

Und darüber stolpern alle diejenigen, die vor ihrer eigenen „fundamentalen wissenschaftlichen (was ist das?) Denkweise“ eine größere Ehrfurcht haben, als vor dem unerklärlichen Wunder des Lebendigen ganz allgemein. Schade! Sollte wirklich die genialste Therapieform weiterhin nur an der Verbreiterung ihrer Lehre gehindert werden, weil wir sie mit unseren Kleingeistern einfach nicht erklären können? Für diejenigen Kollegen, die auch weiterhin für die Homöopathie nur ein mitleidiges Lächeln übrig haben, sei gesagt: die bis in seelisch-geistige (!) Bereiche hineinreichende Wirkungsweise richtig angewandter potenziertes Arzneimittel wird für uns immer „nur“ ein Phänomen bleiben. Es wird immer jegliche menschliche Logik übersteigen, warum z. B. ein Erysipel ohne Antibiotika auf eine einzige Gabe Belladonna C30 zu verschwinden beginnt, oder warum eine seit Monaten bestehende schwere reaktive Depression, die dem Vergiftungsbild der Ignatiabohne ähnelt, mit einer einzigen Gabe Ignatia D200 innerhalb von Stunden aufhört zu bestehen!

Wenn demnächst wahrscheinlich der erste Lehrstuhl für homöopathische Medizin in München errichtet wird, frage ich mich, ob die anderen Gesundheitsministerien der Länder bei dem immer mehr zunehmenden Verlangen nach einer Ganzheitsmedizin es sich noch leisten können, bei der Besetzung der Dozentenstellen an den Universitäten nicht endlich auch mal Dozenten für die Verbreitung der Lehre der Homöopathie zu berufen? Man gebe der Homöopathie endlich die Chance, durch Förderung ihrer Lehre, sie mehreren Ärzten und damit mehreren Patienten zugänglich zu machen! Wer aber insbesondere von den jüngeren Kollegen nicht warten will, bis die Homöopathie offiziell sanktioniert ist, dem möchte ich zum tieferen Verständnis ihrer Arbeitsweise auf die Literatur hinweisen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Stefan Koehler
Badstraße 11
8173 Bad Heilbrunn

Kostendämpfung und die Folgen

Zu dem Aufsatz von Dr. med. Gerd Schleeff
in Heft 37/1979, Seite 2354 ff.

Die Akzente über dem Krankenhaus stehen heute generell nicht richtig. Das patientenorientierte Krankenhaus wird gefordert – eine solche Selbstverständlichkeit dürfte eigentlich kein Thema sein. Es heißt, das Krankenhaus sei technikorientiert, krankenkassenorientiert, kostenorientiert wie eine Fabrik, personalorientiert, pflegekraftorientiert, freizeitorientiert, schreibtiſchorientiert. Alle Anklagepunkte haben zweifellos ihre Berechtigung. Dies zu ändern, ist natürlich in erster Linie eine persönliche Anfrage an Ärzte und Schwestern, die dies in Selbstkritik zu sehen, aufzunehmen und zu ändern haben. Aber, sie kommen nicht allein zum Ziel. In erster Linie behindern heute die rigorosen Sparmaßnahmen im Krankenhaus den Fortschritt. Und so paradox es für viele klingen mag, gute Klinik zu treiben, ist heute oft eine Kostenfrage.

Die im Krankenhaus Tätigen müssen dem Bürger aber sagen, daß er selbst zu wenig am wirksamen Ort tut, um Fehlentwicklungen im Krankenhaus rechtzeitig abzufangen oder, sind sie entstanden, wieder abbauen zu helfen. Der Bürger läßt sich zu leicht in das große Stöhnen um eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gleichschalten, in zufriedene Stimmung dann versetzen, wenn sein Krankenkassenbeitrag um ein halbes Prozent gesenkt wird, statt als einer, der zwar im Augenblick vielleicht gesund ist, aber jederzeit krank sein kann, vorbehaltlos zu fordern, daß er vom Staat ein optimal wirksames Gesundheitswesen wünscht. Das größte Gut des Menschen ist die Gesundheit, dies wünschen wir uns an Geburtstagen; mit den anderen Lebensschwierigkeiten wollen wir dann schon fertig werden.

Vor zwei Jahren gab eine Krankenkasse ein Gutachten darüber in Auftrag, wieviele Minuten pro Tag ein Krankenhausarzt sich mit einem einzelnen Patienten befaßt, und es kam heraus, es würden pro Tag durchschnittlich 25 Minuten sein. Alles zusammen genommen also 25 Minuten: Untersuchung, Anamnese, Gespräche, Visite, Röntgenuntersuchungen, Operationen, Arztbrief, 25 Minuten. Und der Gutachter folgerete, dies sei zuviel, 12 Minuten würden vollkommen reichen. Zum Glück hat man nicht gleich die Hälfte aller Ärzte entlassen. Aber, daß so ein unsinniges Gutachten in einer Zeit, in der jeder Patient beklagt, der Arzt hätte zu wenig Zeit für ihn, und richtige Gespräche fänden nicht statt, überhaupt veröffentlicht wurde, spricht für die technokratische Grundstimmung, die im Olymp unseres Gesundheitswesens wirkt. Was aber für mich das Schlimmste und Erstaunlichste war: Ich hatte erwartet, daß ein Proteststurm der Zeitungsleser, der Kranken, der Gesunden-potentiell-Kranken losbrechen würde. Nichts geschah.

Überall in unserer Zeit steigen die Kosten, und wir nehmen dies, zwar zähneknirschend, hin: im Urlaub, im Benzintank, beim Bundestag, in der Stadtverwaltung, in den täglichen Nahrungsmitteln und so weiter. Aber im Gesundheitswesen sollen die Preise nicht nur stehenbleiben, sondern es sollte auch alles noch billiger werden als bisher, trotz aller medizinischen Fortschritte, auf die man natürlich nicht verzichten will. Obwohl man wissen muß, daß 70 Prozent der Krankenhauskosten Personalkosten sind und in der Medikamentenherstellung ebenfalls die inflationistisch ständig steigenden Arbeitskosten enthalten sind! ▷

Die Krankenhäuser stehen heute unter einem harten Kostendämpfungsdruck. Er trifft freie und gemeinnützige Krankenhausträger noch mehr, weil sie ihre Ausgaben nur von den Einnahmen bestreiten können und dabei in Gefahr sind, in die roten Zahlen zu kommen. Dieser Kostendruck wird auf Ärzte und Schwestern in den Krankenhäusern weitergegeben, so daß Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenhausverwaltungen über Kosten heute an der Tagesordnung sind.

Gewissensentscheidungen werden in einer bisher unbekanntenen Unerbittlichkeit gefordert. Sie werden auch der Schwester täglich spürbar, wenn sie vom Arzt die Therapieanweisungen erhält. Die Grenzen einer akzeptablen ärztlichen Handlungseinschränkung liegen dort, wo er gezwungen wäre, eine Krankheit schlechter und oberflächlicher zu diagnostizieren, nur um Kosten zu sparen; wo er Patienten Medikamente vorenthalten müßte, weil diese teuer sind, obwohl er weiß, daß sie dem Kranken schneller, mit dem Ziel einer recht baldigen Beseitigung seines Leidens und gründlicher, mit dem Ziel einer vollen Wiederherstellung der Gesundheit dienen; wo er dem Kranken zwar ein chemisch gleiches Präparat gibt, aber eines auswählt, das nicht die optimale Sicherheit hat. Konkretes Beispiel: Hepatitis-Viren-freies Serum an Stelle eines anderen, das Hepatitis-Viren enthalten kann.

Politiker und Kostenträger werden es weit von sich weisen, dem Patienten etwas vorenthalten zu wollen, das ihm nützt. Sie werden es keinesfalls wollen, daß schlechter diagnostiziert und nicht optimal behandelt wird. Doppelbödig ist dieses Reden.

Was unter den extremen Sparauflagen erzwungen wird, führt uns weg von einer für den Patienten heilsamen Therapiefreiheit und auf den Weg zur Billigmedizin.

Man muß aus der Lage der Krankenhäuser ein Problem der Öffentlich-

keit machen, ein sozialpolitisches Problem, weil der kranke Mensch nicht mehr so behandelt wird oder werden kann, wie er es für selbstverständlich empfinden kann und wie es eine unabhängige Medizin sich vorstellen muß. Es reicht einfach nicht aus, wenn die Krankenkassen den Krankenhäusern nur einen Pflegegehalt bewilligen, der in jedem Jahr nur die prozentuale Erhöhung der Tarifgehälter sowie einen an der Steigerung der Lebenshaltungskosten orientierten allgemein vorgegebenen Zuschlag für die Sachkosten berücksichtigt. Man kann logischerweise in der Medizin überhaupt nicht von Fixkosten ausgehen, die – im Januar bestimmt – für das ganze Jahr mit allen unbekanntenen Krankheitsproblemen reichen sollen. Man muß einen Nachtragshaushalt ermöglichen, den man dann eben aus der konkreten medizinischen Situation des laufenden Jahres entsprechend begründet. Man kann nicht, bildlich gesprochen, sagen, wenn bei eurem Wirtschaften das Geld nur bis Oktober reicht, seht zu, wie ihr in den restlichen Monaten die Kranken heilt. Man kann dies am wenigsten für Kinderkliniken voraussehen, was an Kosten durch das Jahr hindurch anfällt, weil die Infektionskrankheiten in ihrer Häufung, die vollkommen unübersichtlich ist, einen großen Unsicherheitsfaktor in jede Vorausrechnung bringen.

Mit einer solchen Basis, wie sie von seiten der Kostenträger heute im Krankenhaus herrscht, wird ein Fortschritt in der Medizin behindert, wenn dieser an höhere Kosten gebunden ist, ob es sich um ein neues Medikament oder eine neue Untersuchungsmethode handelt (zum Beispiel um den großen Einsatz der Computer-Tomographie). Aber auch davon abgesehen, muß man sich bewußthalten, daß im Laufe eines Jahres eine Häufung bestimmter Krankheiten, zum Beispiel Kinder mit Enzephalitis, eintreten kann, die in diesem Zusammenhang nur durch teure intravenöse Gammaglobuline spezifisch behandelt werden können. Es gibt kein anderes Medikament gegen Viren. Allein fünf solcher Fälle können ohne weiteres ein

ne Kostensteigerung von 100 000 DM bedeuten. Mit einer optimalen Therapie wird hier verhindert, daß die Kinder sterben oder daß Defektheilung mit dem Bilde des Schwachsinns entsteht. Es kann ferner, um ein weiteres Beispiel zu bringen, ein Kind mit Osteosarkom – gewiß, eine relativ seltene Krankheit – ins Haus kommen: eine moderne Behandlung verlangt eine exzessiv hohe Dosis von Zytostatika und dies für längere Zeit. Eine einzige Injektion kann auf rund 10 000 DM kommen.

Was zum Beispiel die Anwendung von Seren als Medikamente betrifft: Die steigende Zahl von Kindern mit Immundefizienz verlangt einen großen Einsatz von Gammaglobulinen. Wenn die Kinder schwer krank sind, also ein schneller Wirkungseintritt verlangt werden muß, oder wenn Kinder eine Blutungsneigung haben (die die Anwendung der billigeren intramuskulären Präparate ausschließt), müssen wir unbedingt auf die intravenösen Präparate gehen, die außerordentlich teuer sind.

Was Medikamente betrifft, die bei gleicher Strukturformel von einzelnen Firmen billiger vertrieben werden: Vordergründig kann es scheinbar keinen Zweifel daran geben, daß man dort einkauft, wo es billiger ist.

Gleichzeitig ist aber die wichtige Frage zu stellen, ob die verbilligten Medikamente wirklich den Qualitätszustand aufweisen, wie er von den im Vergleich aufgeführten renommierten Firmen zu erwarten ist.

Verantwortungsmäßig kann eine reine Verkaufsfirma sicher nicht hinter solchen Medikamenten stehen, da sie sie nicht hergestellt hat. Es gibt immer wieder Erfahrungen, daß unerwünschte Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten von Medikamenten nicht von der deklarierten chemischen Substanz, sondern von Beimengungen herrühren können, die sich im Fertigungsverfahren ergeben haben. Ferner ist noch die wichtige Überlegung herauszuheben, daß die aufgeführten teureren Firmen mit

Kostendämpfung und die Folgen

dem Differenzbetrag gegenüber der reinen Verkaufsfirma ihre Forschung, eine Forschung in die Zukunft, finanzieren. Dazu muß im Interesse der Patienten der pharmazeutischen Industrie die Möglichkeit gegeben bleiben. Wenn dieser Weg, einfach verbilligte Medikamente dort zu kaufen, wo sie zu finden sind, ohne Rücksicht auf Forschungsvorgänge gegangen wird, wird es bald in der Bundesrepublik soweit sein, daß die Zahl der in Deutschland selbst gefundenen Medikamente stark zurückgeht und daß man dann in Deutschland gezwungen ist, mehr, noch mehr als es jetzt schon geschieht, Lizenzpräparate aus dem Ausland zu beziehen.

Schließlich werden von den renommierten pharmazeutischen Firmen wissenschaftliche Abteilungen unterhalten, bei denen der Arzt in Fragen, die die klinisch-wissenschaftliche Forschung betreffen, jederzeit ausführliche Angaben und Literaturhinweise bekommen kann. Solche Hilfen sind von reinen Verkaufsfirmen keinesfalls zu erwarten. Darauf sind diese nicht eingerichtet.

Es wäre zu wünschen, wenn solche Gedankengänge, die den Hintergrund unseres Gesundheitswesens heute beleuchten, mehr in der Öffentlichkeit bekannt würden und dort mitdiskutiert würden. In Zielplankonferenzen oder anderen Konferenzen, in denen Pflegesätze ausgehandelt werden, sind leider nur ausnahmsweise Ärzte aus der Praxis tätig, in erster Linie bleiben Verwaltungsleute der Krankenhäuser, die Vertreter der Krankenkassen und die Funktionäre der Gesundheitsbehörden unter sich. Vielleicht ist es auch bewußte Taktik, das Gremium der Beratung so zusammensetzen. Sicher läßt sich vieles so leichter in Bahnen hineindiskutieren und beschließen, die man aus eigenen sozialpolitischen Vorstellungen sich wünscht.

Professor Dr. med. Michael Hertl
Chefarzt der Kinderklinik
des Krankenhauses Neuwerk
Dünner Straße 214–216
4050 Mönchengladbach 1

Schlußwort

Ihren Beitrag begrüße ich, bringt er doch dem niedergelassenen Kollegen nahe, wie sich die Folgen der Kostendämpfung für den Krankenhausarzt auswirken und welche Sorgen es hier gibt.

Mir lag daran, zu zeigen, daß die jetzige Form der Kostendämpfung den Arzt von seinen eigentlichen Aufgaben ablenkt. Die Qualität unserer Leistung leidet darunter, und das sollte bei allen Diskussionen mehr beachtet werden.

Ganz wichtig bei allen Lösungen ist es, unseren Alltag von allem Ballast für die Arbeit am Patienten freizumachen.

Die heutige Kostendämpfung ist so schlecht, daß wohl jeder Arzt bessere Vorschläge hat. Warum nicht den Krankenkassen ermöglichen, eigene Wege mit Pilotstudien zu gehen?

Was geschieht, wenn die Krankenkasse mit der höchsten Arzneikostensteigerung nicht mehr für jedes verordnete Medikament 1 DM, sondern 10 Prozent der Kosten als Selbstbeteiligung vom Mitglied verlangt? Patienten mit Mindesteinkommen sind sowieso befreit. Oder wenn eine Krankenkasse allen Mitgliedern, die ohne entsprechende Diagnose hohe Kosten verursachen, unter Hinweis darauf eine Broschüre mit Information zuschickt?

Die Kostendämpfung sollte zwischen den Krankenkassen und ihren Mitgliedern ausgehandelt werden.

Der Arzt hat dabei eine beratende Funktion für beide Seiten. Mehr Demokratie im Gesundheitswesen auf unterster Ebene würde vieles in Krankenhäusern und Praxis besorgen.

Dr. med. Gerd Schleef
Internist
August-Exter-Straße 7
8000 München-Pasing

BRIEFE AN DIE REDAKTION

BEREITSCHAFTSDIENST

Die arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzungen um die Ableistung von Bereitschaftsdiensten an Krankenhäusern haben wiederholt die Leser zu Zuschriften veranlaßt. Dr. med. Heinz E. Junghans, der einen Musterprozeß beim Bundesarbeitsgericht in Kassel angestrengt hat, ergänzt die Beiträge von Dr. med. Wolfgang Dau (Heft 26/1979, Seite 1769 ff.) und Dr. med. H. Wittenburg (Heft 40/1979, Seite 2604 f.):

Bundesarbeitsgericht angerufen

Das „aufsehenerregende Urteil des Hamburger Arbeitsgerichts“, Aktenzeichen: 11 Ca. 421/78 vom 31. Januar 1979 ist bekanntlich nicht das erste, sondern das dritte Gerichtsurteil mit einer Bereitschaftsdienstbegrenzung auf einmal pro Woche (hier: Dr. med. Gerhard Limbrock/ÖTV). Es handelt sich also um eine – begrüßungswerte – Nachfolgeklage, erweitert um die Zusatzforderung, nach jedem Nachtdienst nach Hause gehen zu dürfen. Die Forderung „nicht mehr als einmal pro Woche“ (zwangsweise zusätzlich zur regulären Arbeitszeit), also unbeschadet freiwilliger Mehrleistungen, wurde von mir mit der Klage vom 9. November 1976 erstmalig aufgestellt und gegen erhebliche Widerstände in zwei Instanzen durchgesetzt: 1. Arbeitsgericht Hamburg am 24. Februar 1977 (AZ: 4 Ca 230/76), 2. Landesarbeitsgericht Hamburg am 16. Oktober 1978 (AZ: 2 Sa 34/77). Über das Berufungsverfahren wurde schon 1977 und 1978 in Presse, Rundfunk und Fernsehen berichtet (u. a. „Spiegel“ Heft 29/1977, Seite 81). Näheres auch in der Monatschrift des Marburger Bundes „der arzt im krankenhaus“ Heft 10/78 und 11/78 sowie 6/79. Inzwischen ist die Sache (Dr. Junghans/Freie und Hansestadt Hamburg) zur Revision beim Bundesarbeitsgericht in Kassel (AZ: 4 AZR 1181/78) anhängig. Wegen „Arbeitsüberlastung“ sollte ursprünglich erst Ende 1981 dort verhandelt werden können. Nach meinem „Offenen Brief“ an Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg vom 2. Mai 1979 und Eingaben an das Gericht („der arzt im krankenhaus“ Heft 6/1979) erhielt ich aber