmal zu trösten oder zu ermuntern.

Um für unsere Kernaufgaben mehr Zeit zu gewinnen und um uns und unsere Medizinischen Fachangestellten zu schützen, beantworten Ärzte die überflüssigen Anfragen nur noch mit niedrigster Priorität. Das kann nicht nur Tage, sondern durchaus auch Wochen dauern. Bitte beschweren Sie sich nicht bei den Medizinischen Fachangestellten Ihrer Arztpraxis, sondern bei den direkten Verursachern der Verzögerung – den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen.

Ihre Arztpraxis

Mehr über Bürokratie in der Medizin in dem Buch **Wahnsinn Wartezeit**, Autor: Dr. Matthias Soyka. Books on Demand (**Leseprobe** auf der Rückseite) ISBN: 9783744812771

Erhältlich in jeder guten Buchhandlung

Mehr Infos: www.wahnsinn-wartezeit.de

3. Bürokratie.

Auf der Suche nach der verlorenen Zeit

Jeder Patient, der sich ärgert, dass sein Arzt zu wenig Zeit für ihn hat, sollte wissen, dass es dafür einen wichtigen Grund gibt: Es ist die Überlastung durch unnötige Bürokratie.

Der Arzt von heute kann viel weniger Patienten am Tag behandeln als ein Arzt von früher, weil er mit einer ausufernden Bürokratie konfrontiert ist und hierdurch chronisch überfordert wird.

Fallbeispiel:

Herr Alexander kommt mit Schmerzen im Hüftbereich in meine Praxis. Schon bei der Beschwerdeschilderung merke ich, dass dies kein typischer Verschleiß an der Hüfte ist. Beim Röntgen entdecke ich einen Knochentumor. Ich bekomme noch am gleichen Tag einen Termin beim Radiologen für eine Kernspintomografie. Die Diagnose lautet »Chondrosarkom«, ein bösartiger Tumor. Herr Alexander wird eine Woche später bei einem Spezialisten operiert, der Tumor wird entfernt. Der entfernte Knochen am Beckenknochen wird durch einen Beckenteilersatz ersetzt. Das ist eine sehr große, gefährliche und blutige Operation. Als Herr Alexander sich nach der Entlassung aus der Klinik wieder bei uns vorstellt, ist das gesamte Becken grün und blau geschwollen; es wird Monate dauern, bis es völlig abgeschwollen ist.

Herr Alexander wird über ein Jahr brauchen, um sich von den Folgen der Erkrankung, der OP und der Nachbehandlung zu erholen. Trotzdem meldet sich schon nach zwei Wochen die Krankenkasse und fragt nach, wie lange noch mit Arbeitsunfähigkeit zu rechnen ist – auch wenn auf dem gelben Schein eine Krebsdiagnose und »Nachbehandlung einer Operation« angegeben ist. Dieses Verhalten ist kein Versehen, sondern die Regel, die nahezu bei jedem Patienten mit Arbeitsunfähigkeit von den Kassen so gehandhabt wird.

Obwohl sich in einem solchen Fall jeder selbst ausrechnen kann, dass dieser Patient noch für einige Zeit arbeitsunfähig bleiben wird, wird der Krankenkassen-Sachbearbeiter diese Anfrage verschicken – obwohl er die Diagnose kennt und von der Krankenhauseinweisung weiß. Bleibt der Patient länger arbeitsunfähig, kommt irgendwann eine Anfrage des MDK, des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse, vielleicht sogar eine Vorladung des Patienten zur Untersuchung beim MDK.

Die Kontrolle von Krankschreibungen durch den MDK will ich nicht generell ablehnen. Sie ist völlig in Ordnung, da sie der Kasse die Möglichkeit gibt, Fehlentwicklungen oder Missbrauch der Krankschreibung zu reduzieren. Der niedergelassene Arzt ist in seiner Tätigkeit zwar frei, er wird aber durch die Institution des MDK supervisoniert. Gegen diese Arbeitsteilung ist erst einmal nichts einzuwenden. Es gibt viele Ärzte, die dies sogar grundsätzlich hilfreich finden.

Was stört, ist der übertriebene Gebrauch dieser Anfragen, da sie bei allem und jedem und, wie es scheint, ohne Sinn und Verstand verschickt werden. Jeden Tag muss der Kassenarzt überflüssige Anfragen beantworten. Viele Ärzte wissen sich nicht anders zu helfen, als die ersten Anfragen in den Papierkorb zu werfen. Über 50 Prozent der Fälle erledigen sich so von selbst, etwa weil die Patienten in der Zwischenzeit wieder arbeitsfähig werden.

Wenn der Arzt dann die dritte Anfrage mit Mahnung endlich beantwortet und bei einem Rückenschmerzpatienten z.B. eine ambulante Rehabilitation empfiehlt, kann er in den meisten Fällen davon ausgehen, dass die Krankenkasse sich für diesen Rat gar nicht interessiert, sondern lieber etwas anderes, z.B. eine stationäre Rehabilitation, durchführen will – am besten zu Lasten eines anderen Kostenträgers wie der Deutschen Rentenversicherung. Der Arzt hätte auf diese Empfehlung also auch verzichten können. Doch der Krankenkassen-Sachbearbeiter ist zufrieden, weil die Anfrage abgeschickt wurde und in einem vorfrankierten Umschlag auch wieder zurückgekommen ist. Wenn ein Arzt an einem Tag zwanzig solcher Anfragen beantwortet, so kostet ihn das nach Feierabend oder während der Sprechstunde eine ganze Stunde. Er stellt sich dabei vor, dass die Auswertung und das Abheften der Anfrage in der Krankenkassengeschäftsstelle schon das halbe Tagwerk eines Sachbearbeiters darstellen könnte.

Die Zeit, die der Arzt mit dem Ausfüllen der verschiedenen Anfragen verbringt, steht natürlich nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Je mehr Anfragen der Arzt beantwortet, umso weniger Patienten kann er behandeln. Und umso länger werden die Wartezeiten.