

**Aus der Sektion Medizin  
der Universität zu Lübeck**

**Promotionskommissionsvorsitz: Prof. Dr. K.-F. Klotz**



**Ärztliche Kommunikation als Grundlage  
allgemeinärztlicher Versorgung nach § 76 SGB V  
– Medizinphilosophische Ableitung und Praxisergebnisse –**

**Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
- aus der Sektion Medizin –**

**Vorgelegt von  
Ralf Wilhelm Büchner  
aus Ludwigsburg**

**Vorsitzender der  
Prüfungskommission:  
Prof. Dr. med. Karl-Friedrich Klotz**

**Lübeck 2013**

**Aus der Sektion Medizin  
der Universität zu Lübeck**



**Promotionskommissionsvorsitz: Prof. Dr. K.-F. Klotz**

**Ärztliche Kommunikation als Grundlage  
allgemeinärztlicher Versorgung nach § 76 SGB V  
– Medizinphilosophische Ableitung und Praxisergebnisse –**

**Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
- aus der Sektion Medizin -**

**Vorgelegt von  
Ralf Wilhelm Büchner  
aus Ludwigsburg**

**Vorsitzender der  
Prüfungskommission:  
Prof. Dr. med. Karl-Friedrich Klotz**

**Lübeck 2013**

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Tag der mündlichen Prüfung: 07. April 2014

Zum Druck genehmigt.

Lübeck, den 07. April 2014

Promotionskommission der Sektion Medizin

---

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Freie Arztwahl</b>	<b>8</b>
1.1	Einführung	8
1.2	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	15
1.2.1	Demographischer Wandel	16
1.2.2	Medizinischer Fortschritt	19
1.2.3	Finanzielle Situation der GKV	21
1.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen	25
1.3.1	§ 76 SGB V	26
1.3.2	Richtlinie 2011/24/EU	39
1.3.3	Patientenrechtegesetz	43
<b>2</b>	<b>Arzt-Patient-Beziehung</b>	<b>48</b>
2.1	Kulturhistorischer Horizont	49
2.2	Der Arzt, sein Patient und die Krankheit	52
2.3	Grundstörung und Psychosomatische Medizin	67
2.4	Philosophie und Anthropologie der Beziehung	71
<b>3</b>	<b>Ärztliche Kommunikation</b>	<b>79</b>
3.1	Versorgungssituation in Nordfriesland	80
3.2	Parameter kommunikativer Bezüge	92
3.2.1	Methodik und Literatur	93
3.2.2	Ergebnisse	102
3.2.2.1	Überweisungen und Arztbriefe	102
3.2.2.2	Praxiskommunikation	112
3.2.2.3	Primäre Inanspruchnahme von Gebietsärzten	118
3.2.2.4	Arzneimittelausgaben und PRISCUS-Liste	122
3.2.3	Ergebnisse und Erfahrungen	127
<b>4</b>	<b>Diskussion und Perspektive</b>	<b>130</b>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>138</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>141</b>

<b>Danksagung</b>	<b>151</b>
<b>Lebenslauf</b>	<b>152</b>
<b>Publikationsliste</b>	<b>153</b>
<b>Mitgliedschaften</b>	<b>155</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AFP	Agence France-Presse
AU	Arbeitsunfähigkeit
AZS	Auszahlungsschein
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BVA	Bundesversicherungsamt
DMP	Disease-Management-Programm
DOI	Digital Object Identifier (dauerhafte Dokumentenkennung)
EU-ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
GMG	Gesetz zur Modernisierung der GKV
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
IGSF	Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PatRechteG	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGBV	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SVR	Sachverständigenrat im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Wenn nur eine geschlechtsspezifische Bezeichnung gewählt worden ist, gilt diese Bezeichnung auch für das andere Geschlecht. Beide Bezeichnungen stehen dann gleichberechtigt nebeneinander.

***Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen.***

(Viktor v. Weizsäcker)

***Alles wirkliche Leben ist Begegnung ...***

(Martin Buber)

## 1 Freie Arztwahl

### 1.1 Einführung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland gilt als eines der besten Gesundheitssysteme der Welt.

Sie ist charakterisiert durch:

- eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung<sup>1</sup>,
- das Sachleistungsprinzip<sup>2</sup>,
- niedrige Zuzahlungen mit Belastungsgrenze und Befreiung<sup>3</sup>,
- die Vielfalt der Leistungserbringer<sup>4</sup>,
- die Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit<sup>5</sup>,
- eine solidarische, einkommensabhängige Umlagefinanzierung durch Beiträge<sup>6</sup>,
- die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen<sup>7</sup>,
- Selbstverwaltung der Krankenkassen und Ärzte sowie Kollektivverträge<sup>8</sup>,
- Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen und Gesundheitsfonds<sup>9</sup>,

---

<sup>1</sup> § 2 Absatz 1 SGB V.

<sup>2</sup> § 2 Absatz 2 SGB V.

<sup>3</sup> §§ 61, 62 SGB V.

<sup>4</sup> § 2 Absatz 3 SGB V.

<sup>5</sup> § 2 Absatz 4 SGB V: „Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“ Vgl. auch §§ 12, 71 SGB V.

<sup>6</sup> § 3 SGB V: „Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.“

<sup>7</sup> § 3 Satz 3 SGB V.

<sup>8</sup> §§ 4, 72, 77, 82 SGB V. Hierunter fällt auch der Sicherstellungsauftrag in der Vertragsärztlichen Versorgung. Vgl. Beske F, Drabinski T, Wolf JH: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung – Standpunkte und Perspektiven, Band 94 der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel 2002.

- zinslose Liquiditätsdarlehen des Bundes<sup>10</sup> und nur geringe Steuerzuschüsse<sup>11</sup> sowie
- das Recht der Versicherten zur freien Wahl des Arztes<sup>12</sup>.

Insgesamt ist die GKV darauf angelegt, Solidarität und Eigenverantwortung miteinander zu verbinden und eine faire Balance zwischen Freiheit – sowohl für Einzelne als auch für die beteiligten Gruppen und Institutionen – und systemischer Notwendigkeit sowie Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu schaffen.

§ 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung<sup>13</sup> lautet:

#### *Solidarität und Eigenverantwortung*

*Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.*

Die GKV sichert dem Versicherten somit eine leicht zugängliche medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit geringen Zuzahlungen, die relativ zügige Umsetzung des medizinischen Fortschritts ohne Altersbegrenzung und im § 76 SGB V das Recht auf

---

<sup>9</sup> §§ 265-272 SGB V.

<sup>10</sup> § 271 Absatz 3.

<sup>11</sup> Rieser S: GKV-Finzen: Ein verlockender Überschuss. Dtsch Arztebl 2012; 109(8): A-347 / B-303 / C-299. Der Bundesanteil an der Finanzierung der Krankenkassen von 14 Mrd. Euro jährlich soll angeblich dauerhaft auf 12 Mrd. Euro jährlich gekürzt werden.

<sup>12</sup> § 76 SGB V.

<sup>13</sup> § 1 SGB V.

freie Arztwahl zu. Zugleich wurden das Bedürfnis nach besserer Orientierung und die Notwendigkeit von Steuerung und Koordination im System durch das ebenfalls im § 76 SGB V verankerte Hausarzt-Prinzip berücksichtigt. Allerdings ist dieses so ausgestaltet, dass es dem Versicherten frei steht, ob er einen Hausarzt bzw. wie viele Ärzte er tatsächlich in Anspruch nimmt. Eine unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten, der nach dem Wortlaut des Gesetzes<sup>14</sup> entgegenwirken soll, erscheint – wie die defensive Formulierung ohne konkrete Maßnahmen zeigt – unausweichlich. Sie scheint vom Gesetzgeber als systemimmanent billigend in Kauf genommen zu werden – als Preis der Freiheit, könnte man sagen.

Hieran ändert auch der zu wählende Hausarzt nichts. Denn diese Wahl findet schlicht durch das schlüssige Handeln des Versicherten statt, indem er ihn aufsucht. Das bedeutet aber nicht, dass er auch tatsächlich einen Hausarzt hat und regelmäßig konsultiert. Es schließt auch nicht aus, dass er auch noch andere Hausärzte aufsucht. Und es bedeutet schon gar nicht, dass er keine Gebietsärzte<sup>15</sup> primär, d.h. ohne Überweisung, in Anspruch nimmt. Die im Gesetz<sup>16</sup> vorgesehene, jedoch nicht definierte Unterrichtung über Art und Umfang der hausärztlichen Versorgung wird von Versicherten, die als Patient mit einem konkreten Anliegen und mit Beschwerden in die Praxis kommen, weder nachgefragt noch akzeptiert. Sie wollen gehört, beraten und behandelt werden, nicht unterrichtet. Hier geht die Norm an den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten des Arztes vorbei.

Auch der gesetzlich vorgegebene Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten<sup>17</sup> ist nicht immer gewährleistet.

Häufig erhält der Hausarzt keinen Bericht. Das spart Arbeit und Kosten für die gebietsärztliche Praxis, und dem Patienten sind die Informationslücken und -brüche meistens gar nicht als Nachteil bewusst.

---

<sup>14</sup> § 76 Absatz 3a SGB V.

<sup>15</sup> Da auch Hausärzte ganz überwiegend Fachärzte sind, wird von Gebietsärzten gesprochen und der Nachteil in Kauf genommen, dass dies nicht dem üblichen Sprachgebrauch entspricht. Dies ist in Kapitel 3.2. einleitend näher ausgeführt und begründet.

<sup>16</sup> § 76 Absatz 3 SGB V.

Zur Frage und zum Problem werden sie zumeist erst dann, wenn es darum geht, ob eine Krankheit früher hätte erkannt werden können oder müssen und haftungsrechtliche Ansprüche gestellt werden sollen.

Auch die Praxisgebühr, eher als Krankenkassengebühr zu bezeichnen<sup>18</sup>, hatte offenbar keine steuernde Wirkung und wurde ab dem Jahr 2013 wieder abgeschafft. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr begründete dies in einer Presseerklärung vom 9. November 2012 so:

*Die Praxisgebühr wird zum 1. Januar Geschichte sein. Sie hat ihren eigentlichen Zweck, die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren, nicht erfüllt.*<sup>19</sup>

Die Gründe für die fehlende Steuerungswirkung waren vielfältig. So mag es daran gelegen haben, dass die primäre Inanspruchnahme der gebietsärztlichen Versorgung genauso 10 € kostete wie der Besuch beim Hausarzt und im Bedarfsfall auch von dort weitere Überweisungen an andere Gebietsärzte oder sogar die Rücküberweisung an den Hausarzt erfolgen konnten. Die Überweisungskette lief dann eben seitlich oder rückwärts ab.

Die Krankenversichertenkarte ist – und das trifft nach der Abschaffung der Praxisgebühr mehr denn je zu – Eintrittskarte in jede Praxis. Einstellung, Vorinformation und Befindlichkeit des Versicherten bestimmen somit das Maß ärztlicher Inanspruchnahme.

Die im europäischen und weltweiten Vergleich hohe Anzahl der Kontakte zwischen Patient und Arzt in Deutschland<sup>20</sup> spielt in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder eine Rolle.

---

<sup>17</sup> § 76 Absatz 3a SGB V.

<sup>18</sup> §§ 28 Absatz 4, 61, 62 SGB V Sie war gemäß § 61 Satz 4 SGB V „von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“ D.h. die Gebühr wurde von den Krankenkassen mit dem Honoraranspruch verrechnet, musste von den Praxen jedoch kostenlos eingezogen werden.

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Pressemitteilung Nr. 75, Berlin, 09. November 2012; <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/bundestag-ende-der-praxisgebuehr.html> (zuletzt besucht am 18.04.2013).

Allerdings fehlen wissenschaftliche Untersuchungen zu den Ursachen bzw. darüber, woraus sich diese Kontakte ergeben. Gesetzliche Bestimmungen, wie zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder bei Wiederholungsrezepten, tragen sicherlich zur Kontakthäufigkeit bei. Folglich ist eine umfassende Analyse zu fordern. Gleichwohl steht außer Frage, dass die freie Arztwahl ohne ausreichende Steuerung durch die Koordinations- und Lotsenfunktion des Hausarztes eine maßgebliche Ursache darstellt.

Diese Struktur der medizinischen Versorgung bietet hohe Freiheitsgrade für den Patienten; sie hat jedoch Nachteile hinsichtlich der Versorgungsqualität, weil nicht alle Patienten einen Hausarzt haben bzw. dieser nicht umfassend über alle Leistungen informiert wird, die seine Patienten von anderen Ärzten erhalten. Gleichwohl mag sie insofern und so lange akzeptabel erscheinen, wie die GKV ein solches System finanzieren konnte.

Die finanzielle Situation der GKV hat sich jedoch – ungeachtet der aktuellen Überschüsse<sup>21</sup> – nachhaltig verändert und wird sich weiter verändern. Der Leistungsbedarf nimmt aufgrund des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zu, während ebenfalls aufgrund des demographischen Wandels die Möglichkeiten der Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung zurückgehen. Diese Entwicklung wirft die Frage von Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung auf.

Im internationalen Vergleich ist beachtenswert, dass die GKV in Deutschland die hausärztliche Koordination und Steuerung nicht nur zulässt, sondern das Hausarzt-Prinzip gleichsam voraussetzt und nahelegt, aber anscheinend nur im Prinzip und als Prinzip. Denn für alle Versicherten verbindlich vorgeschrieben ist es zwar, einen Hausarzt zu wählen, aber konsequent umgesetzt wird dies nicht.

Die Hausarztzentrierte Versorgung stellt lediglich eine sozialgesetzliche Option dar.

---

<sup>20</sup> AFP: Deutsche gehen im Schnitt 18 Mal im Jahr zum Arzt.  
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35067/Studie-Deutsche-gehen-im-Schnitt-18-Mal-im-Jahr-zum-Arzt> (zuletzt besucht 10.06.2013).

<sup>21</sup> Mihm A: Überschuss höher denn je.  
<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenkassen-ueberschuss-hoehler-denn-je-12092745.html>. Die Rede ist dort von 28 Mrd. Euro. (zuletzt besucht 10.06.2013).

*Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.<sup>22</sup>*

Tatsächlich wird die Hausarztzentrierte Versorgung – trotz der zitierten gesetzlichen Verpflichtung – weder von allen Krankenkassen noch flächendeckend in allen Bundesländern angeboten. Auch die Möglichkeiten zur verbindlichen Implementierung des Hausarzt-Prinzips durch entsprechende Strukturverträge<sup>23</sup> werden kaum genutzt.

Andere europäische Länder wie die Niederlande<sup>24</sup>, Großbritannien<sup>25</sup> und Dänemark<sup>26</sup> hingegen haben das Hausarzt-Prinzip konsequent für alle Versicherten eingeführt, so dass die Versicherten nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht haben, sich bei einem Hausarzt einzuschreiben.

Überweisungen an Gebietsärzte und Einweisungen ins Krankenhaus sind nur durch den Hausarzt möglich. Manche sehen darin weniger die Lotsen-Funktion des Hausarztes als eine Wächter-Funktion hinsichtlich begrenzter Ressourcen und eines möglichst effizienten Einsatzes und bringen dies durch den Begriff Gatekeeper<sup>27</sup> zum Ausdruck. So wurden positive Effekte hinsichtlich Kosten und Effizienz beschrieben.

---

<sup>22</sup> § 73b SGB V Absatz 1. - Der Begriff trifft den Kern der Sache nicht, denn diese Versorgungsform ist auf den Patienten zentriert, auf sein Bedürfnis nach Orientierung, Vertrauen und Therapiesicherheit, nicht auf den Hausarzt. - Der Paragraph wurde durch das GMG v. 14.11.2003 in das SGB V eingefügt und durch das GKV-WSG v. 26.03.2007 (BGBl I S. 378) ergänzt.

<sup>23</sup> § 73a SGB V.

<sup>24</sup> European Observatory on Health Care Systems (WHO Regional Office for Europe): HiT (Health Care Systems in Transition) summary Netherlands 2005. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98861/E84949sum.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98861/E84949sum.pdf) (zuletzt besucht: 10.06.2013). Vgl. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westers G, Devillé W und van Ginneken E: The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1): 1-229.

<sup>25</sup> Boyle S: United Kingdom (England): Health system review, Health Systems in Transition, 2011; 13(1): 1-486. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf) (zuletzt besucht: 10.06.2013).

<sup>26</sup> European Observatory on Health Care Systems (WHO Regional Office for Europe): HiT (Health Care Systems in Transition) summary Denmark 2002. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98836/DENsum.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98836/DENsum.pdf) (zuletzt besucht: 10.06.2013).

<sup>27</sup> Mit dem engl. Begriff Gatekeeper – deutsch: Torwächter oder Torhüter – wird bildhaft bezeichnet, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen und anderen Ärzten durch den Hausarzt eröffnet wird.

Hinsichtlich der Versorgungsqualität erscheinen sie naheliegend, sind allerdings noch nicht hinlänglich untersucht und belegt.<sup>28</sup>

Ein solches System wird auch für Deutschland diskutiert. Unabhängig von den Vor- und Nachteilen für den Patienten sowie für den Haus- und Gebietsarzt scheint nicht absehbar, dass und wann es die dafür erforderlichen politischen Mehrheiten geben wird.

Daher erscheint es an der Zeit, die – philosophisch gesprochen – Balance von Freiheit und Notwendigkeit auch hinsichtlich der freien Arztwahl neu zu bedenken. Ausgehend von den gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen soll die Realität der Versorgung und Kommunikation in der Praxis, wie Patient und Arzt sie in ihrer besonderen Beziehung erleben, aber gerade auch die Kommunikation zwischen Gebietsarzt und Hausarzt, wie sie zur verantwortlichen Behandlung des Patienten unerlässlich ist, also die Überweisungs- und Berichtspraxis untersucht werden.

Zur innerärztlichen Kommunikation waren trotz umfangreicher Recherche nur wenige Arbeiten und kaum aktuelle und belastbare Daten zu finden. Daher werden eigene Praxisdaten erhoben, ausgewertet und in ihrer Bedeutung für den Patienten und das System der GKV diskutiert.

Besondere Berücksichtigung finden dabei die Pharmakotherapie und potentiell inadäquate Medikamente bei älteren Menschen, wie sie in der PRISCUS-Liste aufgeführt sind.

Schließlich stellt sich auf dem Hintergrund der konkreten Ergebnisse und Erkenntnisse die Frage, ob die derzeitigen Strukturen und Regelungen hinsichtlich der Funktion des Hausarztes und hinsichtlich der gebietsärztlichen Versorgung unverändert Bestand haben können.

---

<sup>28</sup> Zentner A, Velasco Garrido M, Busse, R: Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept *Gatekeeping*. Gesundheitswesen 2010; 72(8/09): e38-e44. DOI: 10.1055/s-0029-1234126. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R: The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 28-38.

## **1.2            Gesellschaftliche Rahmenbedingungen**

Die Realität der Versorgung in der Praxis ist geprägt von den gesellschaftlichen Verhältnissen und ihrer Entwicklung; besondere Bedeutung haben:

- der demographische Wandel,
- der medizinische Fortschritt,
- die finanzielle Situation der GKV.

Daher sollen zunächst diese Bereiche dargestellt werden, um danach, ausgehend von der Arzt-Patient-Beziehung, die ärztliche Kommunikation zwischen Gebiets- und Hausarzt am Beispiel einer Allgemeinarztpraxis im ländlichen Raum zu untersuchen.

### 1.2.1 Demographischer Wandel<sup>29</sup>

Determinanten des demographischen Wandels sind der Altersaufbau einer Gesellschaft sowie die Entwicklung der Bevölkerungszahl, wobei hinsichtlich des Altersaufbaus der Anteil der älteren Jahrgänge von besonderer Bedeutung ist, wie von Beske et al. dargestellt:

*Während 2000 erst 13,7 Millionen in der Altersgruppe 65 und älter waren, werden es 2050 rund 22,9 Millionen sein. Eine Steigerung um rund 67 Prozent.*

*Noch eindrucksvoller ist die Zunahme der Altersgruppe 80 Jahre und älter, als Hochbetagte bezeichnet. Ihre Zahl steigt relativ von 3,8 auf 15 Prozent, absolut von 3,1 auf 10 Millionen.*

*Die größte Abnahme weist die Altersgruppe 20 Jahre und jünger mit 40 Prozent von 2000 bis 2050 auf, absolut von 17,4 auf 10,4 Millionen.<sup>30</sup>*

Die Altersgruppe von 21 bis 64 Jahre, als Personen im erwerbsfähigen Alter bezeichnet, ohne dass prognostizierbar wäre, wie viele tatsächlich erwerbstätig sein werden, nimmt absolut von 51,2 Millionen im Jahr 2000 auf 35,5 Millionen im Jahr 2050 ab, also um 30,7 Prozent. Während der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung 2000 noch 62,2 Prozent betrug, geht er auf 51,7 Prozent im Jahr 2050 zurück:

*Die Verschiebung in der Besetzung dieser Altersgruppe hat direkten Einfluss auf die Finanzierung des Gesundheitswesens.*

---

<sup>29</sup> Beske F, Becker E, Katalinic A, Krauss C, Pritzkeleit R: Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 108) 2007. S. 19-22. Basierend auf der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes. Eine Aktualisierung aufgrund der 12. Vorausberechnung findet sich in Beske F, Krauss C: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 118) 2010. S. 16 bis 21. Hierin werden u.a. Annahmen und Modellierung diskutiert sowie die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre zwischen 2012 und 2029 berücksichtigt und entsprechende Altersgruppen gebildet. Der Trend all dieser Berechnungen und Szenarien, auf den allein es hier ankommen soll, bestätigt sich. Weitere Konkretisierung der Thematik in: Beske F, Brix F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R: Versorgungsprognose 2060 - Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 123) 2012.

<sup>30</sup> Beske et al. 2007 (Band 108) S. 19 f.

*Der Anteil derjenigen, von denen die Leistungen zu finanzieren und personell zu erbringen sind, nimmt ab, der Anteil derjenigen, der diese Leistungen nachfragt, nimmt zu.<sup>31</sup>*

Der Altersquotient gilt als Kennzahl für die Belastung der erwerbsfähigen Generationen und ist definiert als Anzahl der Personen der Altersgruppe 65 Jahre und älter pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter:

*2000 waren es 27 Personen, 2050 werden es 64 sein.*

*Wurde 2000 statistisch betrachtet eine Person ab 65 Jahre noch von 3,7 Personen im erwerbsfähigen Alter unterhalten, werden dies 2050 nur noch 1,6 Personen sein.<sup>32</sup>*

Ein Unterstützungsquotient von eins, auf den unsere Gesellschaft offenbar zusteuert, bedeutet somit, dass eine Person ab 65 Jahre auf eine Person im erwerbsfähigen Alter kommt oder anders gesagt, ein Rentner auf einen potentiellen Beitragszahler.

Dies allein zeigt schon die Brisanz des demographischen Wandels für unsere Gesellschaft wie auch für die gesundheitliche, insbesondere hausärztliche Versorgung.

Denn vor allem hier soll die dauerhafte Behandlung und umfassende, auch psychosoziale Betreuung einer zunehmenden Zahl chronisch kranker Patienten geleistet und koordiniert werden.

Tabelle 1 zeigt die Kennzahlen der Bevölkerungsentwicklung von 2000 bis 2050 in 10-Jahres-Schritten als Übersicht.

---

<sup>31</sup> Beske et al. 2007 (Band 108) S. 20.

<sup>32</sup> Beske et al. 2007 (Band 108) S. 20. - In Beske und Krauss (2010 Band 118) S. 18, ergibt sich 2010 ein Altersquotient von 100:30, 2060 von 100:59 bis 68.

Tabelle 1 Kennzahlen der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland  
2000 – 2050

Kennzahl	Jahr						Veränderung 2000 bis 2050 in %
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	
Bevölkerung insgesamt in Mio.	82,3	81,9	80,1	77,2	73,4	68,8	- 16,4
Bevölkerung 65 Jahre und älter in Mio.	13,7	16,8	18,6	22,1	23,5	22,9	+ 67,2
Bevölkerung 80 Jahre und älter in Mio.	3,1	4,3	5,9	6,3	7,9	10,0	+ 222,6
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) in Mio.	51,2	50,0	48,0	42,4	38,4	35,5	- 30,7
Anteil der Älteren (65 Jahre und älter) an der Gesamtbe- völkerung in %	16,6	20,5	23,2	28,7	32,1	33,3	+ 100,6
Anteil Hochbetagter (80 Jahre und älter) an der Gesamtbe- völkerung in %	3,8	5,2	7,4	8,1	10,8	14,6	+ 284,2
Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) an der Gesamtbe- völkerung in %	62,2	61,1	59,9	54,9	52,3	51,7	- 16,9
Altenquotient (65 Jahre und älter je 100 Erwerbsfähige)	26,8	33,6	38,7	52,2	61,3	64,3	+ 139,9
Belastungsquotient (Nichterwerbsfähige je 100 im erwerbsfähigen Alter)	60,7	63,6	66,8	82,1	91,3	93,5	+ 54,0
Potentieller Unterstützungs- koeffizient (Personen im erwerbsfähigen Alter je 1 Person 65 Jahre und älter)	3,7	3,0	2,6	1,9	1,6	1,6	- 56,8

Quelle: Beske et al. 2007 (IGSF Band 108) S. 22 Tabelle I

### 1.2.2 Medizinischer Fortschritt

Unter medizinischem Fortschritt soll die Gesamtheit aller versorgungs- und kostenrelevanten durch den Leistungskatalog der GKV umfassten Innovationen verstanden werden; hierzu zählen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – relativ neue präventive, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten wie:

- Ultraschalluntersuchungen (Sono-, Doppler-Sono- und Echokardiographie),
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie,
- Positronenemissionstomographie,
- nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie),
- histologische, zytologische, laborchemische und molekulargenetische Methoden,
- invasive kardiologische/angiologische Diagnostik/Therapie (Herzkatheter, Stents),
- Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantationen,
- Bypass- und Herzklappen-Operationen,
- Transplantationen,
- endoprothetische Operationen,
- minimal-invasive Operationen,
- Strahlentherapie,
- Chemotherapeutika,
- Zell-Therapien,
- innovative Medikamente,
- psychotherapeutische Angebote,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Impfungen.

Es ist ein Qualitätsmerkmal der GKV, allen Versicherten zeitnah auch medizinische Innovationen zur Verfügung zu stellen.

Das SGB V legt fest, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen „*dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen*“ haben und dass auch „*Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen*“ nicht ausgeschlossen sind. Bei einer lebensbedrohlichen oder „*wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht*“, können auch „*abweichende Leistungen*“ beansprucht werden, „*wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.*“<sup>33</sup>

Dass diese Vorgabe des Gesetzes umgesetzt ist, zeigt der Versorgungsindex, der den Umfang des Leistungskatalogs eines Gesundheitswesens beschreibt. Er ist im internationalen Vergleich in Deutschland sowohl hinsichtlich der Gesundheitsleistungen allein wie auch hinsichtlich der Gesundheits- und Geldleistungen – hierbei handelt es sich vor allem um Lohnersatzleistungen wie Krankengeld – am höchsten.<sup>34</sup>

Auf diesem Hintergrund scheint die Annahme von jährlich 1 Prozent Kostensteigerung durch den medizinischen Fortschritt eher konservativ. Dies gilt auch unter Berücksichtigung einer insgesamt abnehmenden Bevölkerung bei jedoch relativer Zunahme der betagten und hoch betagten Menschen. Daher soll die möglicherweise realistischere Annahme von 2 Prozent im Hinblick auf die finanzielle Situation der GKV ebenfalls dargestellt werden.

---

<sup>33</sup> § 2 Absatz 1 Satz 3 und 2, Absatz 1a Satz 1 SGB V mit einer weitgehenden Öffnung für sog. Alternativmedizin.

<sup>34</sup> Beske F, Drabinski T, Golbach U: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern. Band I Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen; Band II Geldleistungen.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 104) 2005. S. 18 f. Der Versorgungsindex für Gesundheitsleistungen beträgt 119, der Versorgungsindex für Gesundheits- und Geldleistungen beträgt 116, wobei 100 dem Durchschnitt der untersuchten 14 Länder (d.h. Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz und USA) entspricht.

### 1.2.3 Finanzielle Situation der GKV<sup>35</sup>

Die Ausgabenentwicklung der GKV resultiert aus den sog. Pro-Kopf-Ausgaben, die in den verschiedenen Altersgruppen deutlich variieren, und der Anzahl der Versicherten in der jeweiligen Altersgruppe. Das Produkt ergibt die Ausgaben je Altersgruppe, die Summe aller Altersgruppen die Gesamtausgaben.

*Die Pro-Kopf-Ausgaben betragen im ersten Lebensjahr 4.171 Euro und liegen in der Altersgruppe von 1-29 Jahren relativ konstant bei durchschnittlich 979 Euro, um dann kontinuierlich bis zum Alter von 89 Jahren auf 5.585 Euro zu steigen. Ab 90 Jahren ist dann ein Rückgang der Ausgaben (...) auf 5.343 Euro und damit um rund 200 Euro zu verzeichnen.<sup>36</sup>*

Aufgrund der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes werden Variante 1 als „Basisannahme“ sowie eine Variante 2 „starker Anstieg“ mit einer höheren Lebenserwartung von Neugeborenen bis 2060 berechnet.<sup>37</sup>

Somit ergeben sich für die Ausgaben der GKV diese Szenarien:

*Die Ausgabenentwicklung der GKV allein aufgrund der demographischen Entwicklung zeigt eine Verschiebung in höhere Altersgruppen bei niedrigen Ausgaben in jüngeren Altersgruppen, wobei sich 2060 gegenüber 2010 insgesamt keine höheren Ausgaben ergeben. Bei einer Ausgangslage der Ausgaben der GKV von 164 Milliarden Euro 2010 steigen in Variante 1 „Basisannahme“ dann die Ausgaben der GKV bei 1 Prozent Steigerung der jährlichen Ausgaben durch den medizinischen Fortschritt auf 267 und bei 2 Prozent auf 437 Milliarden Euro, bei Variante 2 „starker Anstieg“ allein durch die demografische Entwicklung auf 174, bei Ausgabensteigerungen*

---

<sup>35</sup> Beske und Krauss 2010 (Band 118) insb. S. 12 bis 14.

<sup>36</sup> Beske und Krauss 2010 (Band 118) S. 12 und S. 22f. - Basis sind die Daten des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Risikostrukturausgleich, „... die sich über die Jahre hinweg nur geringfügig ändern“ (S.22, Fußnote 3) auf der Basis des Jahres 2008.

<sup>37</sup> Beske und Krauss 2010 (Band 118) S. 16 und S. 39 (Anlage 1). - Lebenserwartung nach Variante 1-W1 (Basisannahme/-variante) für neugeborene Jungen bis 2060 85,0 und Mädchen 89,2 Jahre, bei Variante 2-W1 hingegen 87,7 bzw. 91,2 Jahre.

*durch den medizinischen Fortschritt von jährlich 1 Prozent auf 286 und von 2 Prozent auf 468 Milliarden Euro.<sup>38</sup>*

Dies bedeutet, dass die Gesamtausgaben der GKV allein aufgrund der abnehmenden Bevölkerung bis 2060 nach Variante 1 nicht und nach Variante 2 nur sehr moderat steigen. Aus demselben Grund steigt jedoch der mittlere monatliche Beitrag je Mitglied, weil deren Zahl 2008 noch rund 51 Millionen betrug, 2060 jedoch nur noch rund 40 Millionen betragen wird, bei Variante 1 von 142 Euro im Jahr 2010 auf 178 Euro im Jahr 2060, also um gut 25 Prozent, bei Variante 2 von 142 Euro auf 184 Euro, also um rund 30 Prozent.

Bezieht man nun noch den medizinischen Fortschritt mit ein, ergibt sich dieses Bild für die Steigerung des mittleren Monatsbeitrages von 2010 bis 2060:

- Variante 1 mit 1 Prozent -> 293 Euro, d.h. eine Steigerung von 106 Prozent
- Variante 1 mit 2 Prozent -> 479 Euro, d.h. eine Steigerung von 227 Prozent
- Variante 2 mit 1 Prozent -> 303 Euro, d.h. eine Steigerung von 213 Prozent
- Variante 2 mit 2 Prozent -> 496 Euro, d.h. eine Steigerung von 349 Prozent

Dies bedeutet für den Beitragssatz, dass sich ausgehend von 14,9 Prozent im Jahr 2010 für das Jahr 2060 folgende Hochrechnung ergibt:

- Variante 1 Demografie -> 18,6 Prozent
- Variante 1 mit 1 Prozent -> 30,6 Prozent
- Variante 1 mit 2 Prozent -> 50,1 Prozent
- Variante 2 Demographie -> 19,3 Prozent
- Variante 2 mit 1 Prozent -> 31,7 Prozent
- Variante 2 mit 2 Prozent -> 51,7 Prozent.

---

<sup>38</sup> Beske und Krauss 2010 (Band 118) S. 13, vgl. auch S. 30.

Das jährliche Einnahmedefizit der GKV würde somit bis zu 310 Milliarden Euro betragen.

Beske und Krauss kommen zu dieser zusammenfassenden Schlussfolgerung:

*Gelingt es nicht, das jährliche Defizit durch Zusatzbeiträge, Prämien, Steuerzuschüsse, Rationalisierung, Honorarkürzungen und Ausgabenreduzierungen zu decken, so bleibt ausschließlich eine Leistungseinschränkung. Die einzige Alternative wäre die stille Rationierung.*

*Die Dynamik der medizinischen Forschung erlaubt die Annahme, dass die Ausgabensteigerung der GKV eher bei 2 Prozent der jährlichen Ausgaben liegen dürfte, so dass der Beitragssatz sowohl bei der „Basisannahme“ als auch bei der Annahme „starker Anstieg“ 2060 über 50 Prozent betragen würde. Selbst ein um einiges unter dieser Prognose liegender Beitragssatz wird nicht diskussionswürdig sein.<sup>39</sup>*

Demgegenüber wird derzeit mit erheblichem Medienecho auch die These vertreten, dass die alters- bzw. demographiebedingten Ausgabensteigerungen der GKV bzw. der Zusammenhang zwischen Ausgabensteigerungen in der GKV und demographischem Wandel überschätzt würden. Felder vertritt diese Auffassung seit 1996<sup>40</sup> und auch im aktuellen Versorgungsreport 2012<sup>41</sup> des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO). Auch Manuela Nöthen geht aufgrund ihrer Berechnungen in einer Publikation des Statistischen Bundesamtes davon aus, dass die demographiebedingten Kostensteigerungen im Krankenhaus je nach Kalkulationsmodell bis 2030 jährlich lediglich 0,2 bis 0,5 Prozent betragen werden.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Beske und Krauss 2010 (Band 118) S. 14.

<sup>40</sup> Felder S, Zweifel P: Gesundheits- und sozialpolitische Implikationen des Alterungsprozesses. In: Zweifel P, Felder S (Hrsg.): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. – Bern (Haupt Verlag) 1996. S. 221-249. Sowie Felder, S.: Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie.- Plenumsvortrag auf der Jahrestagung für Sozialpolitik.- Bonn 28.09.2005.

<sup>41</sup> Felder, S.: Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar? In: Günster, Chr.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2012.- Stuttgart (Schattauer Verlag) 2011. S. 23-32.

<sup>42</sup> Nöthen M: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Juli 2011, S. 665-675.

Beide begründen dies mit der Kostenkompressionsthese von Fries<sup>43</sup> aus dem Jahr 1980, wonach nicht das Alter als solches, sondern die Sterbekosten, mithin die Nähe zum Tod die entscheidende Rolle spiele.

Dem treten Beske und Brix mit Verweis auf steigende Pro-Kopf-Ausgaben im Alter, altersabhängige Sterblichkeit bzw. Sterbeziffer sowie die Zunahme chronischer Erkrankungen als Ausgabenfaktor auch im Alter entgegen:

*„Es bleibt dabei: Altersabhängige Ausgabensteigerung, weniger Beiträge und medizinischer Fortschritt gefährden die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung“.*<sup>44</sup>

---

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaJuli11.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaJuli11.pdf?__blob=publicationFile) (zuletzt besucht 10.06.2013).

<sup>43</sup> Fries JF: Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. In: N Engl J Med 1980; 303: 130-136.

<sup>44</sup> Beske F, Brix F.: Es bleibt dabei: Altersabhängige Ausgabensteigerung, weniger Beiträge und medizinischer Fortschritt gefährden die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arzt und Krankenhaus 1/2012. S. 14-19.

### 1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Auf dem Hintergrund der dargestellten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die von demographischem Wandel und medizinischem Fortschritt sowie einer absehbar prekären finanziellen Situation der GKV gekennzeichnet sind, sollen nun die gesetzlichen Rahmenbedingungen dargestellt werden.

Dies sind:

- § 76 SGB V,
- Richtlinie 2011/24/EU,
- Patientenrechtegesetz.

§ 76 SGB V regelt die freie Arztwahl im System der GKV und verdient daher nähere Betrachtung.

Die Richtlinie 2011/24/EU der Europäischen Union vom 09.03.2011 regelt die freie Arztwahl innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und soll bis 25.10.2013 in nationales Recht umgesetzt sein. Die Sichtweise, dass die medizinische Versorgung unter die Freizügigkeit von Waren oder Dienstleistungen fällt, wird im Hinblick auf die Konsequenzen dieser europäischen Gesetzgebung für die freie Arztwahl in der GKV dargestellt.

Schließlich soll auch das Patientenrechtegesetz auf seine Implikationen für die freie Arztwahl untersucht werden.

### 1.3.1 § 76 SGB V

Die freie Arztwahl gilt als konstitutiv für unser freiheitliches Gesundheitswesen und die GKV. Das Recht zur freien Auswahl des Arztes<sup>45</sup> und des Krankenhauses findet sich bereits in der Reichsversicherungsordnung (RVO) und wurde 1988 durch das Gesundheitsreformgesetz in das SGB V über- bzw. aufgenommen. Durch Gesetz vom 21.12.1992<sup>46</sup> wurde das Hausarzt-Prinzip in Absatz 3 Satz 2 und 3 sowie durch Gesetz vom 23.06.1997<sup>47</sup> ein zusätzlicher Absatz 3a eingefügt, durch den die Regelung ihre heute gültige Fassung erhielt. Der Gesetzestext verdient genauere Betrachtung, weil hier das Recht auf freie Arztwahl definiert ist. Zentrale Aussagen und wichtige Begriffe sind zum besseren Verständnis hervorgehoben. § 76 SGB V lautet:

*(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 **frei wählen**. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf aufgrund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.*

*(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächst erreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Ein-*

---

<sup>45</sup> Vgl. zur Historie Grosse CJ: Die freie Arztwahl bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen. Berlin (Schall & Grund) 1896.

<sup>46</sup> BGBl I 1992 S. 2266 (Gesundheitsstrukturgesetz).

<sup>47</sup> BGBl I 1997 S. 1520 (GKV-Neuordnungsgesetz).

richtungen oder medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die **Mehrkosten** zu tragen.

(3) Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. **Der Versicherte wählt einen Hausarzt.** Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben.

(3a) Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer **unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme** von Vertragsärzten entgegenwirken und den **Informationsaustausch** zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen dem Versicherten gegenüber zur **Sorgfalt** nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) **Die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung können** unter den Knappschaftsärzten und den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen **frei wählen**. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

In diesem Paragraphen werden neben Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern zahlreiche weitere, mehr oder weniger bekannte bzw. mehr oder weniger spezialisierte Formen der Versorgung genannt: Medizinische Versorgungszentren (MVZ), aber auch Zahnkliniken und Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sowie ermächtigte Ärzte oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmende Einrichtungen. Acht Mal wird auf andere Regelungen des SGB V verwiesen. Die Komplexität der Formulierungen und Regelungen im SGB V sowie ihre Dichte – manche sprechen bildhaft von einem Paragraphen-Dschungel – konstituieren und reflektieren zugleich die Komplexität des GKV-Systems und machen deutlich, wie schwierig es für Patienten und Ärzte – also die unmittelbar Betroffenen – ist, sich darin zurechtzufinden.

Diese im Wechselspiel von konkurrierenden politischen Zielsetzungen und Gesetzgebung einerseits und Versorgungsbedarf, Versorgungswirklichkeit und konkurrierenden Versorgungskonzepten andererseits sich entwickelnde zunehmende Komplexität mag mit dazu beitragen, dass die Ansprüche und Erwartungen Einzelner wie auch der beteiligten Gruppen oftmals größer sind als die tatsächliche Leistungszusage und Leistungsfähigkeit des Systems. Das Spannungsverhältnis von Wunsch und Wirklichkeit, von Anspruch und Finanzierbarkeit wird bereits in diesem § 76 SGB V exemplarisch sichtbar.

Im 1. Absatz wird der Geltungsbereich der freien Arztwahl dargestellt, in den Absätzen 2, 3 und 3a wird sie örtlich, zeitlich sowie in Art und Umfang eingeschränkt. Im 4. Absatz werden Ärzte und Einrichtungen zur Sorgfalt nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)<sup>48</sup> verpflichtet und im 5. Absatz wird die freie Arztwahl auf die knappschaftliche Krankenversicherung ausgedehnt, die zuvor Knappschaftsärzten vorbehalten war.

Was ist nun mit freier Arztwahl gemeint? Wie definiert das SGB V die freie Arztwahl?

Verstanden wird unter freier Arztwahl gemeinhin, dass jede und jeder Versicherte jeden zur ambulanten Versorgung zugelassene Arzt<sup>49</sup> in beliebiger Häufigkeit und Kombination mit anderen Ärzten derselben Fachrichtung oder anderer Fachrichtungen, also durchaus auch nebeneinander – vielleicht um sich durch eine Zweit- oder Drittmeinung sicherer zu fühlen – ganz und gar „frei wählen“ könne.

Allerdings trifft diese Annahme so nicht zu.

---

<sup>48</sup> Durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20.2.2013 BGBl I 2013 S. 277 sind neben Änderungen in der Beweislast auch Klarstellungen hinsichtlich der erforderlichen Mitwirkung des Versicherten in § 630c BGB – Stichwort Partnerschaftsgedanke vorgenommen worden, die in diesem Kontext relevant sind und noch erörtert werden.

<sup>49</sup> Hinzu kommen: Ermächtigte Ärzte, ermächtigte oder nach § 116b SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmende Einrichtungen, Zahnkliniken der Krankenkassen, Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2 SGB V nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen, nach § 72a Abs. 3 SGB V vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichtete Ärzte und Zahnärzte, zum ambulanten Operieren zugelassene Krankenhäuser und Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V.

Nach dem Willen des Gesetzgebers kann der Versicherte eben gerade nicht absolut frei wählen, sondern nur mit Einschränkungen:

- Wird nicht einer der nächsterreichbaren Ärzte gewählt, hat der Versicherte die Mehrkosten<sup>50</sup> zu tragen.
- Der Arzt soll „*innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes*“<sup>51</sup> gewechselt werden.
- Der Versicherte wählt einen Hausarzt<sup>52</sup>, der über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung informiert und die Teilnahme auf seinem Praxisschild angibt.
- Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KV), „*haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.*“<sup>53</sup>

Diese Einschränkungen sind wenig bekannt und werden noch weniger beachtet:

- Hinsichtlich der Regelung, einen der nächsterreichbaren Ärzte wählen zu müssen, stellt sich die Frage, wer das ist bzw. welche Wahlfreiheit der gewählte Plural in der Formulierung offen lässt: Am selben Ort, in einem bestimmten Umkreis, verkehrsgünstig zu erreichen oder der Arzt, der zum nächstgelegenen Zeitpunkt einen Termin vergeben kann und damit erreichbar ist? All das ist in der Stadt anders als auf dem Land und vermutlich von Ort zu Ort verschieden. Und entstehen dadurch überhaupt Mehrkosten: Warum und welche, wie sind sie zu beziffern? Offenbar ist kein Fall bekannt, wo diese Regelung zur Anwendung kam, obwohl sie im Kontext der anderen einschränkenden Bestimmungen des § 76 SGB V und der politischen Zielsetzung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung durchaus sinnvoll erscheinen mag.

---

<sup>50</sup> § 76 Abs. 2 SGB V.

<sup>51</sup> § 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

<sup>52</sup> § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V.

<sup>53</sup> § 76 Abs. 3a SGB V.

- Hinsichtlich der Regelung, dass der Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres oder Quartals nur aus wichtigem Grund gewechselt werden soll, stellt sich die Frage, was ein wichtiger Grund ist: Schwierigkeiten bei der Terminvergabe, Vertrauensverlust, eine unfreundliche Arzthelferin oder der verständliche Wunsch nach einer zweiten Meinung? Denkbar sind viele wichtige Gründe, die kaum überprüfbar sein dürften, da es sich wie beim nächsterreichbaren Arzt auch um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt. Außerdem ist es eine Soll-Bestimmung, und es gibt keine Sanktionen, falls der Versicherte doch wechseln sollte.
- Hinsichtlich der Regelung, dass der Versicherte einen Hausarzt wählt, stellt sich die Frage: Wie trifft er sie, was bedeutet diese Wahl für den Versicherten im Einzelfall, welche Bedeutung misst er ihr bei, welches Maß an Verbindlichkeit und umfassender Information gegenüber seinem Hausarzt ergibt sich für ihn daraus, und wer klärt denjenigen Versicherten über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung auf, der primär Gebietsärzte in Anspruch nimmt und sich so gut behandelt fühlt oder unter der mangelnden Integration der verschiedenen spezialisierten Sichtweisen leidet, aber keinen anderen Weg kennt?
- Hinsichtlich der unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten und des geforderten Informationsaustauschs stellt sich die Frage, ob Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen ihre Daten daraufhin abgleichen und auswerten, ob sie überhaupt ein Interesse daran haben, diese Mehrfachinanspruchnahme zu verhindern, und falls ja, wie sie es tun könnten?

Vorläufiges Fazit:

Spätestens seit Einführung der Krankenversicherungskarte kann der Versicherte de facto alle niedergelassenen Ärzte ohne jede Einschränkung in Anspruch nehmen. Er kann auch mehrere Hausärzte aufsuchen, ohne dass diese voneinander wissen. Er kann ohne Überweisung durch den Hausarzt sämtliche Gebietsärzte direkt aufsuchen, also primär in Anspruch nehmen, ohne dass der oder die Hausärzte davon wissen oder zwangsläufig einen Bericht erhalten.

Denn der Gebietsarzt weiß möglicherweise genauso wenig über den Hausarzt wie der Hausarzt über den Gebietsarzt. Doctor-Hopping und Missbrauch der Versichertenkarte werden vielfach thematisiert und beklagt; doch leider fehlen hierzu konkrete Daten. Festzuhalten ist allerdings, dass weder örtliche und zeitlich Einschränkungen der Inanspruchnahme von Ärzten bei Nichtbeachtung Sanktionen nach sich ziehen noch die unterlassene Wahl eines Hausarztes.

Was die im Gesetz seit 1997 vorgeschriebenen Vereinbarungen angeht, lässt diese Einschätzung aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) tief blicken:

*§ 76 Abs. 3a SGB V weist den Partnern der Bundesmantelverträge die Aufgabe zu, geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.*

*In den Bundesmantelverträgen sind jedoch keine entsprechenden Regelungen zur Verhinderung der unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme geregelt. Ich halte es auch für rechtlich bedenklich, die freie Wahl des Arztes durch den Versicherten durch eine bundesmantelvertragliche Regelung einzuschränken. Nach § 64 Abs. 4 Satz 1 SGB V können auf Landesebene Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch Versicherte durchgeführt werden. Über entsprechende Modellvorhaben ist uns nichts bekannt.<sup>54</sup>*

Wenn der Gesetzgeber in § 76 SGB V der Einschränkung der freien Arztwahl drei Absätze widmet, davon in der Praxis jedoch seit 1988, 1992 bzw. 1997 wenig oder gar nichts bekannt ist und im Alltag der ambulanten medizinischen Versorgung umgesetzt wird, dann muss das eine wie das andere Gründe haben, denen nachzugehen lohnend erscheint.

---

<sup>54</sup> E-Mail der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vom 04.07.2012 an das IGSGF, dass die KBV diese Einschätzung übermittelt habe, dies jedoch keine „offizielle“ Stellungnahme darstelle; - der geschilderte Sachverhalt dürfte gleichwohl zutreffend sein.

Welche Gründe haben den Gesetzgeber zur Einschränkung der freien Arztwahl bewogen und welche Absichten und Ziele sind bzw. welches Versorgungskonzept ist damit verbunden?

Die Vorschrift, dass einer der nächsterreichbaren Ärzte zu wählen ist und der Versicherte sonst die Mehrkosten zu tragen hat impliziert, dass der Versicherte diesen Arzt jedes Mal wählt, wenn er krank wird bzw. Beschwerden oder Probleme hat, die ihn beunruhigen. Dadurch entsteht im Laufe der Zeit eine stabile Patient-Arzt- bzw. Arzt-Patient-Beziehung<sup>55</sup>, die auf Offenheit, Vertrauen und Kontinuität basiert.

Der Versicherte weiß, dass sein Arzt ihn, seine Vorgeschichte, sein familiäres, berufliches und soziales Umfeld kennt und damit in der Lage ist, am schnellsten und effektivsten zu Diagnose und Therapie zu kommen.

Mehrkosten, die zwangsläufig entstehen, wenn Patient und Arzt sich neu kennenlernen müssen, werden vermieden.

Dieselbe Überlegung liegt auch der Vorschrift zugrunde, den Arzt nicht während des Quartals zu wechseln.

Und selbstverständlich ist hier nicht von irgendeinem Arzt die Rede, sondern vom Hausarzt. Denn nur er kann Ansprechpartner in allen Lebenslagen sein. Nur er kennt den Versicherten als seinen Patienten zumeist relativ umfassend, d.h. auch dessen Angehörige und Umfeld. Nur er kann auf diesem Hintergrund darüber beraten, welche weiterführenden Untersuchungen ggfs. erforderlich, welche Gebietsärzte zu konsultieren und wie deren Befunde und Empfehlungen sinnvollerweise umsetzbar sind. Nur er hat bei dieser Versorgungskonzeption alle erforderlichen Informationen und Befunde, um die Übersicht behalten und die Verantwortung übernehmen zu können, gerade auch für die Medikamente, die der Patient einnimmt.

---

<sup>55</sup> Der Begriff geht zurück auf das Buch von Balint, Michael: *The Doctor, His Patient and The Illness*. – London <sup>1</sup>1957. Zit. nach *Millenium Reprint (MR)* <sup>2</sup>1963. – London (Churchill Livingstone) 2000. - In dt. Übersetzung (dt.): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*.- Stuttgart (J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH 1966) <sup>11</sup>2010.

Risiken durch eine unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten, durch Polypragmasie – jeder Arzt versucht aus seiner fachspezifischen Sicht etwas anderes – und Polypharmazie, also unkoordinierte Pharmakotherapie – jeder Arzt verschreibt aus seiner fachspezifischen Sicht etwas anderes – werden minimiert, was im ureigensten Interesse des Patienten liegt.

Alle gesetzlichen Einschränkungen der freien Arztwahl konvergieren auf die Koordinations- und Lotsenfunktion des Hausarztes hin, der so dauerhaft Verantwortung übernimmt für den Patienten.

Gerade im Zeitalter einer hoch spezialisierten und technisierten Medizin sowie in einer Gesellschaft des längeren Lebens<sup>56</sup>, wie es der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) nennt, ist es für immer mehr Menschen, gerade auch chronisch kranke und ältere Menschen, besonders wichtig, einen Ansprechpartner ihres Vertrauens zu haben, wo sie sich mit allen Beschwerden, Fragen, Sorgen und Nöten gut aufgehoben fühlen. Damit hängt das Bedürfnis zusammen, als ganzer Mensch gesehen und akzeptiert zu werden und eben nicht nur auf Defizite und Beeinträchtigungen bzw. auf ein Organ oder Organsystem reduziert zu werden. Letztlich handelt es sich um das Bedürfnis nach Beheimatung und menschlicher Zuwendung in einer zunehmend als komplex, technisch, digital, kalt und fremd erlebten Welt.

Auch dadurch leistet die gute und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Hausarzt einen entscheidenden Beitrag sowohl zur Heilung von Krankheiten und Linderung von Beschwerden wie auch in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen. Sie stärkt in unserer heutigen als post- oder nachmodern bezeichneten Zeit die jahrtausendealte personale Dimension des Heilens. Das ist ihr Beitrag gegen – um mit dem Soziologen Georg Lukacs zu sprechen – die „*transzendente Obdachlosigkeit*“<sup>57</sup> des Menschen.

---

<sup>56</sup> SVR: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Bonn 2009. <http://www.svr-gesundheit.de> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>57</sup> Lukacs G: Die Theorie des Romans. – Berlin (Paul Cassirer) <sup>1</sup>1920, Neuauflage Bielefeld (WA Band 2 Aisthesis Verlag) 2009. [http://de.wikipedia.org/wiki/Georg\\_Luk%C3%A1cs](http://de.wikipedia.org/wiki/Georg_Luk%C3%A1cs) (zuletzt besucht: 10.06.2013)

Diese subjektiven Bedürfnisse vieler Versicherter stehen durchaus im Einklang mit den objektiven Gründen für das Hausarzt-Prinzip: Der Hausarzt gewährleistet eine beziehungsorientierte, wohnortnahe, bedarfsgerechte, effektive, risikoarme und kostengünstige Behandlung. Sofern der Hausarzt zuerst aufgesucht wird, kann er durch Gespräch, körperliche Untersuchung, Labor und weitere diagnostische Maßnahmen die meisten Erkrankungen effektiv feststellen und behandeln.

Das stellt in einem gestuften Modell der Diagnostik und Behandlung die Versorgungsebene I dar. Nur wo es wirklich notwendig ist, erfolgt die Überweisung zum Gebietsarzt, also in die Versorgungsebene II, oder die Einweisung ins Krankenhaus, also die Versorgungsebene III.

Dieses Modell der verschiedenen Versorgungsebenen bzw. der Stufendiagnostik folgt auch dem ökonomischen Prinzip, dass die Behandlung dort stattfinden soll, wo sie sowohl für den einzelnen Patienten als auch für die Solidargemeinschaft der Versicherten am wenigsten Aufwand verursacht und damit am kostengünstigsten ist. Dies ist bei begrenzten Ressourcen und angesichts der durch demographischen Wandel und medizinischen Fortschritt zunehmend gefährdeten Finanzierbarkeit der GKV ein weiteres wichtiges Argument, die freie Arztwahl des Versicherten einzuschränken und die Lotsenfunktion des Hausarztes, also seine integrierende, koordinierende und steuernde Rolle nachhaltig zu stärken.

Diese logisch nachvollziehbaren, vernünftigen und auch im Interesse der Versicherten liegenden Einschränkungen der freien Arztwahl und das intendierte Hausarzt-Prinzip haben sich in den letzten Jahrzehnten nicht durchsetzen können. Woran liegt das?

Zunächst ist offensichtlich, dass gesetzestechnisch und handwerklich viele unbestimmte Rechtsbegriffe gebraucht wurden. Aber die können bekanntlich gefüllt und definiert werden, wie es in anderen Bereichen auch geschieht. Das scheint eher symptomatisch als ursächlich. Die Vermutung liegt daher nahe, es habe kein hinlängliches Interesse daran bestanden bzw. auch der notwendige politische Druck für eine konsequente Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben gefehlt.

Obwohl das Hausarzt-Prinzip gesamtwirtschaftlich als sinnvoll anzusehen ist, haben unterschiedliche haus- und gebietsärztliche Interessen sowie das ärztliche Vergütungssystem offenbar dazu beigetragen, dass die Umsetzung nicht gelang.

Es lassen sich drei Phasen bzw. Szenarien unterscheiden:

Zu Zeiten der Einzelleistungsvergütung bedeutete jeder Arztwechsel durch den damit verbundenen Aufwand, den Patienten neu zu untersuchen und kennenzulernen, zusätzliche Kosten.

Dies blieb im Prinzip auch bei zunehmender Pauschalierung und Budgetierung so, nur dass bei gedeckelter Gesamtvergütung und von der Fallzahl pro Quartal abhängigen weitgehend pauschalierten Honorarbudgets für jede Praxis sich zwar die Punktzahlmengen vermehrten, aber Punkt- und Fallwerte sanken, da die Menge des zur Verfügung stehenden Geldes nicht mehr wurde. Für die Krankenkassen und auch die Politik ergab sich die komfortable Situation, dass die durch vermehrte Inanspruchnahme mehr erbrachten Leistungen von den Ärzten selbst bezahlt wurden und zu innerärztlichen Umverteilungen führten.

Wer in diesem Hamsterrad nicht mitgehen und seine Fallzahl steigern konnte, gehörte – relativ gesehen – zu den Verlierern. Bei steigenden Gebietsarztzahlen und der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen aus dem sog. Facharztanteil der Gesamtvergütung sowie sinkenden Hausarztzahlen sorgte die sog. Hausarzt-Facharzt-Trennung in der Honorarverteilung dafür, dass bei einzelnen Gebietsärzten und Gebietsarztgruppen eher eine Honorarminderung eintrat, während das hausärztliche Honorar vergleichsweise stabil blieb.

Nachdem nun durch das inzwischen geltende Modell der Regelleistungsvolumina einerseits die relativ festen prozentualen Fachgruppen-Anteile an der Vergütung samt der sog. Hausarzt-Facharzt-Trennung weggefallen sind, andererseits die übers Regelleistungsvolumen hinausgehenden Mehrleistungen zumindest abgestaffelt von den Krankenkassen vergütet werden müssen, ist eine neue Situation entstanden.

Einerseits werden die Mehrkosten zumindest teilweise von den Krankenkassen getragen werden müssen, was positiv ist; andererseits sind die weitestgehend pauschalieren und in ihrer Zahl abnehmenden Hausärzte den Honoraranforderungen der zunehmenden Zahl der Gebietsärzte sowie deren Honorardynamik relativ ungeschützt ausgesetzt.

Aus diesen drei Honorarverteilungsszenarien ergeben sich Konsequenzen auch für die Haltung zur freien Arztwahl:

- Zu Zeiten der Einzelleistungsvergütung hatten die Krankenkassen die Mehrleistungen zu tragen; sie waren an einer Begrenzung und damit auch an Einschränkungen der freien Arztwahl interessiert, die Ärzte hingegen nicht.
- Zu Zeiten der gedeckelten Gesamtvergütung und zunehmenden Pauschalierung hatten die Ärzte die Mehrleistungen zu tragen; sie waren an einer Begrenzung und damit auch an Einschränkungen der freien Arztwahl interessiert, die Krankenkassen hingegen nicht.
- Zu Zeiten der Regelleistungsvolumina haben die Krankenkassen die Mehrleistungen zum Teil wieder zu tragen; sie müssten an einer Begrenzung und damit auch Einschränkung der freien Arztwahl wieder interessiert sein, die Ärzte aber eher nicht. Denn die Gebietsärzte sehen die Möglichkeit, Boden wieder gutzumachen und fürchten die Abhängigkeit von den Hausärzten; den Hausärzten fehlt der Anreiz, weil ihnen die durch ihre Leistung erzielten Einsparungen vermutlich kaum zugute kämen.

Aber nicht nur das ärztliche Vergütungssystem und die bei allen Diskussionen darüber stets gegenwärtige Sorge der Gebietsärzte, in Abhängigkeit von den Hausärzten zu geraten, haben die sinnvolle Beschränkung der freien Arztwahl de facto verhindert.

Letztlich scheint der Grund in den konkurrierenden politischen Konzeptionen zur Weiterentwicklung der GKV zu liegen.

Wie soll unser Gesundheitssystem maßgeblich organisiert sein?

- Staatlich wie z.B. der National-Health-Service in Großbritannien?
- Öffentlich-rechtlich wie z.B. die GKV heute?
- Privatwirtschaftlich-wettbewerblich wie z.B. in den USA?
- In welchem Verhältnis sollen staatliche Vorgaben und staatlicher Einfluss zu marktwirtschaftlichen Strukturen und Elementen stehen?
- Wie soll das Verhältnis von Gemeinwohl- und Gewinnorientierung aussehen?
- Wie können zukünftig Versorgung, Qualität und Effizienz sichergestellt werden?

Einerseits häufen sich die Klagen über staatliche Überregulierung und unnötige Reglementierung bei Patienten und Ärzten, und das Modell der Bürgerversicherung wird vielfach als Versuch der Verstaatlichung des Gesundheitswesens betrachtet. Andererseits besteht ebenso große Skepsis gegenüber dem Modell der Gesundheitsprämie und der neoliberalen Auffassung, dass der Markt schon alles richten werde.<sup>58</sup>

So offen die Krise der beitragsfinanzierten Sozialsysteme durch den demographischen Wandel<sup>59</sup> und den medizinischen Fortschritt hinsichtlich der Gesetzlichen Rentenversicherung diskutiert und auf die Notwendigkeit zusätzlicher individueller Vorsorge hingewiesen wird, so tabuisiert bleibt dieselbe Diskussion hinsichtlich der GKV. Wahrscheinlich weil das Krankheitsrisiko als unmittelbar gegenwärtig wahrgenommen wird, die Rente hingegen als in mehr oder minder ferner Zukunft liegend.

Wenn also der Slogan „Die Rente ist sicher!“ schon längst belächelt wird, muss immer noch gelten „Die Krankenversicherung ist sicher!“

---

<sup>58</sup> Vgl. Büchner RW: Wettbewerb heilt nicht alle Wunden. Interview. Nordlicht Aktuell 2/2008; S. 6-7.

<sup>59</sup> Deutscher Bundestag (Hrsg.): Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik.- Berlin (Zur Sache 3) 2002.

Politisch bedeutet dies jedoch, dass der Diskurs über die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und der GKV allenfalls fragmentarisch, beschwichtigend und auf größtmöglichen überparteilichen Konsens<sup>60</sup> hin geführt wird.

Kaum ein Jahr ohne Gesundheitsreform, jedoch mit derart paradoxen politischen Vorgaben, wie dem sog. solidarischen Wettbewerb der Krankenkassen bei einheitlichem Leistungskatalog und in einem öffentlich-rechtlichen System oder unter der spieltheoretischen Annahme, wenn möglichst vieles zugelassen werde in der GKV, würden sich die zukunftsfähigen Lösungen nahezu von selbst herauskristallisieren.

Das erinnert an Goethe:

*Besonders aber laßt genug geschehn!*

*Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen<sup>61</sup> ...*

Eine überzeugende, glaubwürdige und nachhaltig finanzierbare Perspektive für unser Gesundheitssystem ist derzeit allerdings nicht erkennbar.

Damit ist festzuhalten, dass die im SGB V vorgesehene Beschränkung der freien Arztwahl und die damit verbundene Stärkung der Koordinations- und Lotsenfunktion des Hausarztes sowohl im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung als auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei knappen Ressourcen sozial- und versorgungspolitisch zwar durchaus sinnvoll erscheint, bislang jedoch an den divergierenden politischen Konzeptionen und der heterogenen Interessenlage sowohl zwischen Ärzten und Krankenkassen als auch zwischen Hausärzten und Gebietsärzten scheiterte.

---

<sup>60</sup> Vgl. den fraktionsübergreifenden Konsens in Lahnstein 1992 im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes. <http://www.arztwiki.de/wiki/Lahnstein> (zuletzt besucht 10.06.2013)

<sup>61</sup> Goethe JW v: Faust I, Vorspiel auf dem Theater. - München (Verlag C.H. Beck) 1986. S. 11 (Vers 89, 97).

### 1.3.2 Richtlinie 2011/24/EU

Weiter ist in diesem Kontext zu fragen, ob rechtliche Vorgaben auf der Ebene der Europäischen Union (EU), den bestehenden bzw. einer Umsetzung prinzipiell sinnvoller Einschränkungen der freien Arztwahl entgegenstehen. Diesen Eindruck erweckt u.a. die Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt

#### *GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG*

##### ***Künftig freie Arztwahl in der EU***

*Patienten können bald selbst entscheiden, in welchem Land der Europäischen Union sie zum Arzt gehen wollen. Nach langem Streit ist den Mitgliedsstaaten bei der Liberalisierung der Gesundheitsversorgung eine Einigung gelungen.*<sup>62</sup>

Die Berichterstattung bezieht sich auf die nach „jahrelangem Ringen“ zwischen Vertretern des Europäischen Parlaments und den EU-Regierungen erzielte Einigung, „welche Rechte Patienten künftig bei medizinischen Behandlungen im EU-Ausland zustehen sollen“,<sup>63</sup> und die daraufhin beschlossene „RICHTLINIE 2011/24/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“.<sup>64</sup>

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte bereits in seinem Urteil Kohll und Decker vom 28.04.1998 festgestellt, dass Versicherte bzw. Patienten aus einem EU-Mitgliedsstaat das Recht haben, medizinische Leistungen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat in Anspruch zu nehmen und die Kosten dafür von ihrer jeweiligen Krankenversicherung erstattet zu bekommen.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Spielberg P: Künftig freie Arztwahl in der EU. Dtsch Ärztebl 2011; 108(1-2): A-12 / B-11 / C-11.

<sup>63</sup> Spielberg 2011.

<sup>64</sup> EU-ABl. L 88/45 vom 04.04.2011 DE.

<sup>65</sup> [http://europa.eu/legislationsummaries/employment\\_and\\_social\\_policy/social\\_protection](http://europa.eu/legislationsummaries/employment_and_social_policy/social_protection) (zuletzt besucht 10.06.2013) Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Patientenrechte. S. 3.

Die Richtlinie nimmt eingangs bei den Gründen für ihre Rahmengesetzgebung auf den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) und die Rechtsprechung des EuGH Bezug:

*(2) Artikel 114 AEUV ist die geeignete Rechtsgrundlage, da die Mehrheit der Bestimmungen dieser Richtlinie auf die Verbesserung der Funktionsweise des Binnenmarktes und der Freizügigkeit von Waren oder Dienstleistungen abzielt.*

*(6) Wie der Gerichtshof der Europäischen Union (im Folgenden „Gerichtshof“) mehrfach bekräftigt hat, fallen trotz ihrer Besonderheiten alle Arten medizinischer Versorgung in den Anwendungsbereich des AEUV.*

*(7) Diese Richtlinie respektiert die Freiheit eines jeden Mitgliedstaats zu entscheiden, welche Art der Gesundheitsversorgung er für angemessen hält, und lässt diese Freiheit unberührt. Die Bestimmungen dieser Richtlinie sollen keineswegs so ausgelegt werden, dass sie die ethischen Grundsatzentscheidungen der Mitgliedstaaten untergraben.*

*(37) Die Mitgliedstaaten können allgemeine Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie behördliche und verwaltungstechnische Formalitäten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und die Kostenerstattung beibehalten, etwa die Vorschrift, vor dem Besuch eines Facharztes oder eines Krankenhauses einen Allgemeinmediziner zu konsultieren, und zwar auch im Fall von Patienten, die Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen möchten, sofern solche Voraussetzungen notwendig, dem Ziel angemessen und weder willkürlich noch diskriminierend sind.<sup>66</sup>*

Hiermit wird das Prinzip der freien Arztwahl innerhalb der Europäischen Union festgelegt, jedoch jeweils nach den Maßgaben des Mitgliedstaates, in dem die Krankenversicherung besteht, und unter der Bedingung, dass die nationalstaatlichen Anspruchs-

---

<sup>66</sup> 2011/24/EU Absatz 2 Satz 1, Absatz 6, Absatz 7 und Absatz 37 Satz 1. Seite 45 f., S. 49.

kriterien und Voraussetzungen auch notwendig, angemessen und weder willkürlich noch diskriminierend sind.

Diese sehr allgemein gefassten einschränkenden Bedingungen eröffnen ein weites Feld sowohl für die nationalstaatliche Gestaltung des Gesundheitswesens als auch für die Rechtsprechung bis hin zum EuGH, die im Einzelfall zu beurteilen haben wird, ob diese Kriterien hinlänglich beachtet wurden.

Zudem sieht die Richtlinie vor, dass nationale Kontaktstellen zur Information der Patienten über ihre Rechte zu benennen sind. Hinsichtlich der Kostenerstattung für grenzüberschreitende Krankenhausbehandlung, z.B. endoprothetische Operationen, wird ein System der Vorabgenehmigung installiert. Schließlich sollen die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten bei der Gesundheitsfürsorge insbesondere hinsichtlich seltener Erkrankungen gestärkt und ärztliche Verschreibungen innerhalb der EU anerkannt werden.

Auch die Schlussfolgerungen des Rates der Europäischen Union zum Thema „*Gemeinsame Werte und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen*“ vom 1./2. Juni 2006<sup>67</sup> haben in die Richtlinie Eingang gefunden:

*Insbesondere Entscheidungen darüber, in welchem Umfang der Bürger Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben soll, über welche Mechanismen diese finanziert und bereitgestellt werden sollen und inwieweit es angemessen erscheint, sich bei der Verwaltung der Gesundheitssysteme auf Marktmechanismen und Wettbewerbsdruck zu verlassen, müssen im nationalen Kontext getroffen werden.*<sup>68</sup>

Festzuhalten ist somit, dass die bis zum 25.10.2013 umzusetzende Gesetzgebung der EU das Prinzip der freien Arztwahl auf dem Hintergrund der Freizügigkeit von Waren oder Dienstleistungen auch grenzüberschreitend zwischen den Mitgliedstaaten als Recht des Patienten festlegt, dabei jedoch zugleich die Freiheit der Mitgliedstaaten betont, ihr Gesundheitswesen entsprechend ihren ethischen Grundsatzentscheidungen zu planen und zu gestalten.

---

<sup>67</sup> EU-ABl. C 146 vom 22.06.2006, S. 1.

<sup>68</sup> 2011/24/EU Absatz 5, Satz 4. S. 45.

Das Hausarzt-Prinzip zählt ausdrücklich zu diesen den Mitgliedsstaaten vorbehaltenen Entscheidungen und ist insofern auch in der für alle Versicherten verpflichtenden Form mit dem geltenden EU-Recht konform.

### 1.3.3 Patientenrechtegesetz

Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr haben am 16. Januar 2012 ihren gemeinsamen Entwurf für das am 20.02.2013 beschlossene und am 26.02.2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz<sup>69</sup> vorgestellt, das neben dem SGB V und der Gesetzgebung der EU Beachtung verdient.

Das Gesetz umfasst folgende Bereiche:

- *Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch*
- *Förderung der Fehlervermeidungskultur*
- *Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern*
- *Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern*
- *Stärkung der Patientenbeteiligung*
- *Stärkung der Patienteninformation.*<sup>70</sup>

Die durch die Rechtsprechung entwickelten Vorschriften zum Behandlungsvertrag, zu Aufklärungs- und Dokumentationspflichten und zur Beweiserleichterung für Patienten in bestimmten Fällen werden jetzt ausdrücklich im Gesetz geregelt. Kranken- und Pflegekassen drohen bei einer Verletzung von Verfahrensvorschriften Sanktionen. Sie werden verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen zu unterstützen. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur ist vorgesehen. Das Qualitätsmanagement im Krankenhaus muss nun auch ein Beschwerdemanagement für Patienten und ihre Angehörigen umfassen.

Die Patientenbeteiligung wird insbesondere bei der Bedarfsplanung ausgebaut.

---

<sup>69</sup> Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20.2.2013 BGBl I 2013 S. 277.

<sup>70</sup> BT-Drs.17/10488: Patientenrechtegesetz. B. Lösung. S. 1

Der Patientenbeauftragte erstellt eine Übersicht der Patientenrechte und informiert die Bevölkerung. Insgesamt soll durch das geplante Gesetz mehr Transparenz geschaffen werden.<sup>71</sup>

Relevant für die Frage nach der konkreten Ausgestaltung der freien Arztwahl in der GKV ist eine der im Titel 8 „Dienstverträge und ähnliche Verträge“ des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) dem „Untertitel 2 Behandlungsvertrag“ einzufügenden Regelungen (§§ 630a bis 630h):

#### *§ 630c BGB*

##### *Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten*

*(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der versprochenen Behandlung zusammenwirken.<sup>72</sup>*

Die Gesetzesbegründung hierzu lautet mit Hervorhebungen durch den Verfasser:

*Absatz 1 statuiert die allgemeine Obliegenheit des Patienten und des Behandelnden, zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages einvernehmlich zusammenzuwirken. Die Regelung dient insbesondere der **Begründung und Fortentwicklung des zwischen dem Behandelnden und dem Patienten bestehenden Vertrauensverhältnisses**, um gemeinsam eine möglichst optimale Behandlung zu erreichen. Hintergrund ist der diesem Gesetz insgesamt zugrunde liegende Partnerschaftsgedanke zwischen dem Behandelnden und dem Patienten. Dazu ist es zweckmäßig, dass beide die Behandlung effektiv und einvernehmlich unterstützen und die insoweit notwendigen Informationen austauschen, um die medizinisch notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen, vorzubereiten oder zu unterstützen (Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, § 58 Rn. 1).*

---

<sup>71</sup> Patientenrechte werden greifbar. Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministerium für Justiz, Berlin, 16.01.2012. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_01/120116\\_PM\\_BMG\\_BMJ\\_Patientenrechte\\_werden\\_greifbar.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120116_PM_BMG_BMJ_Patientenrechte_werden_greifbar.pdf) (zuletzt besucht 10.06.2013).

<sup>72</sup> BT-Drs. 17/10488, S. 5.

*In dem Behandlungsverhältnis trifft den Patienten die allgemein anerkannte Obliegenheit, für die Behandlung bedeutsame Umstände zeitnah offen zu legen und dem Behandelnden auf diese Weise ein Bild von seiner Person und seiner körperlichen Verfassung zu vermitteln. Verstößt der Patient dagegen, so kann ihm dies im Schadenfall gegebenenfalls zu seinen Lasten als Mitverschulden im Sinne des § 254 für den eingetretenen Schaden zugerechnet werden.<sup>73</sup>*

Die Begründung nennt die Verpflichtung des Patienten zur Information klarer als das Gesetz.

Aus dieser Verpflichtung ergibt sich für den Patienten ggfs. auch eine Haftung oder Mithaftung für Behandlungsfehler, wenn der Arzt die tatsächlichen Umstände nicht oder nicht vollständig kannte. Dies dürfte vielen Patienten nicht bewusst sein. Insofern normiert das Patientenrechtegesetz sowohl Patientenrechte als auch Patientenpflichten, was dem in der Begründung zitierten Partnerschaftsgedanken in der Arzt-Patient-Beziehung entspricht.

Das EU-rechtlich akzeptierte Hausarzt-Prinzip, wie es § 76 SGB V vorsieht, bietet – wie bereits dargelegt – am ehesten die Gewähr dafür, dass alle relevanten Informationen beim Hausarzt vorliegen und der Patient damit seiner Verpflichtung, alle bedeutsamen Umstände offenzulegen, nachkommen kann.

Eine unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten<sup>74</sup> birgt hingegen Gefahren und Risiken für den Patienten, die schwer abzuschätzen sind und zumeist erst dann bewusst werden, wenn bereits ein Schaden eingetreten ist, so dass geklärt werden muss, wer dafür verantwortlich ist und wer haftet.

---

<sup>73</sup> BT-Drs. 17/10488, S. 31.

<sup>74</sup> Patientenrechte werden greifbar. Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Justiz, Berlin, 16.01.2012.  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_01/120116\\_PM\\_BMG\\_BMJ\\_Patientenrechte\\_werden\\_greifbar.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120116_PM_BMG_BMJ_Patientenrechte_werden_greifbar.pdf) (zuletzt besucht 10.06.2013).

Zudem stellt sich die Frage nach der Arzt-Patient-Beziehung, wie aus der eingangs bereits erwähnten Erklärung des Gesundheitsministers zum Gesetzentwurf hervorgeht:

*Die Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland werden erstmalig in einem einheitlichen Gesetz gebündelt und gestärkt. Nach den Eckpunkten vom März 2011 wird nun mit dem Gesetzentwurf in der seit vielen Jahren laufenden Diskussion eine konkrete Lösung vorgelegt. Sie sorgt nicht nur im Arzt-Patienten-Verhältnis für einen angemessenen Ausgleich. Die Rechte der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung werden verbessert.*<sup>75</sup>

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Wolfgang Zöllner, MdB, stellt in einem Beitrag für den Patienten-Newsletter der KBV sogar fest:

*Durch diese Regelungen wird das Vertrauensverhältnis Arzt/Patient auf Augenhöhe wiederhergestellt.*<sup>76</sup>

Dies unterstellt, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt verloren gegangen sei und daher die vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung deshalb durch ein Patientenrechtegesetz wiederhergestellt werden müsse; und zwar auf Augenhöhe, die es dann nach der Auffassung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung vorher offenbar auch nicht gab.

Ob angemessener Ausgleich oder Restitution, das sei dahingestellt, Geschichte, Begriff und Bedeutung der vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und einer gelingenden Kommunikation zwischen Patient und Arzt als notwendiger Bedingung heilenden Handelns und heilsamer Begegnung sind insbesondere im Blick auf das Miteinander von Hausarzt und Patient zu klären.

---

<sup>75</sup> Patientenrechte werden greifbar. Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministerium für Justiz, Berlin, 16.01.2012.  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_01/120116\\_PM\\_BMG\\_BMJ\\_Patientenrechte\\_werden\\_greifbar.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120116_PM_BMG_BMJ_Patientenrechte_werden_greifbar.pdf) (zuletzt besucht 10.06.2013).

Damit ist zugleich die Frage nach der personalen Dimension des Heilens, nach einer Kultur der verstehenden Sorge – wie Giovanni Maio<sup>77</sup> es nennt – bzw. nach der Stärkung des dialogischen Prinzips – wie Linus Geisler<sup>78</sup> fordert – aufgeworfen, also nach der zutiefst persönlichen und individuellen Begegnung zwischen Patient und Arzt, nach dem, was die besondere – auch ethische – Qualität ihrer Beziehung ausmacht.

---

<sup>76</sup> Zöller W: Breiter Konsens für geplantes Patientenrechtegesetz. In: KBV-Kontakt vom 30.06.2011. <http://www.kbv.de/37406.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013).

<sup>77</sup> Maio G: Heilen als Management? Zum Verlust einer Kultur der verstehenden Sorge in Zeiten der Ökonomie. In: Z Allg Med 2012; 88 (1): 18-23. Vgl. Maio G: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin.- Stuttgart (Schattauer Verlag) 2012. Kowarowsky G: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag.- Stuttgart (Kohlhammer Verlag) <sup>2</sup>2011. Begegnung J, Schubert C, Vogd W (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung.- Stuttgart (Kohlhammer Verlag) 2010.

<sup>78</sup> Geisler L: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips. In: Abschlussbericht der Enquête-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin vom 14.05.2002, S. 216-220. <http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013).

## 2 Arzt-Patient-Beziehung

Die Arzt-Patient-Beziehung lässt sich definieren als ein spezifisches Kommunikations- und Beziehungsgeschehen mit hoher Gegenseitigkeit, Verantwortung und Loyalität sowohl dem Einzelnen als auch der Gemeinschaft gegenüber, das wesentlich von drei Dimensionen und ihrer Integration bestimmt ist:

- dialogisch-individuelle oder persönliche Dimension (der Arzt und sein Patient),
- gruppendynamisch-soziale Dimension (Angehörige, Familie, Freunde und auch Fremde),
- politische-strukturelle und kulturelle Dimension (Gesellschaft und Versorgungssystem).

Daher soll zunächst der kulturhistorische Horizont eröffnet und skizziert werden.

Auf diesem Hintergrund wird das nach wie vor grundlegende Werk von Michael Balint „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“, dem wir nicht nur den Begriff der Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch wesentliche Einsichten und Kriterien verdanken, dargestellt.

Schließlich sollen – ausgehend von Balint's Theorie der Grundstörung (Basic Fault) – einige philosophische und anthropologische Überlegungen sowie aktuelle Konzepte und Modelle folgen: Die Psychosomatische bzw. Anthropologische – wie Viktor v. Weizsäcker betonte – Medizin, in engem Zusammenhang damit das Dialogische Prinzip von Martin Buber, auf das sich auch Linus Geisler stark bezieht, Thure v. Uexküll's biopsychosoziales Modell einer integrierten Heilkunde als Beziehungsmedizin, die beziehungsanthropologischen Thesen von Klaus Dörner, die von Carl Jaspers gestellte Frage nach dem Arzt und der Arzt-Patient-Beziehung im technischen Zeitalter sowie aktuelle Modelle partizipativer Entscheidungsfindung (sog. Shared Decision Making): „Better Doctors, Better Patients, Better Decisions“...

## 2.1 Kulturhistorischer Horizont

Dass Heilen eine Kunst und von der Beziehung der sich dabei begegnenden Menschen stark abhängig ist wie auch von der Gemeinschaft, in der dies geschieht, zeigt sich kulturgeschichtlich wie anthropologisch beim Heiler, Schamanen und Medizinmann, der spirituelle und heilende, priesterliche und ärztliche Funktion im Ritual verbindet.

Auch in der hippokratischen Medizin spielt die besondere Beziehung und Loyalität zwischen Patient und Arzt eine große Rolle; allerdings schon nicht mehr in der Stammesgemeinschaft oder zumindest Sippe, sondern bereits dialogisch individualisiert<sup>79</sup> in der Familie und mit der Selbstverpflichtung zu schweigen:

*Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiter reden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.*<sup>80</sup>

Diese Tradition prägt seit 2.500 Jahren unsere Ideen- und Kulturgeschichte und damit unsere Gegenwart, obwohl sie sozialgeschichtlich natürlich noch nicht die Arzt-Patient-Beziehung im heutigen Sinne beschreiben und bezeichnen kann.

Die ist eine viel jüngere „Erfindung“.

Hierauf weist Klaus Dörner schon am Anfang des Kapitels „Arzt-Patient-Beziehung“ in seinem Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung hin:

*Zu Beginn eine Erinnerung daran, dass die Arzt-Patient-Beziehung, wie wir sie heute verstehen, eine recht junge Erfindung ist. Noch vor 200 Jahren standen die Ärzte nur einer kleinen Elite aus Adel und Bürgertum zur Verfü-*

---

<sup>79</sup> Vgl. Berghoff E: Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes.- Wien (W. Maudrich) 1947. (Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin Band 1) S. 20: „Für *H i p p o k r a t e s* steht das kranke Individuum, weniger die Diagnose als die Prognose im Mittelpunkt des Interesses.“

<sup>80</sup> Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρήτα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Zit. nach Wikipedia: Der Eid des Hippokrates [http://de.wikipedia.org/wiki/Eid\\_des\\_Hippokrates](http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates) (zuletzt besucht am 10.06.2013).

gung, während die Masse der Bevölkerung – von wenigen Armenärzten abgesehen – überwiegend auf die Volksmedizin angewiesen war. Die Ärzte waren also buchstäblich Haus- und Familienärzte: Hausärzte, weil sie ins Haus kamen und dort auch in aller Regel behandelten, selbst operierten; Familienärzte, weil die ganze Familie nicht nur bekannt, sondern auch in die Behandlung aktiv einbezogen war. Erst durch die Individualisierung und Klinifizierung der Medizin sowie die Sozialversicherung des 19. Jahrhunderts entstanden auf der einen Seite der Massenbetrieb des modernen Krankenhauses und auf der anderen Seite die sorgfältig gegen Dritte abgeschottete Dyade der Arzt-Patient-Beziehung während der „Sprechstunde“ im „Sprechzimmer“ der ärztlichen Praxis<sup>81</sup>.

Ist die Arzt-Patient-Beziehung als exklusive, gegen andere abgeschottete und der Welt entrückte Form der Zweierbeziehung tatsächlich schon hinreichend charakterisiert? Zweifel und Widerspruch klingen bereits an.

Viktor v. Weizsäcker, der Begründer einer anthropologischen Medizin, geht vom Begriff der Not aus, die erst zu Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein zwingt und insofern ein „ausgesprochen ich-bezogener Zustand“ sei:

*...der Mensch, der im Gleichgewicht seiner störungsfreien Mitte geht, braucht sich nicht wahrzunehmen. (...) Aber eben weil die Not die bewusstlose Hingabe ans Außen, an die Welt, das Du, an alles Nicht-Ich unterbricht und eine Selbstbeziehung schmerzlich erzwingt, eben darum kann man auch sagen: dies Urphänomen der Not ist nicht nur eines des Ich-für-sich, sondern ebenso sehr das wesenhaft Zweisame: sie ist ein Getrenntsein vom Anderen, der Welt, dem nächsten Menschen. Ja, wir können weiter sagen, sie ist ein Getrenntsein von dem Nächsten, der mir der nächste scheint, von mir selbst. Sie trennt in mir mich von meinem Ich.*

---

<sup>81</sup> Dörner K: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart (Schattauer) 2003. S. 68. Daran anschließend entwickelt Dörner fünf beziehungsanthropologische Thesen zur weiteren Klärung des Begriffs.

*Die Not der Schmerzen, wenn ein Glied gewaltsam von mir getrennt wird, die Not des Schwindels, wenn mein Ich von seiner räumlichen Welt getrennt wird, die Not der Schwäche, wenn es von seiner Tätigkeit getrennt wird – sie alle sind Trennungerscheinungen in mir, und sie alle rufen nach dem Anderen – nach Hilfe.*<sup>82</sup>

Diese Dialektik von Ich-Bezogenheit und Beziehung zum Anderen ist eben nicht auf den Arzt verengt, sondern bezieht sich auf alle Mitmenschen. Viktor v. Weizsäcker beschreibt sie als „Variante des Gesetzes der unaufhebbaren Gemeinschaft“ von Mensch zu Mensch.<sup>83</sup> Hier erscheint die Arzt-Patient-Beziehung wieder geöffnet auf Gesellschaft und Gemeinwohl hin, von dem her sich erst „das Wesen und Maß des Einzelnen bestimmen.“<sup>84</sup>

Aus dieser doppelten Verpflichtung gegenüber dem Einzelnen und der Gemeinschaft sieht er auch kritisch, „dass das Verhältnis von Arzt und Patient nicht allein ein nur mehr privates, sondern überdies ein ‚freies‘ wurde“ und „die ‚freie Arztwahl‘ dem Patienten als Einzelnen die EntschlieÙung zu einem Arzt in die Hand gibt.“

Dies rücke die ärztliche Berufsausübung „in die nächste Nähe der freien Güterproduktion und des freien Handels – nicht trotz des ärztlichen Ideals als eines nurpersönlichen, sondern wegen desselben.“<sup>85</sup>

---

<sup>82</sup> Weizsäcker V v: Gesammelte Schriften. Band 5.- Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1987. S. 24-25.

<sup>83</sup> Weizsäcker V v: Gesammelte Schriften. Band 5.- Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1987. S. 25.

<sup>84</sup> Weizsäcker V v: Stücke einer medizinischen Anthropologie. Der Arzt und der Kranke.(1927) In: Arzt und Kranker.- Leipzig (Koehler & Amelang) 1941. S. 62.

<sup>85</sup> Weizsäcker V v: Stücke einer medizinischen Anthropologie. Der Arzt und der Kranke.(1927) In: Arzt und Kranker.- Leipzig (Koehler & Amelang) 1941. S. 63-64. Sowie Weizsäcker V v: Diesseits und Jenseits der Medizin.- Stuttgart (Koehler) 1950. Vgl. Gesellensetter C: Die Annäherung des Freien Arztberufes an das Gewerbe. Eine verfassungs-, sozial- und berufsrechtliche Untersuchung.- Berlin (Duncker & Humblot) 2007.

## 2.2 Der Arzt, sein Patient und die Krankheit

Maßgeblich geprägt hat den Begriff der Arzt-Patient-Beziehung Michael Balint mit seinem bereits 1957 erschienenen Buch „The Doctor, his Patient and the Illness“<sup>86</sup>, dessen deutsche Ausgabe „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“<sup>87</sup> erst 1966, also fast ein Jahrzehnt später, folgte. Bereits in der Einführung wird der neue und ganz spezifische Ansatz deutlich:

*Seit einigen Jahren werden Forschungsseminare an der Tavistock-Klinik organisiert, um die psychologischen Vorgänge und Einstellungen in der allgemeinmedizinischen Praxis zu studieren. Es ergab sich, dass das erste Thema, das an einem dieser Seminare für die Diskussion gewählt wurde, die üblicherweise vom Allgemeinarzt verschriebenen Medikamente waren. Die Diskussion brachte – gewiss nicht zum ersten Mal in der Geschichte der Medizin – schnell ans Licht, dass das bei weitem am häufigsten genutzte Medikament (bzw. Heilmittel) in der Allgemeinpraxis der Arzt selber ist, d.h. dass es nicht nur auf die Tropfen oder Tabletten ankommt, sondern auf die Art und Weise wie der Arzt sie seinem Patienten gibt – tatsächlich also auf die gesamte Atmosphäre, in der das Medikament gegeben und genommen wird.<sup>88</sup>*

---

<sup>86</sup> Balint M: The Doctor, his Patient and the Illness. - London (Churchill Livingstone) 2000. Millenium Reprint of Second Edition 1963; im Folgenden zitiert als Balint MR.

Schon Hippokrates schreibt: *Die Heilkunst umfaßt dreierlei: die Erkrankung, den Kranken, den Arzt.* Zit. nach: Müri W (Hrsg.): Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen.- München (Artemis Verlag) <sup>5</sup>1986. S. 10-11 (epidemiarium I 11).

<sup>87</sup> Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.- Stuttgart (J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH 1966) <sup>11</sup>2010. Im Folgenden zitiert als Balint dt. Ausgabe.

<sup>88</sup> Balint MR S. 1: *For a number of years research seminars have been organized at the Tavistock Clinic to study the psychological implications in general medical practice. The first topic chosen for discussion at one of these seminars happened to be the drugs usually prescribed by practitioners. The discussion quickly revealed – certainly not for the first time in the history of medicine – that by far the most frequently used drug in general practice was the doctor himself, i.e. that it was not only the bottle of medicine or the box of pills that mattered, but the way the doctor gave them to his patient – in fact, the whole atmosphere in which the drug was given and taken.*

General practitioner oder practitioner werden als Allgemeinarzt (nicht als Praktiker oder Praktischer Arzt) wiedergegeben. Übersetzung des Verfassers. Originaltext in der Fußnote.

Balint spricht von Forschungsseminaren. Gleichzeitig nennt er sie auch Diskussionsgruppen. Er beschreibt<sup>89</sup> die gemeinsam mit seiner Frau Enid Balint<sup>90</sup> entwickelte spezifische Methodik, die auch mit Eheberatern und Sozialarbeitern angewandt wurde. Die Gruppe besteht jeweils aus acht bis zehn Allgemeinärzten und einem Psychiater als Moderator. Sie trifft sich zwei bis drei Jahre (oder länger) wöchentlich, z.B. am frühen (Mittwoch-) Nachmittag, so dass es zu keiner „*ernsthaften Interferenz mit der Praxis*“ kommen könne.

Die Vorgeschichte des Patienten, seine gesundheitlichen, sozialen und Beziehungsprobleme werden (anhand der Patientendokumentation) ausführlich geschildert und ebenso ausführlich – das ist neu – auch die Probleme, Wahrnehmung und Einstellungen des Arztes. Dies geschieht bewusst in freiem Vortrag, um möglichst authentische und ungefilterte Berichte zu erhalten. Anschließend diskutiert die Runde in großer Offenheit.

Konkret bezieht sich Balint auf eine Gruppe von 14 Allgemeinärzten<sup>91</sup>, die sich seit 1953 regelmäßig zu diesen Fallbesprechungen oder Fallkonferenzen traf und die er selbst als Psychiater, Psychoanalytiker und Psychologe moderierte. Eine Sekretärin mit dem Talent, sich gleichsam unsichtbar zu machen, stenographierte die berichteten 28 „Fälle“<sup>92</sup> und den Verlauf der Sitzungen.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> Balint MR: S. 2ff.; dt. Ausgabe S. 17ff.

<sup>90</sup> Balint dt. Ausgabe: S. 493.

<sup>91</sup> Balint MR Preface vii: *This book represents part of the results of a research project by a team of fourteen general practitioners and a psychiatrist. Although the theoretical conclusions are mine and the book was written by me, the work on which it is based was done entirely by my fourteen colleagues: Drs. D. Arning, G. Barasi, N. Chisholm, M. B. Clyne, A. J. Hawes, B. Hermann, P. Hopkins, J. Horder, L. Hornung, A. Lask, P. R. Saville, G. Szabo, G. Tintner and A. I. Zweig.*

<sup>92</sup> Der Begriff scheint angesichts der intendierten Haltung und geschilderten Methodik zu objektivierend; daher in Anführungszeichen.

<sup>93</sup> Balint MR Preface viii: *That our research was able to proceed as smoothly as it did was mainly due to our secretary, Miss Doris Young. (...) Her greatest contribution, however, was her talent for effacing herself; although she was physically always present at our seminars, we could discuss the most intimate and awkward matters confidently feeling that we were alone.*

Daraus entstand ein Buch, dessen Entstehungsprozess ebenso innovativ war, wie die dadurch formulierten Fragen, Thesen und Ergebnisse:

- Es geht aus von der Realität im Alltag einer allgemeinärztlichen Praxis.
- Es geht aus von konkreten und frei vorgetragenen Behandlungsberichten.
- Es geht aus von der Expertise, die nur die Allgemeinärzte selbst haben.
- Es basiert auf mehrjähriger regelmäßiger Arbeit einer festen Arzt-Gruppe.
- Es thematisiert die Beziehung zwischen Arzt, Patient und Krankheit.
- Es beschreibt den Arzt selbst als häufigstes und essentielles Heilmittel.

Balint begründet dieses Wagnis und seine Zielsetzung so:

*Unser Vorhaben war eine Mischung aus Forschung und Training. Zu Beginn hatte ich eine gewisse Vorstellung davon, dass psychologisch in der Allgemeinarztpraxis sehr viel mehr zwischen Patient und Arzt geschieht, als in den traditionellen Lehrbüchern besprochen wird. Sofern diese Vorstellung richtig war, konnten die Begebenheiten, die ich erfassen wollte, nur vom Arzt selbst beobachtet werden; die Anwesenheit einer dritten Person, wie taktvoll und objektiv auch immer, würde unweigerlich die Entspannung und Intimität der Atmosphäre zerstören. Eine solche dritte Person, würde nur ein Abbild sehen, vielleicht ein sehr gutes, aber niemals die wirkliche Situation.*

*Daher konnte die Forschung nur von Allgemeinärzten selbst während ihrer alltäglichen Arbeit durchgeführt werden, wo sie ungestört und unbeeinträchtigt souverän schalten und walten konnten.*

*(...)*

*Folglich waren wir mit drei verschiedenen, aber miteinander verbundenen Aufgaben konfrontiert.*

*Die erste war, die psychologischen Einstellungen und Probleme in der Allgemeinarztpraxis zu erforschen; die zweite, Allgemeinärzte für diese Tätigkeit auszubilden; und die dritte, eine Methode für dieses Training zu entwerfen.*<sup>94</sup>

Die Zielbeschreibung zeigt, dass es um eine gänzlich neue Sicht- und Arbeitsweise geht, um einen multimodalen und mehrdimensionalen Ansatz für die sehr spezifischen Interaktionen zwischen Patient und Arzt, eine Verbindung von Forschung und Lehre in und aus der Praxis.

Dieses Anliegen formulieren andere anders:

Martin Buber spricht vom Dialogischen Prinzip, Victor v. Weizsäcker von der Einführung des Subjekts in die Medizin, Karl Jaspers vom Arzt im technischen Zeitalter und davon, dass auch das Verhältnis von Arzt und Kranken hineingezogen werde in den „Großbetrieb“<sup>95</sup> der Massengesellschaft. Klaus Dörner formuliert fünf weitreichende beziehungsanthropologische Thesen für eine ärztliche Grundhaltung vom „Anspruch des Anderen“ her.

Wir werden darauf zurückkommen, da dies grundlegende Beiträge zur Anthropologie der Beziehung sowie zur Beziehung zwischen Patient und Arzt sind.

Zunächst sollen jedoch die Grundbegriffe Balint'scher Theoriebildung dargestellt werden.

---

<sup>94</sup> Balint MR S. 2f.: *Our venture was a mixture of research and training. At the outset I had some idea that, psychologically, much more happens in general practice between patient and doctor than is discussed in the traditional text-books. If my ideas were correct, the events I wanted to get hold of could be only observed by the doctor himself; the presence of a third person, however tactful and objective, would inevitably destroy the ease and intimacy of the atmosphere. Such a third person would see only an imitation, perhaps a very good imitation, but never the real thing. Thus, the research could be conducted only by general practitioners while doing their everyday work, undisturbed and unhampered, sovereign masters of their own surgeries. (...) Thus we were faced with three different though interlinked tasks. The first was to study the psychological implications in general practice; the second to train general practitioners for this job; and the third to devise a method for such training.*

<sup>95</sup> Jaspers K: Der Arzt im technischen Zeitalter.- München (Piper Verlag 1986) <sup>2</sup>1999. S. 9.

Dies sind:

- der Arzt als Medikament bzw. Heilmittel (“the doctor as drug”<sup>96</sup>),
- das Krankheitsangebot (“the patient’s offers and the doctor’s responses”<sup>97</sup>),
- die tiefere Diagnose (“a more comprehensive, deeper diagnosis”<sup>98</sup>),
- die geheime Absprache der Anonymität (“the collusion of anonymity”<sup>99</sup>),
- der Allgemeinarzt als Therapeut (“general practitioner as psychotherapist”<sup>100</sup>),
- die apostolische Funktion des Arztes (“the doctor’s apostolic function”<sup>101</sup>),
- die gegenseitige Investment-Gesellschaft (“the mutual investment company”<sup>102</sup>),
- die Grundstörung (“the basic fault”<sup>103</sup>).

Balint geht von der Vorstellung aus, dass der Patient, bevor es zur ‚organisierten‘ Krankheit<sup>104</sup> kommt, seinem Arzt verschiedene Krankheitsangebote macht und dessen Reaktionen maßgeblich dazu beitragen, wie und in welcher Form die Erkrankung sich schließlich organisiert:

***Eine der wichtigsten Nebenwirkungen – wenn nicht die Hauptwirkung – des Medikaments „Arzt“ ist seine Reaktion auf die Angebote des Patienten.***<sup>105</sup>

---

<sup>96</sup> Balint MR S. 1ff.

<sup>97</sup> Balint MR S. 21-54.

<sup>98</sup> Balint MR S. 55-68.

<sup>99</sup> Balint MR S. 69-103.

<sup>100</sup> Balint MR S. 105-212.

<sup>101</sup> Balint MR S. 215-251.

<sup>102</sup> Balint MR S. 239-251.

<sup>103</sup> Balint MR S. 252-293.

<sup>104</sup> Balint MR S. 18: “organized” illness - s. hierzu insbes. S. 11-36; 107, 123ff., 226, 240, 268 und 285.

<sup>105</sup> Balint MR S. 18: ***One of the most important side effects – if not the main effect – of the drug “doctor” is his response to the patient’s offers.***

Die Angebote des Patienten und die Reaktionen des Arztes<sup>106</sup> in ihrer Bedeutung für die Organisation der Krankheit und damit auch für den weiteren Verlauf, die therapeutischen Möglichkeiten und letztlich die Prognose, führen zu der zentralen Forderung einer Pharmakologie des Arztes bzw. des so wichtigen Medikamentes „Arzt“<sup>107</sup>, um im Bild zu bleiben.

Eng damit verbunden ist die Frage nach einer umfassenderen und tieferen Diagnose. Damit ist gemeint, den Patienten als ganze Person zu sehen, in seinen familiären, sozialen und beruflichen Bezügen, deren Einfluss auf sein Krankheitserleben und Verhalten miteinzubeziehen und sowohl seine körperlichen wie auch seelischen Probleme wahrzunehmen:

*... wir kamen zum Ergebnis, dass es für den Arzt ratsam ist, auf eine umfassendere, tiefere Diagnose zu zielen. Damit meine ich eine Diagnose, die sich nicht damit zufrieden gibt, alle körperlichen Zeichen und Symptome zu erfassen, sondern versucht, die Relevanz der sogenannten „neurotischen“ Symptome zu bewerten.<sup>108</sup>*

In seinem Lehrbuch der Psychiatrie mit dem bezeichnenden Titel „*Irren ist menschlich*“ spricht Klaus Dörner von dem unablässigen Bemühen um die „*Vervollständigung der Wahrnehmung*“<sup>109</sup>.

Beginnt der Arzt, sich seiner eigenen Rolle bewusster zu werden und eine umfassendere und tiefere Einsicht in die Persönlichkeit des Patienten anzustreben, bedeutet dies allerdings nicht, dass der therapeutische Prozess und die Beziehung zwischen Patient und Arzt dadurch einfacher und zwangsläufig erfolgreicher werden.

---

<sup>106</sup> Balint MR S. 21-36: Chapter III - The Patient's Offers and the Doctor's Responses.

<sup>107</sup> Balint MR S. 1f.

<sup>108</sup> Balint MR S. 55: *... we came to the conclusion that it is advisable for the doctor to aim at a more comprehensive, deeper diagnosis. By this I mean a diagnosis which is not content with comprehending all the physical signs and symptoms but tries to evaluate the pertinence of the so-called "neurotic" symptoms.*

Denn nun gilt es vielmehr, eine Reihe weiterer Fragen und Probleme zu beachten, um mögliche Komplikationen zu vermeiden.

Hier ist zunächst die geheime Absprache der Anonymität (*collusion of anonymity*) zu nennen – ein Begriff, der in der deutschen Übersetzung mit „Verzettelung der Verantwortung“<sup>110</sup> sehr frei wiedergegeben ist und das Verhältnis zwischen Haus- und Gebietsarzt bzw. Gebietsärzten betrifft.

In der Tat geht es zentral darum, wer letztlich die Verantwortung für den Patienten übernimmt, und zwar gerade dann, wenn mehrere oder sogar eine Vielzahl gebietsärztlicher Untersuchungen zu keinem oder zu widersprüchlichen Ergebnissen führen.

Balint diskutiert in diesem Zusammenhang zunächst die Krankengeschichte eines 54jährigen Mannes<sup>111</sup> mit unklaren Bauchschmerzen, Durchfall, Schwindel und wiederkehrender Erschöpfung, bei dem zahlreiche fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen, auch eine psychiatrische, zu keiner klaren Diagnose führten. Als dann zufällig Gallensteine festgestellt wurden, erfolgte nahezu notfallmäßig die Entfernung der Gallenblase. Der Patient war danach ungefähr drei Monate beschwerdefrei, bis seine vorherigen Beschwerden wieder auftraten.

Die Berichte der diversen Gebietsärzte, die im Jahr vor der Operation beteiligt waren, sind vollständig abgedruckt und belegen, dass es sich um ein sehr gutes Beispiel für die geheime – oder besser – stillschweigende Absprache der Anonymität handelt, denn *„niemand war wirklich verantwortlich für die Entscheidung, die Operation durchzuführen.“*<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> Dörner K, Plog U: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. – Bonn (Psychiatrie-Verlag 1978) <sup>5</sup>1984.

<sup>110</sup> Balint dt. Ausgabe S. 101ff.

<sup>111</sup> Balint MR S. 69ff., Case 11, Mr. K., reported by Dr. Y.

<sup>112</sup> Balint MR S. 75: *This case is a very good example of what we call the „collusion of anonymity“. No one was really responsible for the decision to perform the operation.*

Der Chirurg stellte fest, dass Gastroskopie und Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms unauffällig waren. Der Psychiater zieht einen Neurologen hinzu, hält eine psychotherapeutische Intervention für wenig aussichtsreich, setzt den Patienten aber dennoch auf die entsprechende Warteliste, „*die übrigens phantastisch lang ist, wie Sie vielleicht schon erwarten.*“<sup>113</sup>

Ein Internist schlägt weitere Röntgenuntersuchungen zum Ausschluss von Gallensteinen vor. Ein weiterer Internist widerspricht dem Befund des Neurologen und sieht auch keinen Anhalt für ein Gallenleiden, würde jedoch die Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms gerne wiederholt sehen.

Es folgt der äußerst knappe Bericht eines andern Chirurgen, der über einen stationären Aufenthalt, wo er die Gallenblase bei Gallensteinen und Entzündung entfernt habe, und den komplikationslosen Verlauf bis zur Nachuntersuchung berichtet.

Diese Odyssee spricht für sich und ist deshalb so ausführlich dargestellt, weil das Problem der Kommunikation – sowohl mit dem Patienten als auch zwischen den ihn behandelnden Ärzten – weder durch die neuen Medien wie Telefax und E-Mail noch durch politische Absichten zur Stärkung der „sprechenden“ Medizin gelöst werden konnte.

Die Frage nach der Verantwortung stellt sich heute genauso und wird bei weiterer Spezialisierung noch drängender.

Wie war bzw. ist dem Patienten eigentlich zumute bei einer solchen Odyssee, und wie kann er bzw. die Arzt-Patient-Beziehung diese Vertrauenskrise überstehen, wo er mit einer Vielzahl von Expertenmeinungen konfrontiert, das verantwortliche Gegenüber, denjenigen Arzt verliert, der sich im Sinne der tieferen Diagnose für ihn verantwortlich weiß?

---

<sup>113</sup> Balint MR S. 74: ... *which, by the way, is fantastically long, as you might expect.*

Balint schreibt:

*In schwierigen Fällen trägt der Allgemeinarzt in der Regel die Last der Verantwortung nicht allein. Üblicherweise erbittet und erhält er Hilfe von seinen Spezialisten. Die Schwierigkeiten, die ihn veranlassen, um Hilfe zu bitten, können (aus psychologischer Sicht) als Vertrauenskrisen beschrieben werden. Entweder hat der Arzt das Gefühl, möglicherweise nicht genug zu wissen, um seinem Patienten helfen zu können, oder der Patient hat Zweifel, dass Wissen und Fähigkeiten seines Arztes ausreichend sind.*<sup>114</sup>

*In jeder solchen Situation, d.h. wenn der Patient seinem ärztlichen Begleiter ein rätselhaftes Problem anbietet, und dieser wiederum von einer Galaxie von Spezialisten unterstützt wird, sind gewisse Ereignisse kaum zu vermeiden. Vor allem ist dies die „Absprache der Anonymität.“ **Lebenswichtige Entscheidungen werden getroffen, ohne dass sich jemand voll dafür verantwortlich fühlt.***<sup>115</sup>

*Es wäre einfach vorzuschreiben, dass die stillschweigende Absprache der Anonymität fortan verschwinden solle, und dass nur ein Arzt für jeden einzelnen Patienten verantwortlich ist. Dieser eine Arzt muss offensichtlich der Allgemeinarzt sein, sicherlich zumindest so lange, wie der Patient in seiner Behandlung, d.h. nicht im Krankenhaus ist. Leider ist die Situation viel zu komplex, um sie mit einer einfachen Vorschrift regeln zu können.*<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> Balint MR S. 69: *In difficult cases, the general practitioner does not, as a rule, carry the burden of responsibility alone. Usually he asks and receives help from his specialists. The difficulties which prompt him to ask for help may be also described (viewed from a psychological angle) as crises of confidence. Either the doctor feels that he may not know enough to be able to help his patient, or the patient has doubts about the sufficiency of his doctor's knowledge and skill.*

<sup>115</sup> Balint MR S. 76: *In any situation of this kind, that is to say, when the patient offers a puzzling problem to his medical attendant, who, in turn is backed by a galaxy of specialists, certain events are almost unavoidable. Foremost among them is the "collusion of anonymity." **Vital decisions are taken without anybody feeling fully responsible for them.***

<sup>116</sup> Balint MR S. 91: *It would be easy to decree that the collusion of anonymity should cease forthwith and that one doctor only should be in charge of any one patient. This one doctor must obviously be the*

Die Herausforderungen, die sich hieraus für Patient, Gebietsärzte und den Allgemein-  
arzt ergeben, auch die neue Rollenverteilung im Verhältnis zwischen Gebiets- und  
Hausärzten, werden diskutiert. Insgesamt wird allen Beteiligten zugemutet, sich von  
der – teilweise auch recht bequemen – Verwässerung der Verantwortung zu verab-  
schieden:

*Die stillschweigende Absprache der Anonymität beherrscht das Feld sowohl  
in der Medizin als auch in der Pädagogik – sehr wahrscheinlich aus ähnli-  
chen Gründen. Die Last der Verantwortung ist in beiden Bereichen viel zu  
groß, und jeder, einschließlich des Patienten, versucht natürlich sie (sich) zu  
erleichtern, indem jemand anderes oder, falls möglich, mehrere andere  
beteiligt werden. **Dies mag als Verwässerung der Verantwortung be-  
schrieben werden.***<sup>117</sup>

Diese Überlegungen wie auch der psychodynamische Aspekt der ärztlichen Diagnose<sup>118</sup>  
als Diagnose der ganzen Persönlichkeit und ihrer Interaktionen, insbesondere in der  
Beziehung zwischen Patient und Arzt, machen deutlich, dass der Allgemeinarzt in  
diesem Konzept auch eine psychotherapeutische Aufgabe übernimmt. Diese bezieht  
sich jedoch nicht nur darauf, dass mindestens ein Viertel bis zu einem Drittel der täg-  
lichen Arbeit des Allgemeinarztes „schlicht und einfach Psychotherapie“ sei, wie Balint  
schreibt, oder sogar mehr als die Hälfte, wie andere annehmen würden<sup>119</sup>, sondern auf  
die Arzt-Patient-Beziehung als heilende Begegnung insgesamt.

---

*general practitioner, certainly at least as long as the patient is in his charge, that is, is not in a hospital.  
Unfortunately, the situation is much too complicated to be dealt with by a simple decree.*

<sup>117</sup> Balint MR S. 93: *The “collusion of anonymity” dominates the field in medicine as in education – very  
likely for similar reasons. The burden of responsibility is much too great in both spheres, and everyone,  
including the patient, naturally tries to lighten it by involving someone else, or, if possible, a number of  
others. **This may be described as a process of dilution of responsibility.***

<sup>118</sup> Balint MR S. 107: *... the psychodynamic aspect of medical diagnosis.*

<sup>119</sup> Balint MR S. 107: *It is generally agreed that at least one-quarter to one-third of the work of the  
general practitioner consists of psychotherapy pure and simple. Some investigators put the figure at one-  
half, or even more...*

Sie fordert vom Arzt, sich von der überkommenen Vorstellung der Psyche als Ausschlussdiagnose zu verabschieden, die psychische Dimension auch seines Seins und Handelns wahr- und anzunehmen sowie sein eigenes Wertesystem kritisch zu überdenken.

Dem Arzt, der sich darauf einlässt, wird also mehr Bewusstheit und eine Veränderung seiner eigenen Persönlichkeit zugemutet oder – je nach Sicht – ermöglicht. Das beginnt bereits in der herkömmlichen Gesprächssituation mit ihrer stringenten und zielgerichteten Anamnese- bzw. Fragetechnik sowie bei der körperlichen Untersuchung, die Balint als „Ein-Personen-Aufgabe“, also durch einen aktiven Arzt und einen passiven, wenn auch kooperativ-passiven, Patienten<sup>120</sup> charakterisiert sieht:

*Unsere Erfahrung war stets diese, **wenn der Arzt Fragen stellt im Stil medizinischer Anamnese-Erhebung, wird er immer Antworten bekommen – aber kaum mehr.** Bevor er zu dem gelangen kann, was wir „tiefere“ Diagnose nannten, muss er lernen **zu hören.** Dieses Hören ist eine viel schwierigere und subtilere Technik als jene, die ihr notwendigerweise vorangehen muss – nämlich dem Patienten ein entspanntes, ungezwungenes Gefühl zu geben, das ihm ermöglicht, frei zu sprechen. **Die Fähigkeit zu hören ist eine Kunst, die eine wesentliche, wenn auch begrenzte Veränderung in der Persönlichkeit des Arztes voraussetzt.** Während er in sich eine Fähigkeit entdeckt, bei seinem Patienten auf Dinge zu hören, die kaum ausgesprochen sind, weil der Patient sich ihrer selbst kaum bewusst ist, wird der Arzt beginnen, auf dieselbe Art von Sprache in sich zu hören.<sup>121</sup>*

---

<sup>120</sup> Balint MR S. 119: ... the doctor examines the patient in order to find out what the diagnosis is. **The doctor always takes the active part: the patient may remain passive, though co-operatively passive.**

<sup>121</sup> Balint MR S. 121: Our experience has invariably been that, **if the doctor asks questions in the manner of medical history-taking, he will always get answers – but hardly anything more.** Before he can arrive at what we called “deeper” diagnosis, he has to learn **to listen.** This listening is a much more difficult and subtle technique than that which must necessarily precede it – the technique of putting the patient at ease, enabling him to speak freely. **The ability to listen is a new skill, necessitating a considerable though limited change in the doctors’ personality.** While discovering in himself an ability to listen to things in his patient that are barely spoken because the patient himself is only dimly aware of them, the doctor will start listening to the same kind of language in himself.

Die Sprechstunde heißt nun nicht mehr deshalb so, weil der Arzt Rat und Zuspruch<sup>122</sup> spendet – vielmehr ist es der Patient, der spricht, und der Arzt lernt zu hören.

Dieses Hören bezieht sich eben gerade auch auf die eigene Person und die eigenen Werte. Balint nennt dies – nicht ohne eine gewisse (Selbst-) Ironie – die „apostolische Mission oder Funktion“ des Arztes<sup>123</sup> und definiert sie so:

*Apostolische Mission oder Funktion meint ursprünglich, dass jeder Arzt eine vage, jedoch nahezu unerschütterlich feste Idee davon hat, wie ein Patient sich verhalten sollte, wenn er krank ist. Obwohl diese Idee alles andere als ausdrücklich und konkret ist, ist sie von immenser Kraft und beeinflusst, wie wir herausfanden, praktisch jedes Detail der Arbeit des Arztes mit seinen Patienten. **Es war fast als ob jeder Arzt offenbartes Wissen darüber hätte, was für Patienten richtig und falsch zu erwarten und zu ertragen sei, und weiter noch, als ob er eine heilige Pflicht hätte, all die Unwissenden und Ungläubigen unter seinen Patienten zu seinem Glauben zu bekehren.***

*Es war dies, was den Namen „apostolische Funktion“ nahelegte.<sup>124</sup>*

*Ein besonders wichtiger Aspekt der apostolischen Funktion ist das dringende Bedürfnis des Arztes, dem Patienten, der ganzen Welt und vor allem sich selber zu beweisen, dass er gut, freundlich, sachkundig und hilfreich ist. Wir Ärzte sind uns nur zu schmerzlich bewusst, dass dies ein überaus idealisiertes Bild ist.*

---

<sup>122</sup> Balint MR S. 107-117: Chapter X, Advise and Reassurance.

<sup>123</sup> Balint MR S. 215-251.

<sup>124</sup> Balint MR S. 216: *Apostolic mission or function means in the first place that every doctor has a vague, but almost unshakably firm, idea of how a patient ought to behave when ill. Although this idea is anything but explicit and concrete, it is immensely powerful, and influences, as we have found, practically every detail of the doctor's work with his patients. **It was almost as if every doctor had revealed knowledge of what was right and what was wrong for patients to expect and to endure, and further, as if he had the sacred duty to convert to his faith all the ignorant and unbelieving among his patients. It was this which suggested the name of "apostolic function."***

*Wir haben unsere Stimmungen und Eigenarten, und folglich sind wir nicht immer so freundlich und zugewandt, wie wir es gerne wären; unser Wissen ist unvollkommen und Stückwerk; und selbst beim besten Willen der Welt, gibt es einige Patienten, denen wir nicht helfen können, und sei es allein aus dem Grund, weil es Erkrankungen gibt und immer geben wird, die unheilbar sind.<sup>125</sup>*

Dies führt zu der Erkenntnis, dass beruhigender Zuspruch nicht in sich notwendigerweise falsch ist. Er mag sogar ein hochwirksames Medikament sein, das bei korrekter Verschreibung, sehr segensreich sein kann. Die Schwierigkeit dabei ist, dass er ‚en gros‘ bzw. pauschal verschrieben wird, ohne richtige Diagnose. Um denselben Vorgang andersherum zu beschreiben, wird der beruhigende Zuspruch zu oft zum Nutzen des Arztes angewandt, der die Bürde nicht tragen kann, entweder zu wenig zu wissen oder nicht helfen zu können. Häufiger als eingestanden, trifft dies auch auf die verschiedenen Untersuchungen durch Spezialisten zu, die veranlasst werden, und auf viele Medikamente, die verschrieben werden.<sup>126</sup>

Die Auseinandersetzung mit dem, was Balint die apostolische Funktion des Arztes nennt, zeigt, wie sehr sich der Allgemeinarzt in dieser Forschungs- und Ausbildungsgruppe auch auf die Erforschung seiner selbst einlassen muss.

---

<sup>125</sup> Balint MR S. 230: *An especially important aspect of the apostolic function is the doctor's urge to prove to the patient, to the whole world, and above all to himself, that he is good, kind, knowledgeable, and helpful. We doctors are only too painfully aware that this is a highly idealized picture. We have our moods and idiosyncrasies, and consequently we are not always as kind and sympathetic as we should like to be; our knowledge is incomplete and patchy; and, even with the best will in the world, there are some patients whom we cannot help, if only for the reason that there are, and will always be, conditions that are incurable.*

<sup>126</sup> Balint MR S. 231: *... that reassurance is not in itself necessarily wrong. It may even be a powerful drug which, if correctly prescribed, can be highly beneficial. The trouble with it is that it is prescribed wholesale, without proper diagnosis. Describing the same process from the opposite angle, reassurance is much too often administered for the benefit of the doctor, who cannot bear the burden of either not knowing enough or of being unable to help. More often than is admitted, the same is true of the various specialist examinations asked for, and of many drugs prescribed.*

Forschung und Lehre – im Sinne von lernendem Lehren und lehrendem Lernen – sowie Selbsterkenntnis und Ausbildung – im Sinne von Einübung in die Gegenseitigkeit – sind hier untrennbar miteinander verbunden. Dies gilt nicht nur für die Situation in der Gruppe und die Beziehung der Gruppenmitglieder untereinander, sondern gerade für die Arzt-Patient-Beziehung. Auch hier wird viel Persönliches investiert.

Das führt zum Begriff der „*gegenseitigen Investment-Gesellschaft*“<sup>127</sup> für die langjährige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und seinem Allgemeinarzt. Gerade aus der Einsicht in die eigene apostolische Funktion und deren monologische Struktur ergibt sich das Interesse an einer offenen, von gegenseitigem Verständnis und Respekt geprägten, dialogischen Kommunikation als Basis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und Beziehung.

Patient und Arzt lernen sich über die Jahre immer besser kennen und wachsen zusammen. Die apostolische Funktion ist einer realistischeren Einschätzung gewichen. Patient und Arzt beeinflussen sich gegenseitig. Der Patient weiß, dass sein Arzt nicht alle Erwartungen erfüllen und nicht immer verfügbar sein kann. Der Arzt weiß, dass sein Patient nicht nur vernünftige Erwartungen hat und auch nicht immer freundlich und dankbar ist.

Gleichwohl gibt es viele verbindende Begegnungen, gemeinsame Erinnerungen an die richtige Diagnose, ein rechtzeitiges Eingreifen, einen Hausbesuch bei Nacht und Nebel, die Begleitung in einer schwierigen Lebenssituation oder beim Sterben eines nahen Menschen und an vermeintlich kleine Dinge, die hilfreich waren:

*Es ist diese Grundlage gegenseitiger Zufriedenheit und Frustration, auf der sich eine einzigartige Beziehung zwischen einem Allgemeinarzt und denjenigen Patienten entwickelt, die bei ihm bleiben. Es ist sehr schwierig, diese Beziehung in psychologischen Begriffen zu beschreiben.*

---

<sup>127</sup> Balint MR S. 133, 141-142, 239-251, 278-281: *mutual investment company*.

*Es ist nicht Liebe oder gegenseitiger Respekt oder gegenseitige Identifikation oder Freundschaft, obwohl etwas von all dem darin eingeht. Wir nannten es – in Ermangelung eines besseren Begriffes – eine „gegenseitige Investment-Gesellschaft.“ Damit ist gemeint, dass der Allgemeinarzt allmählich ein sehr wertvolles Kapital erwirbt und im Patienten anlegt, und vice versa der Patient ein sehr wertvolles Kapital erwirbt und es seinem Allgemeinarzt zu teil werden lässt. (...)*

*Offensichtlich ist es von allergrößter Bedeutung, dass diese Werte, das Ergebnis andauernder harter Arbeit auf beiden Seiten, um das Vertrauen des andern zu gewinnen und ihn zu den eigenen Überzeugungen zu bekehren, nicht vergeudet werden, d.h. dass sie so genutzt werden sollten, dass sie für beide, Patienten und Arzt, einen angemessenen Ertrag bringen.<sup>128</sup>*

---

<sup>128</sup> Balint MR S. 249f.: *It is on this basis of mutual satisfaction and mutual frustration that a unique relationship establishes itself between a general practitioner and those of his patients who stay with him. It is very difficult to describe this relationship in psychological terms. It is not love, or mutual respect, or mutual identification, or friendship, though elements of all these enter into it. We termed it – for want of a better term – a “mutual investment company.” By this we mean that the general practitioner gradually acquires a very valuable capital invested in his patient, and, **vice versa**, the patient acquires a very valuable capital bestowed in his general practitioner. (...) Obviously it is of paramount importance that these capital assets, the result of persistent hard work on both sides to gain the other’s confidence and to convert him to one’s beliefs, should not be wasted, that is to say, that they should be used in such a way as to yield an adequate return to both patient and doctor.*

### 2.3 Grundstörung und Psychosomatische Medizin

Beschäftigen wir uns schließlich noch mit einem letzten, entscheidenden Grundbegriff, den Balint bereits 1957 in „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“<sup>129</sup> skizziert, dann jedoch 1968 in einem eigenen Buch „The Basic Fault“<sup>130</sup> bzw. „Die Theorie der Grundstörung“<sup>131</sup> ausgeführt hat.

Ausgehend von der Krankheitstheorie stellt Balint die Frage nach dem Verhältnis bzw. der Interdependenz von inneren und äußeren Faktoren, also von Krankheit und Persönlichkeit. War man längere Zeit einfach davon ausgegangen, dass jede chronische Krankheit eine Art „neurotischen Überbau“ erzeugt und damit zur sekundären Neurotisierung führt, begann sich das medizinische Denken seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts unter dem Einfluss von Pionieren wie G. Groddeck, S. Ferenczi und S. E. Jelliffe – alle drei ursprünglich Allgemeinärzte – zu wandeln und die psychosomatische Medizin entstand.<sup>132</sup> Und in der Tat betont diese Betrachtungsweise den unauflösbaren Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Prozessen, ihre Einheit. Viktor v. Weizsäcker<sup>133</sup> – Internist, kein Allgemeinarzt – sprach von anthropologischer Medizin, weil er befürchtete, dass der Bindestrich in psycho-somatisch – und sei es nur ein gedachter – doch wieder zum Trennstrich werden könnte.

---

<sup>129</sup> Balint MR S. 252-293.

<sup>130</sup> Balint M: The Basic Fault - Therapeutic Aspects of Regression. - London (Tavistock Publications) 1968.

<sup>131</sup> Balint M: Therapeutische Aspekte der Regression – Die Theorie der Grundstörung.- Stuttgart (J. G. Cotta'sche Buchhandlung 1970) <sup>4</sup>2012.

<sup>132</sup> Balint MR S. 255. Anm. d. Verf.: Georg Groddeck (dt. Arzt, 1866-1934), Sándor Ferenczi (ung. Arzt, 1873 -1933), Smith Ely Jelliffe (amerik. Arzt, 1866-1945); gemeinsam sind ihnen wegweisende Beiträge zur psychosomatischen Medizin und – insbesondere bei Groddeck – sozialreformerische und pädagogische Impulse. Groddeck und Ferenczi waren befreundet. Balint war Analysand von Ferenczi, der aus Galizien/Polen stammte.

<sup>133</sup> Viktor v. Weizsäcker (dt. Arzt und Philosoph, 1866-1957), Mitbegründer der Psychosomatischen bzw. Anthropologischen Medizin. Vgl. Wein M: Die Weizsäcker. Geschichte einer deutschen Familie. Stuttgart (DVA) 1988. S. 341-410. Insbes. Weizsäcker V v: Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildung.- Stuttgart (Ernst Klett) 1947. Weizsäcker V v: Fälle und Probleme. Anthropologische Vorlesungen in der medizinischen Klinik.- Stuttgart (Ferdinand Enke) <sup>2</sup>1951.

Auf diesem Hintergrund konnten psychische und körperliche Einflüsse, Faktoren, Symptome und Störungen des Patienten endlich gleichberechtigt und integrierend betrachtet werden. So entstanden Balint's Überlegungen zur Grundkrankheit bzw. Grundstörung. Er bezieht sich auf die psychosomatische Medizin und beschreibt am besten selbst, was er damit meint:

*Dies ist natürlich nicht das Ende der Angelegenheit. Der nächste Schritt ist zu fragen, was der Ursprung einer psychosomatischen oder auch jeder anderen Disposition ist. Falls ich recht habe, ist die Psychoanalyse gerade dabei ein neues Konzept zu entwickeln, das „Grundkrankheit“ genannt werden könnte oder vielleicht **„Grundstörung“ in der biologischen Struktur des Individuums, die in unterschiedlichem Ausmaß sowohl seine Seele als auch seinen Körper involviert.** Die Ursache dieser Grundstörung mag zurückgeführt werden auf eine beträchtliche Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen des Individuums in seinen frühen prägenden Jahren (oder möglicherweise Monaten) und der Zuwendung und Fürsorge, die zur relevanten Zeit vorhanden waren. Das schafft einen Zustand des Mangels, dessen Konsequenzen nur teilweise reversibel sind. Selbst wenn das Individuum eine gute oder sogar sehr gute Anpassung erreichen mag, bleiben die Spuren seiner frühen Erfahrungen erhalten und tragen zu dem bei, was seine Konstitution, seine Individualität oder seine Charakterstruktur genannt wird, sowohl im psychologischen als auch im biologischen Sinn. (...)*

*Wenn wir diese Vorstellung annehmen, löst sich die Kontroverse um innere oder äußere Krankheitsursachen in eine Komplementarität auf. Umso intensiver ein Faktor ist, umso weniger ist vom andern erforderlich. Das Bild, das sich folglich ergibt, ist das eines Konflikts zwischen den Möglichkeiten des Individuums und seiner Umgebung.<sup>134</sup>*

---

<sup>134</sup> Balint MR S. 255f.: *This, of course, is not the end of the matter. The next step is to ask what is the origin of a psychosomatic or any other disposition. If I am right, psychoanalysis is about to develop a new conception which may be called "basic illness" or perhaps **"basic fault" in the biological structure of the***

Hierin sind in sachter Anlehnung an Sigmund Freud<sup>135</sup> beim Begriff der Komplementarität moderne biopsychosoziale Konzepte angesprochen und wesentlich bereits vorweggenommen.

Thure v. Uexküll<sup>136</sup> stellt dies in Abgrenzung vom biomechanischen Konzept des Menschen als Maschine (*l'homme machine*) unter Bezugnahme auf eine neue medizinische Semiotik, auf System- und Erkenntnistheorie sowie auf Piaget's Konzept der Einheit aus Organismus und Umwelt im Bild des Funktionskreises, Viktor v. Weizsäcker als Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen im Gestaltkreis dar, dessen erster Satz lautet:

*Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen.*<sup>137</sup>

---

*individual, involving in varying degrees both his mind and his body. The origin of this basic fault may be traced back to a considerable discrepancy between the needs of the individual in his early formative years (or possibly months) and the care and nursing available at the relevant times. This creates a state of deficiency the consequences of which are only partly reversible. Although the individual may achieve a good, or even very good, adjustment, the vestiges of his early experiences remain, and contribute to what is called his constitution, his individuality, or his character make-up, both in the psychological and biological sense. (...)*

*If we accept this idea, the controversy between the external and internal origin of illness resolves itself into a complementary series. The more intensive one factor is, the less is needed of the other. The picture thus emerging is that of a conflict between the individual's possibilities and his environment.*

<sup>135</sup> Balint verwendet den Begriff *complementary series*, die englische Übersetzung des von Sigmund Freud (österreich. Arzt und Begründer der Psychoanalyse, 1856-1939) bereits 1916-17 in seinen Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse gebrauchten Begriffs der Ergänzungsreihe (Standard Edition XV-XVI, insbes. S. 346f. und S. 362).

<sup>136</sup> Uexküll T v. (Hrsg.), Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke O, Wesiack W (Mit-Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. – München (Urban & Schwarzenberg Verlag 1979)<sup>2</sup>1981.

Ab der 3. Auflage von 1986 spricht von Uexküll nicht mehr von Lehrbuch und begründet dies in der 5. Auflage von 1996 (S. 1) mit der Notwendigkeit einer theoretischen Einleitung und damit, dass die Adressaten des Buches keine „*anerkannte Gemeinschaft der normalen Medizin*“, sondern eine heterogene Gruppe bilden, also auch Psychologen, Pädagogen, Soziologen, Sozialarbeiter, Angehörige der Pflegeberufe angesprochen seien. Allerdings haben die Herausgeber der aktuellen Ausgabe des „Uexküll“ genau diesen Anspruch im Untertitel und Vorwort wieder aufleben lassen. Vgl. Adler, R., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz, W., Söllner, W. und Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Theoretische Konzepte und klinische Praxis.- München (Elsevier Urban & Fischer)<sup>7</sup>2011. Aber auch dort bildet Teil I Theoretische Grundlagen das von Thure v. Uexküll und Wolfgang Wesiack verfasste Kapitel „*Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell*“. S. 3-40.

<sup>137</sup> Weizsäcker V v: Der Gestaltkreis. Theorie und Einheit von Wahrnehmen und Bewegen.- Frankfurt (Gesammelte Schriften Band 4, Suhrkamp Verlag) 1997. - Die Ideen zum Gestaltkreis hat er 1932 in Heidelberg formuliert; in Buchform wurden sie erst 1940 veröffentlicht.

Genau dies hat Balint getan und im Bild der Komplementarität beschrieben, was Thure v. Uexküll und Viktor v. Weizsäcker als unauflösliches Aufeinanderbezogen- und Aneinandergewiesen-Sein im Bild des Kreisens und des Kreises<sup>138</sup> – der geometrisch vollkommensten und runden Figur, die Anfang und Ende als stetigen Übergang bleibend verbindet – sichtbar machen wollen und was Martin Buber<sup>139</sup> im Dialogischen Prinzip in der Dialektik der beiden Grundworte Ich-Du und Ich-Es zum Ausdruck bringt.

---

<sup>138</sup> Zybowski P: Rezensionen- und Rezeptionsgeschichte zu „Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“ von Viktor von Weizsäcker.- Berlin 28.02.2008. Inauguraldissertation an der Medizinischen Fakultät der Charité. S. 175-177, 211-220, 272-273; - zusammenfassend 324-327. [www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_00000005126/Zybowski.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000005126/Zybowski.pdf); Jsessionid=67C43 EB9730B49B8790D0DF83BCB1161?hosts – (zuletzt besucht am 10.06.2013).

<sup>139</sup> Buber M: Das dialogische Prinzip.- Gütersloh (Lambert Schneider/Gütersloher Verlagshaus 1986)<sup>9</sup>2002. S. 7-38.

## 2.4 Philosophie und Anthropologie der Beziehung

Martin Buber schreibt:

*Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort Ich-Es zu.*

*Das Grundwort Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung.*

(...)

*Das Du begegnet mir. Aber ich trete in die unmittelbare Beziehung zu ihm.*

(...)

*Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du.*

*Alles wirkliche Leben ist Begegnung.<sup>140</sup>*

Begegnung und Beziehung fordern jedoch auch Bestätigung als „*Fundament des Mensch-mit-Mensch-seins*“:

*... der Wunsch jedes Menschen, als das, was er ist, ja was er werden kann, von Menschen bestätigt zu werden, und die dem Menschen eingeborene Fähigkeit, seine Mitmenschen ebenso zu bestätigen.<sup>141</sup>*

Dass diese Fähigkeit so unermesslich brachliege, mache – so Buber – die eigentliche „*Schwäche und Fraglichkeit des Menschengeschlechts*“ aus.<sup>142</sup>

Nicht nur Viktor v. Weizsäcker bezieht sich wesentlich auf Buber, interessanterweise tut dies im Jahr 2002 auch Linus Geisler in seinem Beitrag im Abschlussbericht der Enquête-Kommission „*Recht und Ethik der modernen Medizin*“.

---

<sup>140</sup> Buber 2002, S. 10 und 15.

<sup>141</sup> Buber M: Urdistanz und Beziehung. Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie.- Heidelberg (Lambert Schneider 1951) <sup>4</sup>1978. S. 28.

<sup>142</sup> Buber 1978, S. 28.

Dort werden der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis „seit den 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts“<sup>143</sup>, das „Trilemma der modernen Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst“<sup>144</sup>, Probleme der Lifestyle-Medizin und Biotechnologie wie auch von Paternalismus, Autonomie, Neopaternalismus und schließlich die Kommunikationsstörungen zwischen Patient und Arzt diskutiert. Er sieht im dialogischen Denken die Chance zur Überwindung der Alternative zwischen Paternalismus und Autonomie und fordert die Stärkung der dialogischen Kompetenz in der ärztlichen Ausbildung:

*Ein Lösungsansatz wird in einer neuen Berufsauffassung gesehen, in der eine ausgewogene Balance zwischen Autonomie (des Patienten) und Verantwortlichkeit (des Arztes) besteht. Zur Etablierung dieses Gleichgewichtes kann das dialogische Prinzip Wesentliches beitragen.*<sup>145</sup>

Noch einen Schritt weiter geht Klaus Dörner mit seinen fünf beziehungsanthropologischen Thesen, indem er, ausgehend von Viktor v. Weizsäcker<sup>146</sup>, der Dialog-Philosophie und Thure v. Uexküll, den von Emmanuel Lévinas<sup>147</sup> formulierten Anspruch des Anderen – Lévinas zitiert den Lyriker Paul Celan: „Ich bin Du, wenn ich Ich bin“ – neben der Subjekt-Objekt-Dimension (paternalistische Haltung) und der Subjekt-Subjekt-Dimension (partnerschaftliche Haltung) als Objekt-Subjekt-Dimension (Haltung vom Anspruch des Anderen her) einführt.<sup>148</sup>

---

<sup>143</sup> Geisler 2002, S. 216-220.

<sup>144</sup> Bauer AW: Das Trilemma der modernen Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst. In: Engelhardt D v, Loewenich V v, Simon A (Hrsg.): Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität.- Münster (Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Frankfurt 2000) 2001. S. 94-106.

<sup>145</sup> Geisler 2002, S. 220.

<sup>146</sup> Weizsäcker V v: Körpergeschehen und Neurose. - Stuttgart (Ernst Klett) 1947.

<sup>147</sup> Lévinas E: Totalität und Unendlichkeit.- Freiburg (Alber) 1993.

<sup>148</sup> Dörner 2003, S. 68-101 (III. 1. Arzt-Patient-Beziehung); insbes. S. 73-80 (Dimensionen) und Celan-Zitat S. 77.

Klaus Gahl formulierte auf einer Tagung 2010 zum Thema „Die-Arzt-Patient-Beziehung in ihrer Bedeutung für die Medizin“ an der Charité in stetem Bezug auf Viktor v. Weizsäcker:

*Der Kranke ist Objekt und Subjekt: Objekt des Arztes, der medizinischen Behandlung im weiteren Sinne, Objekt der institutionalisierten Medizin. Und er ist zugleich das Subjekt seines Krankseins. Er ist aber auch Objekt und zugleich Subjekt seines eigenen Leibempfindens, wenn der Arzt ihn untersucht, ihn behandelt. Er ist Subjekt seines Krankseins, seiner Verunsicherung, der Betroffenheit, der existentiellen Not, das Subjekt der Krise in und durch die Krankheit.<sup>149</sup>*

In der Perspektive Dörner's wäre hinzuzufügen, dass auch der Arzt Subjekt und Objekt ist:

*... als Arzt vom Anderen her (...) öffne ich mich bedingungslos der Not des Anderen, seinen nackten, ungeschützten, sprechenden Augen, seinem Ruf, der zugleich die Stimme meines Gewissens ist.<sup>150</sup>*

Dörner sieht diese drei Dimensionen miteinander und ineinandergreifend, denn gerade vom in seinem Wesen und seiner Würde uneinholbaren Anderen her, und aus der Gegenseitigkeit der partnerschaftlichen Haltung kann es notwendig sein auch Verantwortung in der ersten Dimension zu übernehmen; dies jedoch immer im Bewusstsein, dass ich mich als Arzt dem Du des Patienten gegenüber darauf beschränke,

*... mein Handeln, also mich, in Deinem Dienst so lange zu ändern, bis Du nicht zur Wiederherstellung Deiner alten Ordnung, sondern zu einer neuen Ordnung als Deiner Heilung gefunden hast.<sup>151</sup>*

---

<sup>149</sup> Gahl K: Nachdenken über Wahrheit im ärztlichen Alltag. In: Deter, HC (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin.- Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 2010. S. 106.

<sup>150</sup> Gahl 2010, S. 78.

<sup>151</sup> Gahl 2010, S. 90.

Karl Jaspers<sup>152</sup> fragte nicht nur nach der geistigen Situation der Zeit, sondern auch nach dem Arzt im technischen Zeitalter und formuliert grundlegende Gefahren für jegliche Haltung und die Arzt-Patient-Beziehung:

*Wie ist nun heute die Situation? Man hört das Wort: Je größer das wissenschaftliche Erkennen und Können, je leistungsfähiger die Apparatur für Diagnostik und Therapie, desto schwerer einen guten Arzt, ja überhaupt einen Arzt zu finden! Ein Arzt soll doch diesen je einzelnen Kranken behandeln in der Kontinuität seines Lebens. Diesen persönlichen Anspruch aber geradezu zu überwinden scheint anderen – noch vereinzelt – Stimmen der rechte Fortschritt über das bürgerlich individualistisch gebundene Zeitalter hinaus. Der moderne Kranke, so sagen sie, wolle gar nicht persönlich behandelt werden. Er gehe zur Klinik wie in ein Geschäft, um durch einen unpersönlichen Apparat auf das beste bedient zu werden. Und der moderne Arzt handle als Kollektiv, durch das der Kranke versorgt wird, ohne dass ein Arzt persönlich hervortritt.<sup>153</sup>*

Plötzlich geht es nicht mehr um Subjekt-Objekt-, Subjekt-Subjekt- oder Objekt-Subjekt-Beziehung, und ebenso wenig um die von Viktor v. Weizsäcker<sup>154</sup> mit Verve und immer wieder geforderte Einführung des Subjekts in die Biologie bzw. Medizin, sondern nur noch um die verschiedenen Objekte eines unpersönlichen Apparates, nämlich Patient wie auch Arzt<sup>155</sup> in je eigener Weise.

---

<sup>152</sup> Jaspers K: Die geistige Situation der Zeit.- (Sammlung Göschen Band 1000) 1931.

<sup>153</sup> Jaspers K: Der Arzt im technischen Zeitalter. München/Zürich (Piper 1986) <sup>2</sup>1999. S. 42. (Vortrag auf der 100. Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte 1958 in Wiesbaden).

<sup>154</sup> Weizsäcker V v: Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen.- Frankfurt (Gesammelte Schriften Band 4, Suhrkamp Verlag) 1997. S. 83.

<sup>155</sup> Hierzu auch: Bircher-Benner M: Vom Werden des neuen Arztes.- Bern (Hans Huber) <sup>4</sup>1963. Büchner F: Der Mensch in der modernen Medizin.-Freiburg (Herder) 1985. Lown B: Die verlorene Kunst des Heilens.- Stuttgart (Schattauer) <sup>2</sup>2008. Unschuld, PU: Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin.-München (C.H. Beck) <sup>2</sup>2011.

Wie fürchterlich diese Vorstellung für Jaspers sein musste, zeigt sich darin, dass er abschließend an den Arzt als Philosophen und an das hippokratische Wort *ἰητρός φιλόσοφος ἰσόθεος*<sup>156</sup> erinnert:

*Man sieht Ärzte, die Philosophie verwerfen (...) Aber ohne Philosophie kann man an den Grenzen naturwissenschaftlicher Medizin des Unfugs nicht Herr werden.*<sup>157</sup>

Ein zeitgenössischer, wenngleich zunächst recht technisch und etwas verhaltenstherapeutisch für Patient und Arzt anmutender Versuch, den Unfug an den Grenzen der naturwissenschaftlichen Medizin zumindest zu begrenzen und beziehungs- bzw. patientenzentriert zu arbeiten, ist die sog. Partizipative Entscheidungsfindung, ein vom englischen „Shared Decision Making“ abgeleiteter Kunstbegriff.

*Der Begriff Shared Decision Making (Partizipative Entscheidungsfindung) bezeichnet einen Prozess, bei dem Patienten an Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit und der Gesundheitsversorgung teilhaben. Dies geschieht typischerweise im Arzt-Patient-Gespräch, und zunehmend auch unter Verwendung anderer Medien, wie interaktiven, computergestützten Technologien. Ein naheliegender Ansatz, könnte man vermuten.*<sup>158</sup>

Dann wird ausgeführt, dass der Glaube an wissenschaftliche Rationalität durchaus im Widerspruch zu post-modernen, relativistischen Sichtweisen und Werten stehe und viele die Auffassung vertreten, dass nicht einfach der Entscheidung des Individuums Vorrang eingeräumt werden könne, sondern eine „soziale Einbettung“ bzw. eine Balance zwischen sozialen und individuellen Prioritäten hergestellt werden müsse.

---

<sup>156</sup> Weizsäcker 1997, S. 58 sowie in: Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie.- Berlin (Springer 1923) unv. 1973. S. 674: *Der Arzt als Philosoph gleich(t) Gott.* - Übers. in: Müri 1986, S. 27: *Der Arzt, der die Weisheit liebt, ist gottgleich.* (Hippocrates, de decenti habitu 5).

<sup>157</sup> Jaspers 1999, S. 57.

<sup>158</sup> Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M: Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln.- Köln (Deutscher Ärzte-Verlag) 2005. S. 3.

Zudem kann für Patienten das Prinzip der Autonomie auch leicht überfordernd sein, sie fühlen sich „*allein gelassen*“, und die zu treffenden Entscheidungen sind mit Angst verbunden. Insofern geht es darum, sich so weit zu beteiligen, wie gewünscht. Man spricht von wahlweiser Autonomie.<sup>159</sup>

Da im Prozess der Entscheidungsfindung einerseits Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und -risiken und andererseits über die Präferenzen und Werte des Patienten erforderlich sind, bedeutet dies

- zumindest zwei Teilnehmer, nämlich Patient und Arzt, sind beteiligt;
- Familienangehörige, Freunde und Kollegen können dazukommen;
- die relevanten Informationen werden ausgetauscht;
- beide Seiten beteiligen sich aktiv an der Suche nach einem Konsens;
- es kommt zu einer Entscheidung über die Behandlung.<sup>160</sup>

Hinsichtlich, der Frage, ob es tatsächlich zu einer Entscheidung kommen muss, herrscht keine Einigkeit. Anderen Autoren genügen bereits der Informationsaustausch und/oder die Unterstützung beim Nachdenken über eine eigene Entscheidung.<sup>161</sup>

Wesentlich weiter gehen u.a. Gerd Gigerenzer und J. A. Muir Gray mit ihrem Sammelband (im Anschluss an ein Experten-Forum 2009 in Frankfurt) unter dem Titel: „*Better Doctors, Better Patients, Better Decisions – Envisioning Health Care 2020*“<sup>162</sup>.

---

<sup>159</sup> Elwyn et al. 2005, S. 3f.

<sup>160</sup> Elwyn et al. 2005, S. 5f.; das Rahmenkonzept wird in Anlehnung an Charles et al. wiedergegeben. Vgl. nächste Fußnote.

<sup>161</sup> Härter M, Simon D: Do Patients Want Shared Decision Making and How Is This Measured? In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.*- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011. S. 54: *Charles described a set of principles for shared decision making, stating “that at least two participants, the clinician and the patient be involved; that both parties share information; that both parties take steps to built a consensus about the preferred treatment; and that an agreement is reached on the treatment to implement” (Charles et al. 1997). These principles rely on an eventual arrival at an agreement but this final principle is not fully accepted by others in the field...*

Ihr Ziel ist es, Visionen einer Gesundheitsversorgung für das Jahr 2020 zu konzipieren und insbesondere ein zukunftsfähiges Modell der Zusammenarbeit zwischen Patienten und allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen zu entwickeln.

Zentrale Begriffe hierbei sind „*Health Literacy*“, also die Fähigkeit, die eigene gesundheitliche Versorgung, aber auch das Gesundheitssystem betreffende Informationen lesen, verstehen und nutzen zu können, bzw. „*Health Illiteracy*“, also dazu nicht oder nicht ausreichend in der Lage zu sein.<sup>163</sup>

Wesentliche Ursachen des Unverständnisses für gesundheitsrelevante Informationen bei Patienten und Ärzten sind einseitige Vergabe von Forschungsmitteln, einseitige Information in Fachzeitschriften, einseitige Information in Gesundheitsbroschüren, einseitige Information in den Medien, wirtschaftliche Interessenkonflikte, rechtliche Verpflichtungen und Bedrohungen, die zu einer „*defensiven Medizin*“ führen, sowie mangelndes Verständnis der Ärzte für statistische Zusammenhänge („*Doctor's Statistical Illiteracy*“).<sup>164</sup>

Die zahlreichen angeführten Untersuchungen und Beispiele<sup>165</sup> machen deutlich, dass hinsichtlich klarer, transparenter und verständlicher Information sowohl für Patienten als auch für Ärzte noch viel zu tun ist und diese fachlich-sachliche Dimension der Arzt-Patient-Beziehung keineswegs vernachlässigt werden darf. Ob das Internet und insgesamt die modernen interaktiven Medien die hohen in dieser Hinsicht in sie gesetzten Erwartungen erfüllen können und zu einer Bereicherung des Dialogs zwischen Patient und Arzt und einer Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung beitragen werden, steht dahin.

---

<sup>162</sup> Gigerenzer und Gray 2011.

<sup>163</sup> [http://wikipedia.org/wiki/Health\\_literacy](http://wikipedia.org/wiki/Health_literacy) (zuletzt besucht am 10.06.2013).

<sup>164</sup> Gigerenzer G, Gray JAM: I. Health Literacy: Is the Patient the Problem? 1. Launching the Century of the Patient. In: Gigerenzer und Gray 2011, S. 3-28, insbes. Tab. 1.1 S.7. Engl. *Biased funding/reporting...*

<sup>165</sup> Vgl. insbes.: Gaissmaier W, Gigerenzer G: When Misinformed Patients Try to Make Informed Health Decisions. In: Gigerenzer und Gray 2011, S. 29-43. Wegwarth O, Gigerenzer G: Statistical Illiteracy in Doctors. In: Gigerenzer und Gray 2011, S. 137-151.

Nahezu unbegrenzte Information bringt bekanntlich kein geringes Risiko der Desorientierung und Verunsicherung mit sich und kann niemals Ersatz – auch wenn das so anklingen mag – für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt sein:

*Lassen Sie uns nicht naiv sein. Das Internet kann Patienten stärken, wird aber die traditionelle Arzt-Patient-Beziehung in absehbarer Zeit nicht ersetzen. Noch ist die Information durch medizinische Web Sites notwendigerweise objektiv oder zumindest korrekt. Um die Sache noch komplizierter zu machen, mögen unterschiedliche Web-Sites widersprüchliche Informationen anbieten, und die resultierende Verwirrung zu heftigen Kopfschmerzen bei Ärzten führen. (...) Durch Beteiligung der Patienten im Prozess der Informationssuche und Entscheidungsfindung, können die Ärzte die Begegnung von Angesicht zu Angesicht sinnvoller und zur größeren Zufriedenheit nutzen – für sich und die Patienten.<sup>166</sup>*

Inbegriff der Freiheit, so das Manifest für Veränderung am Ende, sei die Freiheit der Wahl:

*Die Bewährungsprobe (der Lackmustest) für ein demokratisches Gesundheitswesen ist das Maß, in dem Patienten gestärkt werden, aufgrund transparenter Information zu wählen. Das 21. Jahrhundert sollte das Jahrhundert sein, in dem der Wind der Veränderung zu einem partnerschaftlichen erwachsenen Gespräch zwischen Patienten und Ärzten führt.<sup>167</sup>*

---

<sup>166</sup> Hertwig R, Buchan H, Davis DA, Gaissmaier W, Härter M, Kolpatzik K, Légaré F, Schmacke N, Wormer H: How Will Health Care Professionals and Patients Work Together 2020? A Manifesto for Change. In: Gigerenzer und Gray 2011, S. 316-337; hier S. 326f.: *Let us not be naïve, however. The Internet can empower patients but will not replace the traditional doctor-patient relationship anytime soon. Nor is the information provided by medical web sites necessarily objective or even correct. To make matters more complex, different web sites may give conflicting information, and the resulting confusion may become a major headache for physicians. (...) By involving patients in the process of information search and decision making, doctors may be able to use the face-to-face consultation more meaningfully and more satisfactorily – for themselves and patients.*

<sup>167</sup> Hertwig et al. 2011, S. 337: *The litmus test for a democratic health care system is the degree to which patients are empowered to choose, based on transparent information. The 21st century should be the century during which the wind of change ushers in an adult conversation between patients and doctors.*

### 3 Ärztliche Kommunikation

Auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für die freie Arztwahl sowie der Bedeutung einer kontinuierlichen, vertrauensvollen und partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung wird die Versorgungssituation in Nordfriesland skizziert und die ärztliche Kommunikation am Beispiel einer Allgemeinarzt-Praxis im nördlichen Nordfriesland untersucht. Der Koordination aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Integration und integrativen Kommunikation aller Patienteninformationen gilt hierbei das besondere Interesse. Die Fragestellung bezieht sich insbesondere auf die Analyse von Überweisungen und Arztbriefen. Darüber hinaus wurden weitere Parameter ausgewertet, die das Bild abrunden, indem sie die Kooperation bzw. Kommunikation mit Krankenhaus, Pflege, Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung und dem Landesamt für soziale Dienste darstellen.

Um zufällige Einflüsse und eine Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen, wurde ein Beobachtungszeitraum von drei Jahren gewählt. Um größtmögliche Aktualität zu gewährleisten, sind dies die Jahre 2010, 2011 und 2012. Im Sinne der Konsistenz wurden diese Jahre – soweit verfügbar – auch für die herangezogenen statistischen Daten zugrunde gelegt.

Dargestellt wird weiter, wie essentiell die umfassende ärztliche Kommunikation insbesondere im Hinblick auf Arzneimittelsicherheit und einen verantwortlichen Umgang mit begrenzten Ressourcen ist. Dies soll beispielhaft durch die Diskussion um die PRISCUS-Liste und einige eigene Erfahrungen illustriert werden, die zeigen, dass die Vermeidung von Polypragmasie und Polypharmazie<sup>168</sup> gleichermaßen im individuellen Interesse des einzelnen Patienten wie auch im systemisch-kollektiven Interesse aller Versicherten liegt.

---

<sup>168</sup> SVR 2009 S.82 (75.) definiert Polypharmazie und Polypragmasie synonym als die „gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln“. Demgegenüber wird hier unter Polypragmasie (griech. Vielgeschäftigkeit) „sinn- und konzeptlose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen“ verstanden; unter Polypharmazie die Gabe mehrerer Arzneimittel - zumeist definiert als fünf oder mehr - bei älteren Menschen – zumeist definiert als über 65jährig. <http://www.wikipedia.org/wiki/Polypragmasie> und [.../Polypharmacy](http://www.wikipedia.org/wiki/Polypharmacy). (Zuletzt besucht am 10.06.2013).

### 3.1 Versorgungssituation in Nordfriesland

Die Diskussion um die Zukunft der Gesundheitsversorgung<sup>169</sup>, die bedarfsgerecht, transparent und auch weiterhin solidarisch sein sollte, beschäftigt nicht nur Wissenschaft und Politik auf Bundes- und Landesebene. Diese Diskussion ist seit geraumer Zeit auch vor Ort in den Gemeinden und Städten angekommen. Dies zeigt die Einladung der Stadtvertretung Niebüll an einen Hausarzt und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, über die am 06.04.2013 im Nordfriesland Tageblatt unter dem Titel „Mangel oder Überversorgung?“<sup>170</sup> ausführlich berichtet wurde. Dargestellt wird, dass die Kreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg, aber ohne die kreisfreie Stadt Flensburg, nunmehr den Planungsbezirk Nord bilden. Nordfriesland ist demzufolge im hausärztlichen Bereich mit 110 % versorgt. Auf einen Hausarzt kämen im Schnitt 1.500 bis 1.600 Einwohner. Und auch für nahezu alle (anderen) Facharztgruppen<sup>171</sup> seien 110 % überschritten. Viel besser ginge es nicht.

Tabelle 2 zeigt die neue Aufteilung, wonach sich ein differenzierteres Bild ergibt.

Tabelle 2 Hausärztliche Versorgungsgrade nach Planungsbereichen (Beschluss Landesausschuss vom 04.06.2013)<sup>172</sup>

Planungsbereich	Hausärztlicher Versorgungsgrad in %
Tönning (Eiderstedt)	135,0
Husum (mittleres Nordfriesland, nur Festland)	84,4
Niebüll (Südtondern, nur Festland)	108,9
Westerland (Sylt, Föhr, Amrum und Pellworm)	186,8

<sup>169</sup> Beske F, Brix F: Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Wandel durch Priorisierung und Rationierung – Begründung und Vorschläge.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 121) 2011.

<sup>170</sup> Nordfriesland Tageblatt, sh:z Flensburg, Sonnabend/Sonntag, 06./07. April 2013 – Nr. 78, S. 13.

<sup>171</sup> 87,5 % aller Hausärzte sind hier Fachärzte für Allgemein- oder Innere Medizin, wie im Folgenden gezeigt wird.

<sup>172</sup> KVSH: Anlage zum Beschluss des Landesausschusses vom 04.06.2013

Die vergleichsweise hohen Versorgungsgrade für Eiderstedt und für die Inseln, insbesondere Sylt, machen die besondere Bedeutung des Tourismus in diesen Regionen deutlich. Der dadurch bedingte zusätzliche Versorgungsbedarf wird auch durch die neue Bedarfsplanung nicht erfasst.

Selbstverständlich spielt der Tourismus in ganz Nordfriesland eine wichtige Rolle. Insofern weisen das mittlere Nordfriesland, das näherungsweise dem Bereich zwischen Arlau und Eider bzw. zwischen Husum und Bredstedt entspricht, mit 84 % und auch Südtondern, das nördliche Nordfriesland mit 109 % vergleichsweise niedrige hausärztliche Versorgungsgrade auf. Das vom Nordfriesland Tageblatt zitierte Votum des Ärztevertreters erscheint recht kategorisch an den Kriterien und Zahlen der Bedarfsplanung orientiert. So bleibt es auch nicht lange unwidersprochen.

Gut zwei Wochen später lautet der Aufmacher nicht nur im Nordfriesland Tageblatt, sondern in allen 14 Zeitungen des Schleswig-Holsteinischen Zeitungsverlages:

*Auf dem Weg zum Land ohne Hausärzte – Mindestens 600 Mediziner geben bis 2018 ihre Praxen auf – nur 40 rücken nach.*

Ausführlich wird über eine Podiumsdiskussion der Hermann-Ehlers-Akademie in Sankelmark berichtet und Prof. Heiner Duncker, der langjährige Rektor der Universität Flensburg zitiert:

*Wir haben zu lange gepennt. Es wird zu einer drastischen Verschlechterung der ärztlichen Versorgung kommen, besonders auf dem Land.*<sup>173</sup>

Noch dramatischer werde die Lage dadurch, dass die Arbeit für die Hausärzte deutlich zunehmen wird: 2025 seien eine Million Schleswig-Holsteiner älter als 60 und die Zahl der Schlaganfälle und Demenzkranken werde sich verdoppelt haben.

---

<sup>173</sup> Nordfriesland Tageblatt, sh:z Flensburg, Sonnabend/Sonntag, 20./21. April 2013 – Nr. 92, S. 1. Vgl. S. 2 und 6.

Daten hierzu und warnende Stimmen gab es jedoch schon vor etlichen Jahren, wie die dort offenbar zitierte Prognose des IGSF aus dem Jahr 2007<sup>174</sup> zeigt. Im Geleitwort ist zu lesen:

*Die von Herrn Professor Beske prognostizierte Entwicklung der Gesundheitsversorgung bis 2050 ist alarmierend und stellt die ganze Gesellschaft – wie auch uns Ärzte und Therapeuten – vor große Herausforderungen:*

- *Wie sollen wir die medizinische Versorgung bei dieser Zunahme altersabhängiger Krankheiten, einer Explosion der Krankheitskosten und einer gleichzeitigen Abnahme der Ärztezahl sichern?*
- *Wie soll die hohe Qualität und Professionalität unserer Leistungen angesichts der chronischen Honorarkrise erhalten werden?*
- *Wie sollen wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen eine tragfähige Perspektive für eine zukünftige freiberufliche Tätigkeit aufzeigen?*

*Wir müssen den Tatsachen ins Auge sehen:*

*Die These, die – wie die Statistiker es nennen – Arzt-Abgänge der nächsten Jahre könnten durch Neuzugänge kompensiert werden, ist kühn. Denn sie geht von falschen Voraussetzungen aus. Alles spricht derzeit dagegen, dass sich die Arztzahlen so entwickeln wie in der Vergangenheit. Beim demographischen Wandel der Gesellschaft bilden Ärzte und Therapeuten keine Ausnahme.*

*Besonders in ländlichen Gebieten werden wir noch mehr Nachwuchsprobleme haben als bisher.*

---

<sup>174</sup> Beske et al. 2007 (Band 108). Insbes. S. 56 (Abb.9: Jährliche Neuerkrankungen an Schlaganfall 2000 bis 2050) und S. 63 (Abb. 12: Demenzkranke 2000-2050).

*Der Trend zeigt, dass die ambulante Versorgung – relativ gesehen – zunehmend Kollegen an andere, offenbar attraktivere Arbeitsmärkte im In- und Ausland und an die Krankenhäuser verliert, deren Position vom Gesetzgeber bewusst und nachhaltig zu Lasten des ambulanten Bereichs und einer wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung gestärkt und erweitert wurde.*

*Ein systemischer Lösungsansatz wird an der Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung – hierzu hat Herr Professor Beske im Dezember 2006 erste konkrete Vorschläge gemacht – ebenso wenig vorbeikommen, wie an einer Ethik der Ent-Täuschung überzogener und unerfüllbarer Erwartungen an wohlfahrtsstaatliche Fürsorge und die Solidarität der kommenden Generationen. Auch von der gängigen Illusion, der (budgetierte) „Wettbewerb“ mache das Unmögliche möglich und heile alle Wunden, werden sich viele verabschieden müssen. Sicherlich werden diese Ent-Täuschungen damit einhergehen, dass Ärzte und Therapeuten ihre eigene Rolle und Identität in der Zusammenarbeit mit Heilberufen und anderen sozialen Berufen neu finden und ihre freiberufliche Individualität kooperativ und unter einer starken Dachmarke – für mich das unternehmerisch-reformierte System der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung – neu organisieren.<sup>175</sup>*

Manche dieser Aussagen mag man kritisch sehen<sup>176</sup>, fest steht jedenfalls, dass es die warnenden Stimmen mit Fakten und Argumenten schon vor etlichen Jahren gab. Die Frage bleibt, wie die Versorgungssituation und ihre weitere Entwicklung zu beurteilen sind. Dabei widersprechen sich beide Betrachtungsweisen nur scheinbar.

Denn bereits aus den eingangs geschilderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, also dem demographischen Wandel, dem medizinischen Fortschritt und der finanziel-

---

<sup>175</sup> Büchner RW: Zum Geleit. In: Beske et al. 2007 (Band 108). S. 5-6.

<sup>176</sup> Im Bewusstsein, dass nicht alle Früchte mit den Erdbeeren reifen, wie Goethe in den Gesprächen mit Eckermann bemerkt haben soll, sieht dies auch der Verfasser heute so...

len Entwicklung der GKV ergibt sich: Trotz offener Wünsche – viel besser geht es wohl wirklich nicht; aber deutlich schlechter wird es ziemlich sicher werden – trotz aller Bemühungen.

Das doppelte Dilemma der ärztlichen Bedarfsplanung – das sei noch angemerkt – besteht hierbei einerseits darin, dass sie mit diesen Entwicklungen nicht nur Schritt halten, sondern sie auch möglichst zutreffend antizipieren müsste, was innerhalb gewisser Grenzen noch mach- und vorstellbar erscheint. Andererseits – und das wiegt schwerer – ist der Gemeinsame Bundesausschuss als Richtliniengeber trotz und wegen seiner paritätischen Struktur interessengebunden.

Die Ärzte haben ein nachvollziehbares Interesse, die reale Leistungsentwicklung sowie den aktuellen und voraussehbaren Leistungsbedarf umfassend berücksichtigt zu sehen. Die Krankenkassen haben ein nachvollziehbares Interesse, über die Arztsitze und Arztzahlen ihre Leistungsausgaben und damit die Beiträge zu steuern. Und die unparteiischen Mitglieder werden sich weder dem einen noch dem anderen Argument verschließen können und für Kompromisse eintreten. Das ist vom Gesetzgeber gewollt und so lange systemstabilisierend, wie sich Arztsitze und Arztzahlen, Leistungsanspruch und Leistungsbedarf sowie Finanzierung in einer angemessenen Balance befinden. Danach führt es zu stiller Rationierung auf Kosten der Versicherten, Patienten und Ärzte.

Hinzu kommt schließlich noch, dass die Bedarfsplanung, selbst wenn sie den realen Versorgungsbedarf abbilden könnte und dürfte, zwar Arztsitze planen, aber keine neuen Ärzte, insbesondere Hausärzte schaffen kann, allenfalls das Bewusstsein dafür, wie wichtig gezielte und wirksame Fördermaßnahmen in Ausbildung und Praxis sind.

So berichten am 21.06.2013 wiederum alle Zeitungen des Schleswig-Holsteinischen Zeitungsverlages als Aufmacher über „*Neue Chancen für neue Ärzte*“: „*So können sich in Nordfriesland und Dithmarschen weitere Augenärzte, Kinderärzte und Orthopäden niederlassen.*“ Zudem würden landesweit 24 neue Kassenarztsitze für Hausärzte ausgeschrieben.

Zugleich wird kritisch angemerkt:

*Auch Kassenexperten schließen nicht aus, dass es für die neuen zusätzlichen Arztsitze ebenso wenig Interessenten geben wird, wie derzeit schon für bestehende Praxen, die händeringend Nachfolger suchen.*<sup>177</sup>

Die hier untersuchte Allgemeinarztpraxis besteht seit dem 1. Oktober 1990. Damals habe ich mich in Nordfriesland, dem nordwestlichsten Kreis Schleswig-Holsteins mit 164.654 Einwohnern, und dort in Klanxbüll, einem Ort mit 916 Einwohnern<sup>178</sup>, niedergelassen, der manchem als letzte Bahnstation vor der Ferieninsel Sylt bekannt sein mag. In Klanxbüll gibt es keine andere Praxis und auch keine Gebietsärzte.

Aufgrund der Zulassungsstatistik bzw. der Mitgliederliste der KVSH mit Stand Oktober 2012<sup>179</sup> ergibt sich für die ambulante Versorgung in Nordfriesland das in Tabelle 3 bis Tabelle 6 dargestellte Bild.

Tabelle 3 Ambulante ärztliche Versorgung im Kreis Nordfriesland

Bezeichnung	Anzahl	Anteil in %
Niedergelassene Ärzte davon Hausärzte (ohne Kinderärzte) 120 = 45,98 % davon Gebietsärzte (mit Kinderärzten) 80 = 30,65 %	200	76,63
Niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten	16	6,13
Angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren	15	5,75
Ermächtigte Krankenhausärzte	30	11,49
<b>Insgesamt</b>	<b>261</b>	<b>100,00</b>

Insgesamt nehmen 261 Ärzte an der ambulanten Versorgung teil.

<sup>177</sup> Nordfriesland Tageblatt, sh:z Flensburg, Donnerstag, 06. Juni 2013 – Nr. 129, S. 1.

<sup>178</sup> Kreis Nordfriesland: Verzeichnis der Städte, Ämter und Gemeinden des Kreises Nordfriesland. 29.10.2012. [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45\\_3490\\_1.PDF?1362988671](http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_3490_1.PDF?1362988671) (zuletzt besucht am 28.04.2013)

200 davon sind im engeren Sinne selbstständig niedergelassene Ärzte, nämlich 120, also 60 % Hausärzte und 80, also 40 % Gebietsärzte im Sinne der Bedarfsplanung.

Wie Tabelle 4 zeigt kommen jedoch 15 in MVZ angestellte Gebietsärzte, die ebenfalls bzw. im weiteren Sinn als niedergelassene Ärzte zu betrachten sind, und 30 im Krankenhaus tätige, zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigte Ärzte hinzu.

Tabelle 4 Gebietsärzte sowie Psychologen und ihr Anteil an der ambulanten Versorgung im Kreis Nordfriesland

Bezeichnung	Anzahl	Anteil in %
Niedergelassene Ärzte	80	30,65
Niedergelassene Psycholog. Psychotherapeuten	16	6,13
Angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)	15	5,75
Ermächtigte Krankenhausärzte	30	11,49
<b>Insgesamt</b>	<b>141</b>	<b>54,02</b>

Es ergibt sich dadurch ein Anteil von 47,80 % Gebietsärzten. Die 16 Psychologischen Psychotherapeuten gehören gemäß § 73 SGB V mit ihrem Anteil von 6,13 % ebenfalls zur sog. Fachärztlichen Versorgung und sind somit den Gebietsärzten zuzuordnen.

Damit resultiert ein Anteil von 54,02 % für die Gebietsärztliche Versorgung.

Die Hausärztliche Versorgung wird somit von 45,98 % der an der ambulanten Versorgung Beteiligten wahrgenommen wird.

<sup>179</sup> KVSH: Mitgliederliste für den Kreis Nordfriesland. (Stand: Oktober 2012.) Im Folgenden zitiert als KVSH (2012). Dankenswerterweise von Dr. med. Martin Böhm, dem Vorsitzenden der Kreisstelle, als Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt (E-Mail v. 07.04.2013 15:03). Eigene Auswertungen.

Tabelle 5 stellt die Zusammensetzung der 120 Hausärzte dar und zeigt ihren jeweiligen Anteil an der ambulanten Versorgung in Nordfriesland.

Tabelle 5 Hausärzte und ihr Anteil an der ambulanten Versorgung im Kreis Nordfriesland

Bezeichnung	Anzahl	Anteil in %
Allgemeinärzte	87	33,33
Hausärztliche Internisten	18	6,90
Praktische Ärzte	12	4,60
Ärzte ohne weitere Bezeichnung	3	1,15
<b>Insgesamt</b>	<b>120</b>	<b>45,98</b>

Ein Drittel aller an der ambulanten Versorgung Beteiligten sind Allgemeinärzte, 6,9 % hausärztlich tätige Internisten, 4,6 % Praktische Ärzte und 1,15 % Ärzte ohne Bezeichnung. 72,5 % aller Hausärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin und 15,0 % Fachärzte für Innere Medizin.

Damit sind 87,5 % oder mit anderen Worten 7 von 8 Hausärzten in Nordfriesland weitergebildete Fachärzte.

Bereits in der Übersicht (Tabelle 3) zeigte sich das bunte Bild der Versorgung und damit implizit auch die Problematik, in dieser Vielgestaltigkeit und Buntheit eine hinlänglich strukturierte Form der Kommunikation im Sinne des Patienten und im Sinne einer kollegialen und effizienten Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Da fast alle meiner Patienten, auch die Touristen, im Bedarfsfall Gebietsärzte aus dem Kreis Nordfriesland in Anspruch nehmen, folgt in Tabelle 6 eine Übersicht der in Nordfriesland niedergelassenen Gebietsärzte.

Hier sind auch die in MVZ angestellten Ärzte, nicht jedoch die ermächtigten Krankenhausärzte berücksichtigt.

Tabelle 6 Niedergelassene Gebietsärzte im Kreis Nordfriesland nach Fachrichtung

Fachrichtung	Anzahl	Anteil in %
Gynäkologie	16	16,84
Innere Medizin	14	14,74
Chirurgie	12	12,63
Kinder- und Jugendmedizin	10	10,53
Augenheilkunde	8	8,42
Orthopädie	7	7,37
Psychiatrie / Neurologie	6	6,32
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	5,26
Psychotherapeutische / Psychosomatische Medizin	4	4,21
Dermatologie	4	4,21
Urologie	4	4,21
Anästhesiologie	3	3,16
Physikalische / Rehabilitative Medizin	1	1,05
Radiologie	1	1,05
<b>Insgesamt</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Die Frauenärzte stellen mit einem Anteil von 16,84 % die größte und eine relativ homogene Gruppe dar, während sich die Internisten mit einem Anteil von 14,74 % in Teilgebiete (Kardiologen, Gastroenterologen, Nephrologen, Pneumologen) unterteilen. Dies ist auch bei den Chirurgen mit einem Anteil von 12,63 % der Fall; ihre Gruppe umfasst Allgemein-, Unfall-, Neuro-, einen plastischen und einen Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen. Als relativ homogene Gruppe folgen die Kinderärzte mit 10,53 %. Damit gehören bereits über die Hälfte, nämlich 54,74 % der niedergelassenen Gebietsärzte in Nordfriesland diesen vier Fachrichtungen mit jeweils über 10 % an.

Zwischen 5 % und 10 % liegen die Augenärzte mit 8,42 %, die Orthopäden mit 7,37 %, die Psychiater und Neurologen mit 6,32 % und die HNO-Ärzte mit 5,26 %. Damit gehören weitere 27,37 % der niedergelassenen Gebietsärzte diesen vier Fachrichtungen an.

Mit jeweils 4,21 % folgen Ärzte für Psychotherapeutische bzw. Psychosomatische Medizin, die Hautärzte und Urologen, dann mit 3,16 % die Anästhesisten und schließlich jeweils ein Arzt für Physikalische/Rehabilitative Medizin und für Radiologie mit jeweils 1,05 %.

Die Versorgungsstruktur in Nordfriesland stellt sich auf diesem Hintergrund wie folgt dar:

- Die stationäre Versorgung wird primär durch das Klinikum Nordfriesland (403 Betten)<sup>180</sup>, die Asklepios Nordseeklinik (114 Betten)<sup>181</sup> und die Fachkliniken Nordfriesland (130 Betten)<sup>182</sup> sichergestellt; der Medizinische Klinikverbund Flensburg<sup>183</sup> und das UKSH übernehmen die Schwerpunktversorgung.
- Auf 255 Einwohner kommt (164.854 Einwohner / 647 Betten) ein Krankenhausbett.
- Die ambulante Versorgung übernehmen 261 Ärzte, davon sind 200 selbstständig niedergelassen, 80 als Hausärzte im Sinne der Bedarfsplanung. Nach deren Kriterien erscheint die Versorgung im Kreis, in der Region und im Mittelbereich sichergestellt. Allerdings ist bei dieser Betrachtung der sog. Demographiefaktor noch nicht einbezogen.<sup>184</sup>

---

<sup>180</sup> Klinikum Nordfriesland gGmbH–Klinik Niebüll: Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010. S. 8-13. [http://www.klinikum-nf.de/9Qualit/9Quali/PDF/QB\\_Nieb2010.pdf](http://www.klinikum-nf.de/9Qualit/9Quali/PDF/QB_Nieb2010.pdf) (zuletzt besucht am 10.05.2013).

<sup>181</sup> Asklepios Nordseeklinik: Unsere Klinik. [http://www.asklepios.com/Sylt-\\_Ueber\\_uns.Asklepios?ActiveID=21507](http://www.asklepios.com/Sylt-_Ueber_uns.Asklepios?ActiveID=21507) (zuletzt besucht am 21.05.2013).

<sup>182</sup> Fachkliniken Nordfriesland gGmbH: Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010. S. 8-14. <http://www.fklmf.de/fileadmin/downloads/QMB-FKLNF-2010.pdf> (zuletzt besucht am 10.05.2013).

<sup>183</sup> Diakonissenkrankenhaus Flensburg: Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2010. <http://www.diako.de/dokumente/krankenhaeuser/qualitaetsmanagement/260100023-00-2010-pdf> (zuletzt besucht am 10.05.2013)

<sup>184</sup> KVSH 2012.

- Die 30 zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigten sowie die 15 in den Krankenhaus-MVZ angestellten Ärzte verkörpern einen sektorenübergreifenden Übergang zwischen der stationären und ambulanten Versorgung.<sup>185</sup>
- Die gebietsärztliche Versorgung ist in der Kreisstadt Husum (45 Gebietsärzte sowie vier Psychologische Psychotherapeuten und 10 Hausärzte) und den anderen Städten wie Niebüll und Westerland konzentriert.<sup>186</sup>
- Die meisten Gebietsärzte sind von Klanxbüll aus in einer Entfernung zwischen 15 und 20 km in Niebüll oder Westerland erreichbar. Dies gilt durch Ermächtigungen auch für die Chirurgie und Radiologie. Der nächste Gastroenterologe praktiziert in knapp 40 km Entfernung in Bredstedt. Kardiologe, Lungenarzt und Neurochirurg sind in einer Entfernung von 55 bis 60 km in Husum oder Flensburg erreichbar.<sup>187</sup>
- Die hausärztliche Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung tragen trotz steigenden Versorgungsbedarfs nur knapp 46 % aller ambulant tätigen Ärzte, während gut 54 % der an der Versorgung Beteiligten an der gebietsärztlichen Versorgung teilnehmen.<sup>188</sup> Damit hat sich die bundesweite Relation von Haus- und Gebietsärzten seit 1996 umgekehrt.<sup>189</sup>
- Zumindest eine relative Mangelsituation in der hausärztlichen Versorgung wird hier offenbar. Diese wird sich aufgrund der demographischen Entwicklung in der Gesellschaft wie in der Ärzteschaft und hier insbesondere in der Hausärzteschaft und aufgrund des Nachwuchsmangels voraussichtlich weiter verschärfen.

---

<sup>185</sup> Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V wird in diesem Kontext nicht thematisiert, da sie im Vergleich zu Ermächtigungen und MVZ in Nordfriesland allenfalls eine untergeordnete Rolle spielt.

<sup>186</sup> KVSH 2012.

<sup>187</sup> <http://www.kostenlosroutenplaner.de/routenplaner-adac/>.

<sup>188</sup> KVSH 2012.

<sup>189</sup> KBV: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2011. I. 17: Verteilung der Vertragsärzte auf die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. S. 25. <http://www.kbv.de/publikationen/125.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

Schließlich zeigt sich, dass die ärztliche Bedarfsplanung erhebliche Schwächen aufweist:

- Der durch Tourismus verursachte Versorgungsbedarf ist nicht berücksichtigt.
- Die Korrelation zwischen Arztsitz und tatsächlicher Berufsausübung in Voll- oder Teilzeit ist ungewiss.

Fraglich bleibt, inwieweit die Bedarfsplanung den wirklichen Versorgungsbedarf erfassen, antizipieren und zutreffend abbilden soll bzw. kann und – sofern dies möglich wäre – aufgrund ihrer paritätischen Struktur auch darf.

### 3.2 Parameter kommunikativer Bezüge

Hinsichtlich Versorgungspfaden und innerärztlicher Kommunikation erscheint zunächst von Interesse, in welchem Umfang Überweisungen an welche Gebietsärzte erfolgen.

Im Anschluss daran soll geklärt werden, wie viele dieser Überweisungen durch Arztbriefe beantwortet werden und wie es sich mit der primären Gebietsarztinanspruchnahme sowohl mit als auch ohne Hausarztkontakt verhält.

In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass Allgemeinärzte (wie hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte) auch Fachärzte sind. Sie nehmen nach dem Gliederungsauftrag des Gesetzgebers an der hausärztlichen Versorgung teil.

*Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.<sup>190</sup>*

Der übliche Sprachgebrauch – der Hausarzt überweist an den Facharzt – unterstellt hingegen, dass Hausärzte keine Fachärzte sind. Das trifft jedoch, abgesehen von wenigen Ausnahmen – in Nordfriesland sind es 4,6 % Praktische Ärzte und 1 % Ärzte ohne Bezeichnung<sup>191</sup> – nicht zu.

Deshalb wird hier von Überweisungen an Gebietsärzte gesprochen, um deren engere und auf ein bestimmtes Gebiet bezogene Spezialisierung deutlich zu machen.

Gemeint sind hier also die Überweisungen vom hausärztlich tätigen Arzt, perspektivisch ist dies dann ausschließlich der Allgemeinarzt, an die Gebietsärzte im Sinne der Bedarfsplanung, also auch zum Kinderarzt, obwohl dieser im Sinne des zitierten sozialgesetzlichen Gliederungsauftrags als Hausarzt zu betrachten ist.<sup>192</sup>

---

<sup>190</sup> § 73 Abs. 1a SGB V.

<sup>191</sup> Vgl. Tabelle 5.

<sup>192</sup> Diese nomenklatorischen Vorüberlegungen machen deutlich, dass das System der GKV auch in dieser Hinsicht unter keinem Mangel an Komplexität leidet.

### 3.2.1 Methodik und Literatur

Zunächst wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und regelmäßig wiederholt.

Von Oktober 2010 bis Juni 2013 fanden sich für einen Suchzeitraum ab 1970 weder in der Cochrane Library<sup>193</sup> noch bei PubMed<sup>194</sup>, PubMed Health<sup>195</sup> oder Google Scholar<sup>196</sup> Veröffentlichungen, in denen die Überweisungen und Arztbriefe einer Allgemeinarztpraxis sowie weitere Parameter ihrer kommunikativen Bezüge über mehrere Jahre systematisch und vollständig ausgewertet wurden.

Gesucht wurde einzeln und in Kombination unter „practitioner, specialist, transferral, reports, communication, collaboration“ bzw. unter „Hausarzt, Facharzt, Gebietsarzt, Überweisung, Arztbrief, Kommunikation, Zusammenarbeit“.

Während es umfangreiche, auch neuere Literatur zur Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie zur Arzt-Patient-Beziehung gibt, existieren nur relativ wenige Arbeiten zur Kommunikation zwischen Gebiets- und Hausarzt.

Es fand sich mehrere Cochrane Reviews über den Einsatz moderner Kommunikationstechnologien<sup>197</sup>, insbesondere E-Mail, einer Gruppe aus Großbritannien sowie ein Cochrane Review über interprofessionelle Zusammenarbeit<sup>198</sup> aus Canada.

---

<sup>193</sup> <http://www.degam.de/index.php?id=288> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>194</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>195</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>196</sup> <http://scholar.google.de> (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>197</sup> Atherton H, Sawmynaden P, Meyer B, Car J: Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. CD007981. DOI: 10.1002/14651858.CD007981.pub2. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J: Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11, Art. No. CD007978. DOI: 10.1002/14651858.CD007978.pub2. Meyer B, Atherton H, Sawmynaden P, Car J: Email for communicating results of diagnostic medical investigations to patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. CD007980. DOI: 10.1002/14651858.CD007980.pub2. Pappas Y, Atherton H, Sawmynaden P, Car J: Email for clinical communication between healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No. CD007979. DOI: 10.1002/14651858.CD007979.pub2. Sawmynaden P, Atherton H, Majeed A, Car J: Email for the provision of information on disease prevention and health promotion.

In PubMed fanden sich eine zweiteilige deskriptive Arbeit zur Beziehung von Allgemeinarzt und Spezialist sowie zum Überweisungsprozess<sup>199</sup> aus Australien, eine Arbeit zur Rolle des Allgemeinarztes<sup>200</sup> im New England Journal of Medicine und eine Analyse von 144 Überweisungen<sup>201</sup> aus den Niederlanden.

In Google Scholar fanden sich fünf Dissertationen aus den Jahren 1976 bis 1999, die sich alle mit dem Arztbrief und zwar hinsichtlich der „*Probleme zwischen-ärztlicher Kommunikation*“<sup>202</sup>, seiner Bedeutung „*als Kommunikationsmittel zwischen Klinik, Poliklinik, Spezialist und Allgemeinarzt*“<sup>203</sup>, seines Nutzens „*für die Weiterbehandlung des Patienten*“<sup>204</sup>, der Umsetzung der „*therapeutischen Empfehlungen*“<sup>205</sup> und schließlich insgesamt mit der „*Effektivität ärztlicher Kooperationsbeziehungen*“<sup>206</sup> beschäftigen.

---

Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No. CD007982. DOI: 10.1002/14651858.CD007982.pub2. (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>198</sup> Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S: Interprofessional collaboration: effects on practise-based interventions on professional practise and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No. CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2. (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>199</sup> Piterman L, Koritsas S: Part I. General practitioner-specialist relationship. Intern Med J. 2005 Jul; 35(7): 430-4. PMID: 15958116. Piterman L, Koritsas S: Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J. 2005 Aug; 35(8): 491-6. (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>200</sup> Draper P, Smith HL: The primary-care practitioner – specialist or jack-of-all trades. N Engl J Med 1975 Oct 30; 293(18): 903-7. PMID: 1177988. (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>201</sup> Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G: A study of communication between general practitioners and specialist. Br J Gen Pract. 1990 Nov; 40(340): 445-9. PMID: 2271276. (zuletzt besucht am 10.06.2013)

<sup>202</sup> Krusche, G: Der Arztbrief. Probleme zwischen-ärztlicher Kommunikation am Beispiel des internistischen Arztbriefs. Dissertation. Universität München 1976.

<sup>203</sup> Sostmann, H: Die Bedeutung des Arztbriefes als Kommunikationsmittel zwischen Klinik, Poliklinik; spezialist und Allgemeinarzt. Dissertation. Universität Marburg 1982.

<sup>204</sup> Doeschel, W: Nutzen des Arztbriefes für die Weiterbehandlung des Patienten. Dissertation. Universität München 1982.

<sup>205</sup> Latz, L: In welchem Umfang realisiert der Hausarzt die therapeutischen Empfehlungen im Arztbrief von stationär oder ambulant behandelten/untersuchten Patienten. Dissertation. Universität Düsseldorf 1996.

<sup>206</sup> Burkowitz, J: Effektivität ärztlicher Kooperationsbeziehungen – Aus den Augen, aus dem Sinn...? Empirische Analyse auf der Basis von Patientendaten. Dissertation. Humboldt-Universität Berlin 1999.

Die zuletzt genannte Arbeit aus dem Jahr 1999 umfasst eine Analyse von Über- und Einweisungen sowie des „Rückmeldeverhaltens“ und seiner Determinanten<sup>207</sup> in einer hausärztlich-internistischen Praxis in Frankfurt am Main von 1995 bis 1996. Allerdings wird hier von einer Stichprobe von letztlich 219 Patienten ausgegangen. Auf diese Patienten entfallen 114 zuordenbare Überweisungen, Laborüberweisungen nicht mitgerechnet. Insofern besteht bei beeindruckend vieldimensionaler statistischer Analyse im logistischen Regressionsmodell, von anderen methodischen Fragen abgesehen, das Problem der kleinen Zahl und damit der Aussagekraft.<sup>208</sup>

Durch eigene Recherche fanden sich weitere Veröffentlichungen.

Die erste bezieht sich auf die Marbacher Überweisungs- und Kooperationsstudie<sup>209</sup>, wo im zweiten Quartal 2004 innerhalb einer vernetzten Struktur<sup>210</sup> 500 „direkte“ Überweisungen mittels entsprechender Fragebögen durch Patient, Allgemein- und Gebietsarzt beurteilt wurden. Überweisungen, die „infolge einer persönlichen Konsultation“ zustande kamen, wurden als „direkte“ bezeichnet. „Routineüberweisungen“, die nicht näher definiert wurden, sollten so ausgeschlossen werden.

---

<sup>207</sup> Burkowitz 1999 S. 35-39 und 52-55.

<sup>208</sup> Aus einer Grundgesamtheit von 1.123 Patienten im 3. Quartal 1996 wurde eine „Bruttostichprobe“ von 299 Patienten und eine endgültige Stichprobe von 219 Patienten, also 19,5 % der Grundgesamtheit gebildet, die im Jahr davor (3. Quartal 1995 bis 2. Quartal 1996) die Praxis konsultiert hatten. Für diese Patienten wurden 186 Überweisungen ausgestellt und untersucht. 24,7 %, also 46 dieser Überweisungen, gingen an das Fachgebiet Labormedizin. „Bei 14 % der Überweisungen blieben die Fachgebiete wegen fehlender Angaben unklar“. Dies sind 26 Überweisungen. Folglich konnten 114 Überweisungen den anderen Fachgebieten (außer Labormedizin) zugeordnet werden. Die Anzahl der Patienten in diesem untersuchten Jahr war für die untersuchte Praxis „nicht verfügbar“ und wurde anhand einer einschlägigen Publikation extrapoliert. (S. 28 und 31) Hinsichtlich der schriftlichen Rückmeldungen, worunter Arztbriefe und Entlassungsberichte nach stationärer Behandlung zusammengefasst werden, stellt der Verfasser fest: „In der Stichprobenpraxis gingen im Untersuchungszeitraum 163 schriftliche Rückmeldungen über außerhausärztliche Behandlungen von 104 Patienten ein. Die Befunde aus einer Überweisung zur Labormedizin werden mit Ausnahme spezieller Labordiagnostik nicht schriftlich an die Praxis zurückgemeldet, sondern gelangen per Datenfernübertragung direkt in das Praxiscomputersystem und sind daher nicht in den Ergebnissen enthalten.“ (S. 35) Die Datenbasis „bildete die Patientendatenbank ‚MediPlus‘ des Unternehmens IMS Deutschland GmbH in Frankfurt“ zusammen mit schriftlichen Mitteilungen in den Patientenakten und Eintragungen in den Dateien des Praxiscomputers. (S. 19 und 21)

<sup>209</sup> Rosemann T, Rüter G, Wensing M, Szecsenyi J: Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt. Naht- oder Bruchstelle? Ergebnisse einer Überweisungsstudie im Raum Marbach/Ludwigsburg (Baden-Württemberg). Dtsch Arztebl 2006; 103(37): A 2387-92.

<sup>210</sup> Marbacher ÄrzteGemeinschaft ägm <http://aegm.de> (zuletzt besucht am 15.06.2013)

Zur „*relativen Häufigkeit von Überweisungen*“ konnten keine Aussagen gemacht werden, da zu wenig Angaben über die Zahl der Patienten ohne Überweisung vorlagen. Die berichtete Rücklaufquote von 82,2 % bezieht sich auf die Patienten- und Ärztefragebögen bei 411 vollständig abgebildeten Überweisungsvorgängen, nicht auf den Rücklauf von Arztbriefen, der in dieser vernetzten Struktur und im Studiendesign anscheinend mit 100 % vorausgesetzt wird. Es nahmen 26 Haus- und 76 Gebietsärzte an der Studie teil.<sup>211</sup>

Ebenfalls in einer Querschnittsstudie<sup>212</sup>, an der 43 Hausärzte teilnahmen, wurden über „*den Zeitraum eines kompletten Quartals im Jahr 2008 verteilt, (...) alle Überweisungen für eine gegebene Woche*“<sup>213</sup> dokumentiert und insgesamt 3.988 Überweisungen hinsichtlich Überweisungsgrund und Überweisungsrichtung, Patienten- oder Arztinitiative sowie weiterer Charakteristika umfassend ausgewertet.

Die weiteren Charakteristika waren: Facharzttempfehlung, Terminabsprache bzw. telefonische Ankündigung durch den Hausarzt und ob Befunde und eine Medikamentenliste von ihm mitgegeben wurden. Die Rückmeldung durch Arztbriefe wurde nicht untersucht.

Anhand von Abrechnungsdaten aller niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg konnte ebenfalls für 2008, hier aber für das gesamte Kalenderjahr, das Überweisungsverhalten untersucht und somit der „*Stand der hausärztlichen Koordinierungsfunktion*“ evaluiert werden. Interessant ist die Tatsache, dass 56,1 % der ca. 21 Millionen Überweisungen durch Gebietsärzte und nur 43,9 % durch Hausärzte ausgestellt wurden. Arztbriefe und weitere kommunikative Bezüge wurden nicht untersucht.<sup>214</sup>

---

<sup>211</sup> Rosemann et al. 2006 S. A 2387-89.

<sup>212</sup> Bösner S, Träger S, Hirsch O, Becker A, Ilhan M, Baum E, Donner-Banzhoff, N: Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. Z Allg Med 2011; 87(9): 371-377. DOI 10.3238/zfa.2011.0371.

<sup>213</sup> Bösner et al. 2011 S. 372.

<sup>214</sup> Gröber-Grätz D, Gulich M: Überweisungsverhalten von Ärzten: Fachärzte überweisen häufiger. Dtsch Arztebl 2010; 107(37): A-1742 / B-1540 / C-1520.

Ausgewertet wurden darüber hinaus:

- die Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland<sup>215</sup>
- die aktuellen Grund- und weitere Daten der vertragsärztlichen Versorgung der KBV<sup>216</sup>
- der ZI-Praxis-Panel 2010 des ZI<sup>217</sup>
- der ZI-Versorgungsatlas<sup>218</sup>
- der Ärzteatlas 2011 des WIdO<sup>219</sup>

Auch eine Expertenbefragung ergab kein anderes Ergebnis.<sup>220</sup>

Daraufhin wurde diese Untersuchung im Sinne praxisbasierter Versorgungsforschung und der bereits von Michael Balint beschriebenen und immer wieder geforderten spezifisch hausärztlichen Perspektive und Expertise<sup>221</sup> als Querschnittsstudie konzipiert.

Zunächst werden die Überweisungen der Praxis hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Adressaten, also der jeweiligen Fachrichtungen, untersucht und dabei auch analysiert, auf welchen Anteil der Patienten diese Überweisungen entfallen. Denn es gibt sowohl Patienten, die keine Überweisung zum Gebietsarzt benötigen als auch Patienten, die mehr als eine Überweisung brauchen.

---

<sup>215</sup> BMG: Daten des Gesundheitswesens 2012.

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf) (zuletzt besucht am 10.06.2013).

<sup>216</sup> KBV 2011.

<sup>217</sup> ZI: ZI-Praxis-Panel. Jahresbericht 2010. – Berlin, März 2012. 1. Jahrgang. <http://www.zi-pp.de> (zuletzt besucht am 08.04.2013).

<sup>218</sup> ZI: Versorgungsatlas. <http://versorgungsatlas.de> (zuletzt besucht am 08.04.2013).

<sup>219</sup> Klose J, Rehbein I: Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.- Berlin (WIdO) 2011.

<sup>220</sup> Befragt wurden insbesondere: Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH, Direktor des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel; Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main; Dr. Dominik Graf v. Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.

<sup>221</sup> Vgl. Kapitel 2.2.2. und 2.2.3.

Im nächsten Schritt wird geklärt, wie hoch die Rücklaufquote ist, d.h. wie viele dieser Überweisungen durch einen Arztbrief beantwortet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass tatsächlich alle überwiesenen Patienten auch den Gebietsarzt aufsuchen. Dies ist deshalb realistisch, weil die Termine beim Gebietsarzt grundsätzlich durch unsere Praxis vereinbart und überwacht werden. Einzelne Ausnahmen würden zu keiner signifikanten Veränderung der Ergebnisse führen.

Um zufällige Einflüsse und denkbare Verzerrungen zu vermeiden, wurde nicht nur ein Jahr, sondern ein möglichst aktueller Zeitraum von drei Jahren gewählt. Zu diesem Zweck musste die gesamte Praxisdokumentation der Jahre 2010, 2011 und 2012 so durchgesehen, bearbeitet, strukturiert und in entsprechende Excel-Tabellen eingegeben werden, dass die relevanten Daten auswertbar wurden.

Dies geschah stets für alle Versicherten der GKV und der sonstigen Kostenträger, die über die KV abgerechnet werden. Die jährliche Fallzahl bildet die Grundgesamtheit. Privatpatienten wurden nicht berücksichtigt, da ihr Anteil von Praxis zu Praxis erfahrungsgemäß erheblich variieren kann.

Als relevante Daten wurden jeweils pro Jahr definiert:

- Anzahl der Überweisungen und Anteil der Patienten mit Überweisungen,
- Anzahl der Krankenhauseinweisungen und Anteil der Patienten mit Krankenhauseinweisungen,
- Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) und Anteil der Patienten mit AU,
- Anzahl der Auszahlungsscheine (AZS) und Anteil der Patienten mit AZS,
- Anzahl der Rehabilitationsanträge und -berichte,
- Anzahl der Schwerbehindertengutachten und
- Anzahl der schriftlichen Pflegekommunikation (Faxe).

Die Anzahl einer schriftlichen Form der Kommunikation sagt nichts über den Anteil der Patienten, die davon betroffen sind.

Daher ist die Unterscheidung zwischen der Anzahl schriftlicher Kommunikationen und dem Anteil der betroffenen Patienten bei Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, AU-Bescheinigungen und Auszahlungsscheinen erforderlich.

Der Anteil der Patienten ist stets auf die Grundgesamtheit der im Jahr behandelten Patienten, also die Jahreskontaktgruppe bezogen.<sup>222</sup>

Es ergibt sich somit ein umfassendes Bild dieser schriftlichen kommunikativen Interaktionen und Bezüge der Praxis.

Da die telephonischen Kontakte nicht systematisch dokumentiert sind und nicht verlässlich abschätzbar ist, welcher Anteil davon Eingang in die Patientenkartei fand, wurde auf eine Analyse der entsprechenden Einträge verzichtet.

Arztbriefe, die nicht auf eine Überweisung zurückgehen, sind in der untersuchten Praxis nicht ersichtlich. Sie kommen faktisch nicht vor. Falls es in einzelnen Ausnahmefällen jedoch der Fall gewesen wäre, sind auch diese Arztbriefe mit erfasst.

Darüber hinaus stellte die KVSH das Ärzteverzeichnis für Nordfriesland mit Stand Oktober 2012 zur Verfügung. So wurden eigene Auswertungen und die kleinräumige Darstellung der Versorgungssituation im Kreis Nordfriesland möglich.

Das ZI folgte der Bitte, die dort vorliegenden Daten auszuwerten und stellte Tabellen zur primären Gebietsarztinanspruchnahme im Jahr 2010 zur Verfügung. Dadurch wird es möglich, die Praxisdaten in einen landes- und bundesweiten Kontext zu stellen und die erhobenen Praxisdaten auf alle Patienten und Versicherten zu beziehen.

Die Bevölkerungsdaten wurden den amtlichen Statistiken entnommen, die Klinikdaten den jeweils aktuellen Qualitätsberichten.

---

<sup>222</sup> Szecsenyi J, Engelhardt N, Wessel M, Bär R, Klein F, Kussmaul P, Leugering L, Meixner M, Kochem M: Eine Methode zur Bestimmung des Denominators in Allgemeinpraxen – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Gesundheitswesen* 1993; 55(1): 32-36. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg.): *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009.* München (Springer Verlag) 2010. Zur 3-Jahres-Kontaktgruppe S. 12-13.

Es ergibt sich für einen überschaubaren Bereich, nämlich Nordfriesland, und für das Einzugsgebiet einer Allgemeinpraxis, nämlich in und um Klanxbüll, ein relativ umfassendes Bild kommunikativer Interaktionen und Bezüge, das nicht auf theoretischen Annahmen oder statistisch aggregierten Zahlen beruht. Vielmehr wird eine konkrete Versorgungs- und Praxissituation dargestellt.

Selbstverständlich ist keine Praxis wie die andere. Gleichwohl legen Fallzahl, Alters- und Geschlechtsverteilung – wie in Tabelle 7 dargestellt – und die gewählte Methodik, nämlich drei Jahre vollständig zu betrachten, eine gewisse Repräsentativität nahe.

Tabelle 7 Alters- und Geschlechtsverteilung in Prozent der Patienten

	2010	2011	2012	2010 – 2012
<b>&lt; 20 Jahre</b>	23,5 %	23,9 %	20,8 %	22,8 %
	55,2 % m 44,8 % w	56,0 % m 44,0 % w	58,7 % m 41,3 % w	56,5 % m 43,5 % w
<b>21 – 40 Jahre</b>	19,1 %	17,4 %	19,0 %	18,5 %
	49,6 % m 50,4 % w	49,5 % m 50,5 % w	47,4 % m 52,6 % w	48,9 % m 51,1 % w
<b>41 – 60 Jahre</b>	29,6 %	30,0 %	29,6 %	29,9 %
	53,3 % m 46,7 % w	49,3 % m 50,7 % w	51,5 % m 48,5 % w	51,4 % m 48,6 % w
<b>61 – 80 Jahre</b>	21,7 %	21,1 %	22,8 %	21,8 %
	49,4 % m 50,6 % w	48,2 % m 51,8 % w	50,4 % m 49,6 % w	49,4 % m 50,6 % w
<b>&gt; 80 Jahre</b>	6,1 %	7,1 %	7,8 %	7,0 %
	27,0 % m 73,0 % w	25,3 % m 74,7 % w	25,3 % m 74,7 % w	25,8 % m 74,2 % w
<b>Gesamt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
	50,6 % m 49,4 % w	49,0 % m 51,0 % w	49,9 % m 50,1 % w	50,2 % m 49,8 % w

Zahlen und Daten mögen variieren, die sich in der Tendenz daraus ergebenden Aussagen werden kaum zu bestreiten sein. Sie können andernorts überprüft werden. Insofern birgt dieser neue Ansatz die Chance zur systematischen Anwendung und damit zur Entwicklung einer breiten industrie- und interessenunabhängigen Grundlage für praxisbasierte Versorgungsforschung in Deutschland.

### 3.2.2 Ergebnisse

#### 3.2.2.1 Überweisungen und Arztbriefe

Tabelle 8 zeigt die Überweisungsstatistik für das Jahr 2010. Sämtliche Überweisungen des Jahres, also 1.885, sind 100 %.

Tabelle 8 Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2010

Fachrichtung	Anzahl insgesamt	in % der Überweisungen
Urologie	249	13,21
Chirurgie	241	12,79
Augenheilkunde	228	12,10
Gynäkologie	219	11,62
Radiologie	174	9,23
HNO-Heilkunde	142	7,53
Gastroenterologie	119	6,31
Dermatologie	115	6,10
Orthopädie	105	5,57
Neurologie	91	4,83
Kardiologie	71	3,77
Pneumologie	48	2,55
Nephrologie	35	1,86
Psycholog. Psychotherapeut	32	1,70
Psychiatrie	9	0,48
Pädiatrie	6	0,32
Strahlentherapie	1	0,05
<b>Überweisungen insgesamt</b>	<b>1885</b>	<b>100</b>
<b>Arztbriefe insgesamt</b>	<b>924</b>	<b>49,02</b>

Angeführt wird die Statistik von der Urologie mit gut 13 %, gefolgt von der Chirurgie mit fast 13 %, der Augenheilkunde mit 12 % und der Gynäkologie mit knapp 12 %. An diese vier Fachgruppen mit einem Anteil von jeweils über 10 % gehen damit bereits 50 % der Überweisungen.

Zwischen 5 und 10 % liegen die Radiologie mit gut 9 %, die HNO-Heilkunde mit 7,5 % die Gastroenterologie und Dermatologie mit gut 6 % und die Orthopädie mit knapp 6 %. Auf diese fünf Fachgruppen entfallen weitere 35 % der Überweisungen.

Zwischen 1 und 5 % liegen die Neurologie mit fast 5 %, die Kardiologie mit knapp 4 %, die Pneumologie mit 2,5 %, die Nephrologie mit knapp 2 % und die Überweisungen an Psychologische Psychotherapeuten mit ebenfalls knapp 2 %. An diese fünf Fachgruppen gehen 15 % der Überweisungen.

Die Fachgruppen Psychiatrie, Pädiatrie und Strahlentherapie liegen zusammen unter 1 %.

Betrachtet man die Teilgebiete Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen, entfallen auf die Innere Medizin 14,5 % der Überweisungen. So gesehen ist sie die Fachrichtung mit den meisten Überweisungen.

Beantwortet wurden diese 1.885 Überweisungen mit 924 Arztbriefen. Dies ist eine Rücklaufquote von lediglich 49 %. Nur bei knapp jeder zweiten Überweisung wurde der Hausarzt vom Gebietsarzt über das Ergebnis der Untersuchung und die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere eine etwaige medikamentöse Behandlung informiert.

Selbstverständlich erfordert dies auch eine konkrete Fragestellung auf der Überweisung und dass ggfs. Vorbefunde zur Verfügung gestellt werden.<sup>223</sup> Da dies in der untersuchten Praxis der Fall ist und auch stets der aktuelle Medikamentenplan<sup>224</sup> beigefügt ist, kann sich hieraus jedoch keine Verzerrung ergeben haben.

---

<sup>223</sup> Facharzt.de vom 13.02.2013: Ü-Schein-Debatte: Das sagen die Fachärzte. Überweisungsscheine sind sinnvoll. Das sagen auch Fachärzte. Aber bitte nur mit einer klaren Fragestellung. <http://www.facharzt.de/a/a/130126/> (zuletzt besucht 14.02.2013).

<sup>224</sup> Bösner und Träger 2011, S. 373 fanden ausführliche Angaben des Hausarztes im Überweisungstext in 8,1 % der untersuchten 3.988 Überweisungen. Befunde wurden in 4,2 % und eine Medikamentenliste in 4,3 % der Überweisungen mitgegeben.

Tabelle 9 zeigt die Überweisungsstatistik für das Jahr 2011. Sämtliche Überweisungen des Jahres, also 1.853, sind 100 %.

Tabelle 9 Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2011

Fachrichtung	Anzahl insgesamt	in % der Überweisungen
Chirurgie	234	12,63
Urologie	228	12,30
Augenheilkunde	226	12,20
Gynäkologie	211	11,39
Radiologie	166	8,96
HNO-Heilkunde	147	7,93
Gastroenterologie	144	7,77
Dermatologie	123	6,64
Orthopädie	99	5,34
Kardiologie	87	4,70
Neurologie	54	2,91
Pneumologie	45	2,43
Nephrologie	40	2,16
Psycholog. Psychotherapeut	28	1,51
Psychiatrie	10	0,54
Strahlentherapie	9	0,49
Pädiatrie	2	0,11
<b>Überweisungen insgesamt</b>	<b>1853</b>	<b>100</b>
<b>Arztbriefe insgesamt</b>	<b>1150</b>	<b>62,06</b>

Angeführt wird die Statistik von der Chirurgie mit knapp 13 %, der Urologie mit gut 12 %, der Augenheilkunde mit gut 12 % und der Gynäkologie mit knapp 12 %. An diese vier Fachgruppen mit einem Anteil von jeweils über 10 % gehen bereits 48,5 % der Überweisungen.

Zwischen 5 und 10 % liegen die Radiologie mit knapp 9 %, die HNO-Heilkunde mit knapp 8 %, die Gastroenterologie mit knapp 8 %, die Dermatologie mit knapp 7 % und die Orthopädie mit gut 5 %. An diese fünf Fachgruppen gehen weitere 37 % der Überweisungen.

Zwischen 1 und 5 % liegen die Kardiologie mit knapp 5 %, die Neurologie mit knapp 3 %, die Pneumologie mit fast 2,5 %, die Nephrologie mit gut 2 % und die Überweisungen an die Psychologischen Psychotherapeuten mit 1,5 %. An diese fünf Fachgruppen gehen 14 % der Überweisungen.

Die Fachgruppen Psychiatrie, Strahlentherapie und Pädiatrie liegen zusammen bei gut 1 %.

Betrachtet man die Teilgebiete Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen, entfallen auf die Innere Medizin 17 % der Überweisungen. So gesehen ist sie deutlich die Fachrichtung mit den meisten Überweisungen.

Beantwortet wurden diese 1.853 Überweisungen mit 1.150 Arztbriefen. Dies ist eine Rücklaufquote von 62 %. Nur bei drei von fünf Überweisungen wurde der Hausarzt vom Gebietsarzt über das Ergebnis der Untersuchung und die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere eine etwaige medikamentöse Behandlung informiert.

Tabelle 10 zeigt die Überweisungsstatistik für das Jahr 2012. Sämtliche Überweisungen des Jahres, also 1.689, sind 100 %.

Tabelle 10 Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2012

<b>Fachrichtung</b>	<b>Anzahl insgesamt</b>	<b>in % der Überweisungen</b>
Urologie	216	12,79
Augenheilkunde	213	12,61
Chirurgie	191	11,31
Gynäkologie	183	10,83
Radiologie	150	8,88
HNO-Heilkunde	143	8,47
Gastroenterologie	119	7,05
Dermatologie	115	6,81
Orthopädie	96	5,68
Kardiologie	89	5,27
Neurologie	49	2,90
Pneumologie	41	2,43
Nephrologie	37	2,19
Psychiatrie	27	1,60
Psycholog. Psychotherapeut	17	1,01
Strahlentherapie	2	0,12
Pädiatrie	1	0,06
<b>Überweisungen insgesamt</b>	<b>1689</b>	<b>100</b>
<b>Arztbriefe insgesamt</b>	<b>910</b>	<b>53,88</b>

Angeführt wird die Statistik von der Urologie mit knapp 13 %, der Augenheilkunde mit knapp 13 %, der Chirurgie mit gut 11 % und der Gynäkologie mit knapp 11 %. An diese vier Fachgruppen mit einem Anteil von jeweils über 10 % gehen bereits 47,5 % der Überweisungen.

Zwischen 5 und 10 % liegen die Radiologie mit knapp 9 %, die HNO-Heilkunde mit fast 8,5 %, die Gastroenterologie mit 7 %, die Dermatologie mit knapp 7 %, die Orthopädie mit knapp 6 % und die Kardiologie mit gut 5 %. An diese sechs Fachgruppen gehen weitere 42 % der Überweisungen.

Zwischen 1 und 5 % liegen die Neurologie mit knapp 3 %, die Pneumologie mit fast 2,5 %, die Nephrologie mit gut 2 %, die Psychiatrie mit knapp 2 % und die Überweisungen an die Psychologischen Psychotherapeuten mit 1 %. An diese fünf Fachgruppen gehen 10 % der Überweisungen.

Die Fachgruppen Strahlentherapie und Pädiatrie liegen zusammen unter 0,2 %.

Betrachtet man die Teilgebiete Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen, entfallen auf die Innere Medizin knapp 17 % der Überweisungen. So gesehen ist sie deutlich die Fachrichtung mit den meisten Überweisungen.

Beantwortet wurden diese 1.689 Überweisungen mit 910 Arztbriefen. Dies ist eine Rücklaufquote von 54 %. Nur bei gut jeder zweiten Überweisung wurde der Hausarzt vom Gebietsarzt über das Ergebnis der Untersuchung und die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere eine etwaige medikamentöse Behandlung informiert.

Der Vergleich der Jahre 2010, 2011 und 2013 zeigt eine große Konstanz des Überweisungsverhaltens bzw. -geschehens. Auffällig sind lediglich eine Zunahme bei der Kardiologie, eine leichte Abnahme in der Neurologie und das niedrige Niveau in der Psychiatrie. Die Fallzahl ist durch die Eröffnung einer allgemeinärztlichen Zweigpraxis in Neukirchen etwas gefallen.

Tabelle 11 zeigt die Überweisungsstatistik von 2010 bis 2012. Sämtliche Überweisungen dieser drei Jahre, also 5.427, sind 100 %.

Tabelle 11 Übersicht der Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2010 – 2012

Fachrichtung	Anzahl insgesamt	in % der Überweisungen
Urologie	693	12,77
Augenheilkunde	667	12,29
Chirurgie	666	12,27
Gynäkologie	613	11,30
Radiologie	490	9,03
HNO-Heilkunde	432	7,96
Gastroenterologie	382	7,04
Dermatologie	353	6,50
Orthopädie	300	5,53
Kardiologie	247	4,55
Neurologie	194	3,57
Pneumologie	134	2,47
Nephrologie	112	2,06
Psychiatrie	77	1,42
Psycholog. Psychotherapeut	46	0,85
Strahlentherapie	12	0,22
Pädiatrie	9	0,17
<b>Überweisungen insgesamt</b>	<b>5.427</b>	<b>100</b>
<b>Arztbriefe insgesamt</b>	<b>2.984</b>	<b>54,98</b>

Angeführt wird die Statistik wie 2010 und 2012 von der Urologie 12,8 %, der Augenheilkunde und der Chirurgie mit jeweils knapp 12,3 % und der Gynäkologie mit 11,3 %. An diese vier Fachgruppen mit einem Anteil von jeweils über 10 % gehen zusammen bereits 48,6 %, also knapp die Hälfte aller Überweisungen.

Zwischen 5 und 10 % liegen die Radiologie mit 9 %, die HNO-Heilkunde mit 8 %, die Gastroenterologie mit 7 %, die Dermatologie mit 6,5 % und die Orthopädie mit 5,5 %. An diese fünf Fachgruppen gehen weitere 36 %, also mehr als ein Drittel aller Überweisungen.

Zwischen 1 und 5 % liegen die Kardiologie mit 4,5 %, Neurologie mit 3,6 %, die Pneumologie mit 2,5 %, die Nephrologie mit 2 % und die Überweisungen an die Psychologischen Psychotherapeuten mit 1,4 %. An diese fünf Fachgruppen gehen 14 % der Überweisungen.

Die Psychiatrie liegt bei 1,4 %, Strahlentherapie und Pädiatrie jeweils um 0,2 %.

Betrachtet man die Teilgebiete Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie zusammen, entfallen auf die Innere Medizin 16,1 % der Überweisungen. So gesehen ist sie deutlich die Fachrichtung mit den meisten Überweisungen.

Beantwortet wurden diese 5.427 Überweisungen mit 2.984 Arztbriefen. Dies ist eine Rücklaufquote von 55 %. Nur bei 55 von 100 Überweisungen wurde der Hausarzt vom Gebietsarzt über das Ergebnis der Untersuchung und die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere eine etwaige medikamentöse Behandlung, informiert.

Interessant wäre zudem, den Überweisungsanlass quantitativ auswerten zu können, was im Rahmen dieser Untersuchung leider nicht möglich ist.

Qualitativ ergibt sich jedoch aus der Erfahrung, dass die Überweisungen zum Urologen und Gynäkologen präventiv durch Früherkennungsuntersuchungen, kurativ beim Urologen durch Prostatahyperplasie und -karzinom, seltener Urolithiasis, und zum Frauenarzt durch Tumorerkrankungen, selten Endometriose, bestimmt sind. Bei Schwangerschaft, Infertilität und Sterilisierungswunsch erfolgt meist die primäre Inanspruchnahme. Im Bereich der Chirurgie handelt es sich häufig um (Unfall-) Verletzungen, insbesondere Frakturen und Wunden, aber auch um Distorsionen, degenerative Gelenkerkrankungen oder abdominelle Beschwerden. Beim Augenarzt sind es überwiegend Refraktionsanomalien, häufig Katarakt und seltener Glaukom, jedoch vielfach auch Fundoskopien mit der Frage nach einer diabetischen Retinopathie und/oder einem Fundus hypertonicus. Diese Untersuchung ist daher auch Bestandteil des Disease-Management-Programms (DMP) bei Diabetes mellitus.

Hinsichtlich der Radiologie scheidet eine primäre Inanspruchnahme aus. Überweisungsgrund ist hier insbesondere die Wirbelsäulen- und Bandscheiben-Diagnostik sowie die der großen Gelenke. Das konventionelle Röntgen spielt gegenüber der Computer- und Magnetresonanztomographie nur noch eine untergeordnete Rolle; seltener sind auch Angio- und Szintigraphien. Hinsichtlich der Gastroenterologie scheidet eine primäre Inanspruchnahme ebenfalls weitgehend aus, obwohl sie denkbar wäre. Hier geht es primär um Darm-, weniger um Magenspiegelungen. Häufige Überweisungsrassen zum HNO-Arzt sind hyperplastische Tonsillen und Adenoide sowie hartnäckige Mittelohrentzündungen. Beim Hautarzt dominieren Ekzem und Allergien. Beim Orthopäden sind es vorwiegend Dorsalgie, Cox- und Gonarthrose.

Beim Kardiologen geht es vor allem um die Koronare Herzkrankheit, Koronarangiographie und oder Stenting. Die Überweisung zum Neurologen erfolgt häufig wegen eines Parkinson-Syndroms, bei Epilepsie, Migräne, zum Ausschluss eines intrazerebralen Prozesses bei Kopfschmerzen und zur Messung der Nervenleitgeschwindigkeit bei Karpaltunnelsyndrom oder mit der Frage nach einer diabetischen Polyneuropathie. Beim Pneumologen stehen Asthma bronchiale und Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung eindeutig im Vordergrund. Beim Nephrologen geht es ganz überwiegend um Niereninsuffizienz und Dialyse.

Die niedrigen Anteile von Psychologischer Psychotherapie, insbesondere jedoch der Psychiatrie, machen ein Versorgungsproblem deutlich, das offenbar nicht nur in dieser Region besteht. Sie zeigen zudem die psychosomatisch-psychotherapeutische Kompetenz und Orientierung in der Praxis.

Überweisungen zur Strahlentherapie sind Einzelfälle. Die Überweisung erfolgt in aller Regel direkt durch den zuständigen Gebietsarzt oder Onkologen und nur im Ausnahmefall durch den Hausarzt. Überweisungen ins Fachgebiet der Pädiatrie sind ebenfalls Einzelfälle, was sowohl mit einem pädiatrischen Praxisschwerpunkt als auch mit primärer Inanspruchnahme des Kinderarztes zusammenhängen kann.

Die Übersicht der Überweisungen zeigt, welche Fachrichtungen schwerpunktmäßig und mit welchem Leistungsspektrum bzw. wie grundversorgungsnah mit in die Untersuchung und Behandlung des Patienten einbezogen sind, wo Defizite bestehen könnten und welche Dynamik unter den Fachgruppen sich möglicherweise andeutet.

Selbstverständlich reflektieren die Überweisungen das gebietsärztliche Leistungsspektrum der Umgebung ebenso wie das eigene Leistungsspektrum der Praxis und natürlich nicht zuletzt auch die Wünsche der Patienten nach vertiefter Diagnostik bzw. einem zweiten Blick.

Damit das System der gestuften Diagnostik funktioniert und zu keiner Verwässerung bzw. Verzettelung der Verantwortung (Collusion of Anonymity<sup>225</sup>) führt, ist die gelungene Kommunikation sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen Gebiets- und Hausarzt essentiell. Eine Rücklaufquote von 54,98 % bietet insofern viel Optimierungspotential.

Doch bevor sie diskutiert werden, sollen diese Ergebnisse zunächst in den Kontext weiterer kommunikativer Bezüge der Praxis gestellt und auf die Patientenzahl bezogen werden.

---

<sup>225</sup> Balint MR S. 93; dt. Ausgabe S. 201ff. Vgl. Kapitel 2.2.

### 3.2.2.2 Praxiskommunikation

Hier werden nun Überweisungen, Überweisungsfälle und Arztbriefe, Krankenhauseinweisungen und Krankenhausfälle, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und AU-Fälle, Rehabilitationsanträge und -berichte, Schwerbehindertenanträge und Pflegefaxe dargestellt und auf die Gesamtzahl der Patienten bezogen.

Tabelle 12 zeigt für 2010 die Übersicht dieser kommunikativen Bezüge.

Tabelle 12 Übersicht kommunikativer Bezüge 2010

Parameter	Anzahl gesamt	in % der Patientenzahl
Überweisungen	1885	56,5
Patienten mit Überweisung	665	19,9
Arztbriefe	924	27,7
Krankenhauseinweisungen	163	4,9
Krankenhausfälle	127	3,8
AU-Erstbescheinigungen	582	17,4
AU-Fälle	334	10,0
Auszahlungsscheine	164	4,9
AZS-Fälle	36	1,1
Schwerbehindertenanträge	38	1,1
Reha-Anträge	64	1,9
Reha-Maßnahmen/-Berichte	38	1,1
Pflegefaxe	108	3,3
<b>Gesamtpatientenzahl</b>	<b>3337</b>	<b>100</b>

Bei insgesamt 3.337 Patienten wurden 1.885 Überweisungen ausgestellt. Somit beträgt die Überweisungsquote – definiert als Überweisungen/Gesamtpatientenzahl – 56,5 %. Die Überweisungsquote ist ein statistischer Wert, der ein Maß der Überweisungshäufigkeit bezogen auf die Patientenzahl darstellt und nicht den Anteil der Patienten abbildet, die an Gebietsärzte überwiesen wurden.

Nicht wenige Patienten brauchen jedoch Überweisungen zu mehreren Gebietsärzten, zum Beispiel ein Diabetiker zum Augenarzt wegen der Retinopathie, zum Neurologen wegen der Polyneuropathie, zum Nephrologen wegen der Nephropathie sowie zum Kardiologen wegen der Makroangiopathie, also speziell seiner koronaren Herzkrankheit; und selbstverständlich kann dieser Patient zum Beispiel wegen seines Übergewichtes auch orthopädische Probleme haben und aufgrund all seiner Probleme eine reaktive depressive Störung oder aufgrund seines Alters schwerhörig sein. Das Beispiel lässt sich zwanglos weiter fortsetzen.

Andererseits gibt es auch viele Patienten, die keiner Überweisung bedürfen. Sie kommen beispielsweise wegen einer Vorsorgeuntersuchung oder Impfung, einer Erkältung, eines Harnwegsinfekts, Rücken- oder Gelenkschmerzen oder anderer Probleme, die keiner gebietsärztlichen Abklärung bedürfen.

Daher wurde durch eine gesonderte Analyse aller Überweisungen des jeweiligen Jahres ermittelt, welche und wie viele Patienten tatsächlich überwiesen wurden.

Von den 3.337 im Jahr 2010 behandelten Patienten wurden 665 an Gebietsärzte überwiesen, was 19,9 % oder einem Fünftel aller Patienten entspricht. Da alle 1.885 Überweisungen auf 665 Patienten entfielen, sind dies durchschnittlich für jeden dieser Patienten 2,8 Überweisungen im Jahr.

Die Arztbriefquote, also die Zahl der Arztbriefe, bezogen auf alle Patienten, betrug 27,7 %.

Für die Krankenhauseinweisungen ergibt sich analog eine Quote von 4,9 %. Betroffen sind jedoch nur 3,8 % der Patienten, von denen jeder durchschnittlich 1,3mal im Krankenhaus war. Die Entlassungsberichte lassen mitunter etwas auf sich warten. Es kommt jedoch nur äußerst selten vor, dass ein Bericht fehlt. Denn auch das Krankenhaus selbst braucht eine Epikrise, um den Behandlungsfall zu dokumentieren und abzuschließen. Insofern wird hier von einem vollständigen Rücklauf ausgegangen.

Für die AU-Bescheinigungen ergibt sich wiederum analog eine Quote von 17,4 %. Betroffen sind allerdings nur 10,0 % der Patienten, d.h. jeder von ihnen hat durchschnittlich 1,7 AU-Bescheinigungen bekommen.

Nach Ablauf der Lohnfortzahlung von sechs Wochen werden keine AU-Bescheinigungen mehr ausgestellt, sondern AZS für die Krankenkassen, die zum Bezug von Krankengeld berechtigen. Auch für die AZS ergibt sich analog eine Quote von 4,9 %. Betroffen sind jedoch nur 1,1 % längerfristig erkrankte Patienten, so dass jeder von ihnen durchschnittlich 4,6 AZS erhalten hat. Da diese üblicherweise jeweils nach Ablauf von zwei Wochen ausgestellt werden, kann bei diesen Patienten von einer durchschnittlichen AU-Dauer von ca. 15 Wochen ausgegangen werden. Dies ergibt sich aus der anfänglichen Lohnfortzahlung von 6 Wochen und durchschnittlich 9,2 Wochen Krankengeldbezug aufgrund der AZS.

Schwerbehindertenanträge werden bei 1,1 % der Patienten gestellt, was der Zahl der längerfristig Erkrankten entspricht.

Rehabilitationsanträge werden in 1,9 % der Fälle und nur in äußerst seltenen Ausnahmen vor Ablauf der dreijährigen Wartefrist erneut gestellt. Daher entspricht diese Zahl auch dem Anteil der Patienten. Der Anteil der Rehabilitationsberichte von 1,1 % zeigt, dass nur 58 % der Anträge genehmigt wurden. Denn auch die Reha-Kliniken berichten vollständig und verlässlich an den Hausarzt sowie an den Rentenversicherungsträger, der in aller Regel die Maßnahme bezahlt.

Die Faxe der ambulanten Pflegedienste und der Pflegeheime, insbesondere des gegenüber der Praxis liegenden Pflegeheimes Nis Puk, wurden ebenfalls analysiert. Hier ergibt sich eine Quote von 3,3 %. Das entspricht ungefähr einer schriftlichen Kommunikation an jedem zweiten Arbeitstag. Telephonische Kontakte wurden nicht mitgezählt, da sie – wie bereits erwähnt – nicht sicher und systematisch erfasst sind.

Tabelle 13 zeigt diese Daten für das Jahr 2011.

Tabelle 13 Übersicht kommunikativer Bezüge 2011

Parameter	Anzahl gesamt	In % der Patientenzahl
Überweisungen	1853	57,0
Patienten mit Überweisung	646	19,9
Arztbriefe	1150	35,4
Krankenhauseinweisungen	186	5,7
Krankenhausfälle	135	4,2
AU-Erstbescheinigungen	523	16,1
AU-Fälle	323	9,9
Auszahlungsscheine	149	4,6
AZS-Fälle	38	1,2
Schwerbehindertenanträge	38	1,2
Reha-Anträge	61	1,9
Reha-Maßnahmen/-Berichte	26	0,8
Pflegefaxe	104	3,2
<b>Gesamtpatientenzahl</b>	<b>3251</b>	<b>100</b>

Bei insgesamt 3.251 Patienten wurden 1.853 Überweisungen ausgestellt. Die Überweisungsquote beträgt 57,0 %. Betroffen sind 19,9 % der Patienten. Die Arztbriefquote beträgt 35,4 %. Die Krankenhausquote beträgt 5,7 %, betroffen sind 4,8 % der Patienten. Die AU-Quote beträgt 16,1 %, betroffen sind 9,9 % der Patienten. Die AZS-Quote beträgt 4,6 %, betroffen sind 1,2 % der Patienten. Die entspricht dem Anteil der Patienten für die ein Schwerbehindertenantrag gestellt wurde. Reha-Anträge wurden bei 1,9 % der Patienten gestellt und in 42 % der Fälle genehmigt, da lediglich bei 0,8 % der Patienten ein Reha-Bericht vorliegt und vollständig berichtet wird. Für die Pflegefaxe ergab sich eine Quote von 3,2 %.

Tabelle 14 zeigt die Übersicht für 2012.

Tabelle 14 Übersicht kommunikativer Bezüge 2012

Parameter	Anzahl gesamt	In % der Patientenzahl
Überweisungen	1689	54,9
Patienten mit Überweisung	587	19,1
Arztbriefe	910	29,6
Krankenhauseinweisungen	149	4,8
Krankenhausfälle	122	4,0
AU-Erstbescheinigungen	550	17,9
AU-Fälle	326	10,6
Auszahlungsscheine	189	6,1
AZS-Fälle	34	1,1
Schwerbehindertenanträge	42	1,4
Reha-Anträge	60	1,9
Reha-Maßnahmen/-Berichte	36	1,2
Pflegefaxe	108	3,5
<b>Gesamtpatientenzahl</b>	<b>3078</b>	<b>100</b>

Bei insgesamt 3.078 Patienten wurden 1.689 Überweisungen ausgestellt. Die Überweisungsquote beträgt 54,9 %. Betroffen sind 19,1 % der Patienten. Die Arztbriefquote beträgt 29,6 %. Die Krankenhausquote beträgt 4,8 %, betroffen sind 4,0 % der Patienten. Die AU-Quote beträgt 17,9 %, betroffen sind 10,6 % der Patienten. Die AZS-Quote beträgt 6,1 %, betroffen sind 1,1 % der Patienten. Schwerbehindertenanträge wurden für 1,4 % der Patienten gestellt; Reha-Anträge für 1,9 %, von denen 1,2 % eine Reha-Maßnahme absolvierten, also 63 %. Für die Pflegefaxe ergibt sich hier eine Quote von 3,5 %.

Tabelle 15 zeigt schließlich die Übersicht für die Jahre 2010 bis 2012.

Tabelle 15 Übersicht kommunikativer Bezüge 2010 – 2012

Parameter	Anzahl gesamt	In % der Patientenzahl
Überweisungen	5427	56,1
Patienten mit Überweisung	1898	19,6
Arztbriefe	2984	30,9
Krankenhauseinweisungen	498	5,2
Krankenhausfälle	384	4,0
AU-Erstbescheinigungen	1655	17,1
AU-Fälle	983	10,2
Auszahlungsscheine	502	5,2
AZS-Fälle	108	1,1
Schwerbehindertenanträge	118	1,2
Reha-Anträge	185	1,9
Reha-Maßnahmen/-Berichte	100	1,0
Pflegefaxe	320	3,3
<b>Gesamtpatientenzahl</b>	<b>9666</b>	<b>100</b>

Bei insgesamt 9.666 Patienten wurden 5.427 Überweisungen ausgestellt. Die Überweisungsquote beträgt in diesem Zeitraum 56,1 %. Betroffen sind 19,6 % der Patienten. Die Arztbriefquote beträgt 30,9 %. Die Krankenhausquote beträgt 5,2 %, betroffen sind 4,0 % der Patienten. Die AU-Quote beträgt 17,1 %, betroffen sind 10,2 % der Patienten. Die AZS-Quote beträgt 5,2 %, betroffen sind 1,1 % der Patienten. Schwerbehindertenanträge wurden für 1,2 % der Patienten gestellt. Reha-Anträge wurden für 1,9 % der Patienten gestellt, von denen 1,0 % eine Reha-Maßnahme absolviert haben, d.h. 53 % der Anträge wurden genehmigt. Für die Pflegefaxe ergibt sich eine Quote von 3,3 %.

### 3.2.2.3 Primäre Inanspruchnahme von Gebietsärzten

Das ZI hat auf Nachfrage dankenswerterweise zwei Statistiken für das Jahre 2010<sup>226</sup> zur primären Inanspruchnahme von Gebietsärzten erstellt und zur Verfügung gestellt. Aus der einen Statistik geht hervor, wie viele Patienten, die nicht beim Hausarzt waren, beim Gebietsarzt oder mehreren Gebietsärzten waren, aus der anderen, wie viele Patienten, die beim Hausarzt waren, gleichwohl ohne Überweisung einen Gebietsarzt oder mehrere Gebietsärzte aufgesucht haben.

Tabelle 16 Primäre Gebietsarztinanspruchnahme ohne Hausarztkontakt im Jahr 2010

<b>Kassenärztliche Vereinigung</b>	
Schleswig-Holstein	13,31%
Hamburg	18,08%
Bremen	15,59%
Niedersachsen	11,32%
Westfalen-Lippe	13,97%
Nordrhein	14,59%
Hessen	12,48%
Rheinland-Pfalz	10,75%
Baden-Württemberg	17,00%
Bayern	19,95%
Berlin	18,96%
Saarland	13,61%
Mecklenburg-Vorpommern	9,17%
Brandenburg	12,08%
Sachsen-Anhalt	9,99%
Thüringen	10,16%
Sachsen	11,17%
<b>Bund</b>	<b>13,66%</b>

Quelle: ZI 2013

<sup>226</sup> Stillfried, D. Graf v.: Anteil der Patienten an der Gesamtpatientenzahl, die nicht beim Hausarzt waren, aber bei der jeweiligen Gebietsarztgruppe (2010). ZI 2013. Persönliche Mitteilung/Email v. 19.03.2013 10:05. Sowie Czihal, T.: Anteil der Patienten mit einer primären (ohne Überweisung) Gebietsarztinanspruchnahme an allen Patienten mit Hausarztkontakten nach Quartalen. ZI 2013. Persönliche Mitteilung/Email v. 12.04.2013 16:24. Diese Daten sind die aktuellsten, die vorliegen.

Tabelle 16 zeigt zunächst, dass regional unterschiedlich zwischen 10 % und 20 % aller Patienten im Jahr 2010 einen Gebietsarzt aufgesucht haben, jedoch bei keinem Hausarzt waren. Dies betrifft insbesondere die Fachgruppen Gynäkologie, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Dermatologie und Orthopädie.

2010 waren dies in Schleswig-Holstein 13,31 % aller Patienten.

Tabelle 17 Primäre Gebietsärztinanspruchnahme (d.h. ohne Überweisung) bei Hausarztkontakt im Jahr 2010

Kassenärztliche Vereinigung	Durchschnitt in 2010
Hamburg	30,65%
Schleswig-Holstein	30,58%
Bremen	26,60%
Niedersachsen	21,15%
Westfalen-Lippe	21,30%
Nordrhein	23,90%
Hessen	18,90%
Rheinland-Pfalz	20,48%
Baden-Württemberg	19,53%
Bayern	20,30%
Berlin	28,25%
Saarland	21,95%
Mecklenburg-Vorpommern	16,65%
Brandenburg	18,88%
Sachsen-Anhalt	15,98%
Thüringen	20,50%
Sachsen	22,85%
<b>Bund</b>	<b>21,55%</b>

Quelle: ZI 2013

Tabelle 17 zeigt, dass im Jahr 2010 in Schleswig-Holstein 30,58 % aller Patienten mit Hausarztkontakt gleichwohl Gebietsärzte ohne Überweisung in Anspruch genommen haben. Das liegt knapp hinter dem Spitzenreiter Hamburg mit 30,65 %, jedoch deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 21,55 %.

Für die Fragestellung nach der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie insbesondere zwischen Gebiets- und Hausarzt ergibt sich daraus, dass im Jahr 2010 in Schleswig-Holstein 13,31 % aller Patienten beim Gebietsarzt, aber bei keinem Hausarzt waren. Weiter ergibt sich daraus, dass darüber hinaus 30,58 % der hausärztlichen Patienten ohne Überweisung beim Gebietsarzt waren. Selbst falls hier in einzelnen Fällen ein Arztbrief geschrieben worden sein sollte, wurde er mitgezählt und ist folglich in der Rücklaufquote von 54,98 % (Tabelle 11) bereits enthalten.

Aufgrund der weiteren Information, die das ZI zur Verfügung stellte, dass ca. 95 % aller Versicherten zumindest einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen<sup>227</sup>, lassen sich alle Daten nunmehr auch auf die Grundgesamtheit aller Versicherten beziehen.

Zusammenfassend ergibt sich aufgrund der ZI-Daten für Schleswig-Holstein und das Jahr 2010 sowie der Praxisdaten von 2010 bis 2012:

- 13,31 % aller Patienten suchen ausschließlich einen oder mehrere Gebietsärzte auf; dies entspricht 12,35 % aller Versicherten.<sup>228</sup>
- 30,58 % der hausärztlichen Patienten suchen ohne Überweisung den Gebietsarzt auf; dies entspricht 26,51 % aller Patienten und 25,18 % aller Versicherten.<sup>229</sup>
- 45,02 % der Überweisungen der untersuchten Praxis bleiben ohne Antwort bzw. Arztbrief; dies entspricht 8,82 % der Patienten in der Praxis, 7,64 % aller Patienten und 7,26 % aller Versicherten.<sup>230</sup>

---

<sup>227</sup> Czihal, T.: „Wir wissen aus Studien, dass ca. 95 % aller Versicherten binnen eines Jahres mind. einmal einen Arzt aufsuchen.“ (ZI 2013).- Persönliche Mitteilung/Email v. 27.05.2013 19:37.

<sup>228</sup> Czihal (2013). 95 % (Anteil der Versicherten) von 13,31 % (Anteil an allen Patienten) sind 12,35 %.

<sup>229</sup> Czihal (2013). 13,31 % der Patienten in Schleswig-Holstein nahmen im Jahr 2010 nur Fach- bzw. Gebietsärzte in Anspruch; folglich waren 86,69 % aller Patienten beim Hausarzt. 30,58 % (Anteil hausärztliche Patienten ohne Überweisung) von 86,69 % (Anteil der hausärztlichen Patienten an allen Patienten) sind 26,51 %. Der Anteil an allen Versicherten entspricht 95 % davon, also 95 % von 26,51 % sind 25,18 %.

<sup>230</sup> 45,02 % (kein Arztbrief) von 19,6 % (Patienten mit Überweisungen) sind 8,82 % der Patienten in der Praxis. 8,82 % von 86,69 % (Anteil der hausärztlichen Patienten an allen Patienten) sind 7,64 % aller Patienten. Davon 95 %, also 95 % von 7,64 % sind 7,26 % aller Versicherten.

47,46 % aller Patienten fehlt somit ganz oder teilweise die beziehungsorientierte, vertrauensvolle, kontinuierliche und verantwortliche Integration ihrer Befunde und Koordination ihrer Therapie; dies sind 45,08 % der Versicherten.<sup>231</sup>

Diese Zahlen belegen ein erhebliches Kommunikationsdefizit; dieses besteht sowohl zwischen Patient und Arzt, insofern der Patient keinen Hausarzt aufsucht oder einen Hausarzt aufsucht, aber dennoch ohne Überweisung zum Gebietsarzt geht, als auch innerärztlich, insofern der Hausarzt nur in 54,98 % der durch ihn veranlassten Überweisungen einen Arztbrief erhält.

Am Beispiel der Diskussion um Polypharmazie und die PRISCUS-Liste, also die medikamentöse Behandlung älterer Menschen mit potentiell inadäquaten Medikamenten, und aufgrund eigener Erfahrungen sollen die möglichen Folgen der dargestellten kommunikativen Defizite und Probleme belegt werden.

---

<sup>231</sup> 13,31 % + 26,51 % + 7,64 % = 47,46 %. Davon 95 % sind 45,08 %.

### 3.2.2.4 Arzneimittelausgaben und PRISCUS-Liste

Die Übersicht von Gesamt- und Leistungsausgaben der GKV in Tabelle 18 zeigt die Relation von Verwaltungskosten sowie sonstigen Aufwendungen der Krankenkassen einerseits und den Leistungsausgaben andererseits.

Tabelle 18 Verteilung der Gesamtausgaben der GKV von 2010 – 2012

Bereich		2010	2011	2012
Gesamtausgaben	in Mrd. €	175,99	179,61	184,52
Leistungsausgaben	in Mrd. €	164,96	168,74	173,64
Verwaltungskosten / sonstige Aufwendungen	in Mrd. €	11,03	10,87	10,88

Quelle: BMG KF 12 Bund (Stand März 2013)

Tabelle 19 stellt die Anteile der verschiedenen Leistungsbereiche und ihre jeweiligen Relationen zueinander dar. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Leistungsausgaben der GKV zeigt die Bedeutung der Pharmakotherapie.<sup>232</sup>

Tabelle 19 Ausgewählte Leistungsausgaben der GKV 2010 – 2012

Leistungsausgaben für Versorgungsbereich	2010		2011		2012	
	Mrd. €	Anteil in %	Mrd. €	Anteil in %	Mrd. €	Anteil in %
Ärztliche Behandlung (ambulant)	27,09	16,1	27,63	16,4	28,30	16,3
Krankenhausbehandlung	58,13	34,4	59,95	35,5	61,79	35,6
Arzneimittel	30,18	17,9	28,98	17,2	29,41	16,9

Quelle: BMG KF 12 Bund (Stand März 2013)

<sup>232</sup> BMG: Daten des Gesundheitswesens 2012. S. 129-147. Insbes. 9.6 und 9.6A S. 135f. sowie die aktuelle Übersicht: Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen. KF12Bund. Stand: März 2013. [http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheit\\_swesens\\_2012.pdf](http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheit_swesens_2012.pdf) sowie [http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Downloads/GKV/Kennzahlen\\_Daten/Kennzahlen\\_und\\_Faustformeln\\_GKV\\_2001-2012\\_130320.pdf](http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Downloads/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2001-2012_130320.pdf) (zuletzt besucht am 01.06.2013)

Aus Tabelle 19 ergibt sich, dass im Durchschnitt die Arzneimittelausgaben der GKV von 2010 bis 2012 trotz leicht rückläufiger Tendenz mit 29,85 Mrd. Euro um ca. 2,2 Mrd. Euro über den Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung von 27,7 Mrd. Euro lagen.

Der Pharmakologe Ulrich Schwabe sieht im Arzneiverordnungsreport 2012 bei 625 Millionen Verordnungen 2011 national betrachtet noch ein Einsparpotenzial von 3,1 Mrd. Euro und im internationalen Vergleich mit den Niederlanden sogar von 7,8 Mrd. Euro.<sup>233</sup>

Auf diesem Hintergrund hat es besondere Brisanz, wenn die Rheinische Post am 28. Januar 2013 titelt *„Ärzte verschreiben millionenfach falschen Medikamenten-Mix“*<sup>234</sup>, RTL Aktuell das übernimmt und über mangelnde Arzneimittelsicherheit berichtet.<sup>235</sup> Andere Medien und auch die Techniker Krankenkasse warnten bereits zuvor: *„Jeder vierte Senior in Schleswig-Holstein erhält potentiell ungeeignete Medikamente.“*<sup>236</sup>

Diese Diskussion bezieht sich auf die PRISCUS-Liste<sup>237</sup>, die eine an den deutschen Markt angepasste Übersicht potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen<sup>238</sup> ab 65 Jahren geben will.

---

<sup>233</sup> Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneimittelreport 2012. – Berlin (Springer Verlag) 2012. Insbes. S. 3 (Abb. 1.1), S. 34 und S.40.

<sup>234</sup> Rheinische Post v. 28. Januar 2013 (Ausgabe 19/13, Jahrgang 52). Düsseldorf. S. A1.

<sup>235</sup> RTL Aktuell v. 28.01.2013 <http://www.rtl.de/cms/news/rtl-aktuell/aok-studie-aerzte-verschreiben-millionenfach-gefaehrlichen-medikamente-mix-2b24d-51ca-15-1397561.html> (zuletzt besucht am 01.06.2013).

<sup>236</sup> In: Facharzt.de v. 17.04.2012. <http://www.facharzt.de/a/a/118909/> (zuletzt besucht am 10.06.2013). Vgl. zudem Stern v. 09.08.2010 <http://www.stern.de/gesundheits/priscus-liste-viele-Medikamente-sind-fuer-senioren-ungeeignet-1591473.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013) und Welt v. 22.10.2011 <http://www.welt.de/gesundheits/article13674053/Arzneimittel-koennen-alte-Menschen-krank-machen.html> (zuletzt besucht am 01.06.2013).

<sup>237</sup> Holt S, Schmiedl S, Thürmann P: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31-32): 543-51; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.

<sup>238</sup> priscus (lat.) = alt, altherwürdig; in: Stowasser JM, Petschenig M, Skutsch F: Der kleine Stowasser. Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch.- München (Freytag Verlag) 1971. S. 394.

In einem dreistufigen Verfahren, bestehend aus selektiver Literaturrecherche, qualitativer Analyse internationaler Listen zu potenziell inadäquater Medikation und mehreren Expertenbefragungen wurden insgesamt 83 Arzneistoffe aus 18 Arzneistoffklassen identifiziert, die als potenziell inadäquat bewertet wurden, während weitere 46 Arzneistoffe nicht eindeutig eingestuft werden konnten. Es werden Alternativen zu den als potenziell inadäquat bewerteten Wirkstoffen genannt bzw. für den Fall, dass ein solcher Wirkstoff unvermeidbar ist, Hinweise zu Dosisanpassung oder Monitoringparametern gegeben.

Basierend auf dieser Liste und „*einer Analyse von mehr als 6 Millionen anonymisierten Patientendaten*“<sup>239</sup> gelangt das WIdO zu der Aussage, dass ältere Menschen häufig ungeeignete Arzneimittel erhalten:

*Nahezu jeder dritte Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung ab 65 Jahre hat im Jahr 2009 mindestens ein Arzneimittel erhalten, das für ältere Menschen als ungeeignet gilt. Knapp 6 % der ausgestellten Verordnungen sind hiervon betroffen.*<sup>240</sup>

Berechnet wurde, dass es sich um 29 % aller Versicherten ab 65 Jahre handelt und Frauen ein deutlich höheres Risiko haben, eine potenziell inadäquate Medikation zu erhalten.<sup>241</sup> Das ZI gelangt in einer Studie<sup>242</sup>, der die Arzneverordnungsdaten von 2010 zugrunde lagen und in der neun Wirkstoffe, bei denen lediglich bestimmte Dosierungen als potenziell inadäquat bewertet sind, nicht berücksichtigt wurden, zu differenzierteren Ergebnissen.

---

<sup>239</sup> WIdO: Ältere Menschen erhalten häufig ungeeignete Arzneimittel. Pressemitteilung. Berlin, 03.12.2010. S. 1ff.

[http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_pressemitteilungen/wido\\_arz\\_pm\\_priscus\\_1210.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_arz_pm_priscus_1210.pdf) (zuletzt besucht am 01.06.2013).

<sup>240</sup> WIdO (2010). S. 1.

<sup>241</sup> WIdO (2010). S. 2.

<sup>242</sup> Riens B, Mangiapane S: Ärztliche Verordnungen von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste – Relevanz und regionale Unterschiede. Berlin (ZI), 31.10.2012. S. 1-20. In: ZI-Versorgungsatlas.

[http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/30/PRISCUS\\_Bericht.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/30/PRISCUS_Bericht.pdf) (zuletzt besucht am 30.01.2013).

20,8 % der mit Arzneimitteln behandelten Patienten ab 65 Jahren bekamen mindestens eine PRISCUS-Verordnung. Mengenmäßig entsprechen die Verordnungen 2,4 % aller Tagesdosen dieser Altersgruppe (476 Mio.) im Jahr 2010. 37,3 % davon entfallen auf Psychopharmaka (samt Hypnotika und Sedativa), 33,9 % auf Herz-Kreislauf-Medikamente und 11,9 % auf Schmerz- und Migränemittel.<sup>243</sup> Hausärzte verordneten 76,6 % dieser Medikamente und Gebietsärzte – vor allem Nervenärzte, Psychiater, Neurologen und Urologen – 23,4 %.<sup>244</sup> Weiter werden Behandlungsintensität und regionale, insbesondere Ost-West-Unterschiede untersucht und die Problematik von Amitriptylin als Leitsubstanz für die Arzneimittelvereinbarung gemäß § 84 Abs. 7 SGB V und potenziell inadäquatem Wirkstoff – nämlich die Nummer 2 der „Top 10“ – dargestellt.<sup>245</sup>

Tabelle 20 zeigt den Anteil der PRISCUS-Wirkstoffe an allen Wirkstoffen nach Verordnungen und Tagesdosen für die Versicherten ab 65 Jahren von 2010 bis 2012.

Tabelle 20 Anteil der PRISCUS-Wirkstoffe von 2010 – 2012

Zeitraum	Verordnungen in %	Tagesdosen in %
1. Quartal 2010	3,73	2,56
2. Quartal 2010	3,82	2,42
3. Quartal 2010	3,77	2,40
4. Quartal 2010	3,71	2,33
<b>Durchschnitt im Jahr 2010</b>	<b>3,76</b>	<b>2,43</b>
1. Quartal 2011	3,61	2,28
2. Quartal 2011	3,55	2,23
3. Quartal 2011	3,52	2,20
4. Quartal 2012	3,44	2,16
<b>Durchschnitt im Jahr 2011</b>	<b>3,53</b>	<b>2,22</b>
1. Quartal 2012	3,36	2,12
2. Quartal 2012	3,30	2,08
<b>Durchschnitt bis Juli 2012</b>	<b>3,33</b>	<b>2,10</b>

Quelle: ZI 2013

<sup>243</sup> Riens und Mangiapane 2012, S. 5f.

<sup>244</sup> Riens und Mangiapane 2012, S. 7f.

<sup>245</sup> Riens und Mangiapane 2012, S. 14-16.

Die Daten beruhen auf dem Rx-Trendbericht des ZI, wobei Rx die internationale Abkürzung für ärztliche Arzneiverordnung ist.<sup>246</sup>

Bezogen auf die Verordnungen betrug der Anteil 3,73 % im 1. Quartal 2010 und 3,30 % im 2. Quartal 2012<sup>247</sup>, bezogen auf die Tagesdosen 2,56 % und 2,08 %.

Diese Daten und die differenzierte Betrachtung erscheinen im Vergleich zur Berichterstattung in den Medien zwar etwas moderater, sind jedoch gleichwohl keineswegs geeignet, die Frage nach der adäquaten Medikation – und das nicht nur bei älteren Menschen – zu relativieren.

Die Frage nach einer adäquaten und verantwortlich koordinierten Pharmakotherapie ist damit lediglich aufgeworfen, aber noch nicht beantwortet. Denn verantwortliche Integration und Koordination bedeuten viel mehr als die Vermeidung potenziell inadäquater Wirkstoffe bei älteren Menschen. Sie gelten für Patienten in jedem Alter und an jedem Ort, setzen umfassende Information des Hausarztes voraus und beinhalten so dann umfassende und verständliche Information und Beratung des Patienten sowie ggfs. seiner Angehörigen und/oder der Pflegenden.

Insofern zeigt die PRISCUS-Liste nur eine aus der Verordnungsstatistik ersichtliche Facette des Problems, nicht jedoch seine weitreichende kommunikative Dimension.

---

<sup>246</sup> ZI: Rx-Trendbericht. PRISCUS-Liste. <http://www.zi.de/cms/rx-trendbericht/priscus-liste/> (zuletzt besucht am 11.06.2013).

<sup>247</sup> ZI (2012).

### 3.2.3 Ergebnisse und Erfahrungen

Für die Fragestellung nach der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie insbesondere zwischen Gebiets- und Hausarzt ist das Ergebnis dieser Untersuchung, dass im Jahr 2010 in Schleswig-Holstein 13,31 % aller Patienten beim Gebietsarzt, aber bei keinem Hausarzt waren und darüber hinaus 30,58 % der hausärztlichen Patienten ohne Überweisung den Gebietsarzt konsultiert haben.

Selbst falls hier in einzelnen Fällen ein Arztbrief geschrieben worden sein sollte, wurde er – wie bereits erwähnt – jeweils mitgezählt und ist folglich in der Rücklaufquote von 54,98 % (Tabelle 11) bereits enthalten.

Aufgrund der weiteren Informationen, die das ZI zur Verfügung stellte, dass ca. 95 % aller Versicherten zumindest einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, lassen sich sämtliche Daten nunmehr auch auf die Grundgesamtheit aller Versicherten beziehen:

47,46 % aller Patienten fehlt ganz oder teilweise die beziehungsorientierte, vertrauensvolle, kontinuierliche und verantwortliche Integration ihrer Befunde und Koordination ihrer Therapie; dies sind 45,08 % der Versicherten.

Dass bei fast der Hälfte der Patienten der Hausarzt als verantwortliche Koordinations- und Integrationsinstanz der zahlreichen Befunde und therapeutischen, gerade auch pharmakotherapeutischen Maßnahmen fehlt, bezeichnet einen Kommunikationsbruch und ein Kommunikationsdefizit, die als Gefährdungspotential nicht zu unterschätzen sind.

Das gilt selbst dann, wenn es sich weitgehend um Normalbefunde oder beispielsweise eine Monotherapie mit einem Medikament gegen Prostatahyperplasie und Miktionsbeschwerden oder einem Antidepressivum handeln sollte.

Auch solche zunächst völlig unspektakulären Befunde und Behandlungsmaßnahmen sind wichtig und müssen beim Hausarzt dokumentiert sein, denn sie gewinnen möglicherweise erst im weiteren Verlauf eine Relevanz, die zunächst niemand – weder der Gebietsarzt noch der Patient – erwartet hatte.

Nicht selten – davon ist auszugehen – werden Medikamente verordnet, deren Neben- und Wechselwirkungen dann im Rahmen der hausärztlichen Behandlung und des zumindest in unserer Praxis für jeden Patienten geführten und jedem Patienten mitgegebenen Medikamentenplanes nicht berücksichtigt werden können. Dies birgt für Patient und Arzt unkalkulierbare Risiken und für das Gesundheitssystem die Gefahr eines unwirtschaftlichen Umgangs mit begrenzten Ressourcen nicht nur hinsichtlich der Pharmakotherapie, sondern auch hinsichtlich anderer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Denn stets ist die möglichst umfassende Information und die Gesamtschau aller Aspekte Voraussetzung für ein gezieltes, nebenwirkungsarmes und möglichst wirtschaftliches Vorgehen.

Berichtet werden sollen jedoch nicht nur die quantitativen Ergebnisse, sondern auch qualitative Beobachtungen. Auffallend ist oftmals ein gleichsam vorgeprägter Praxis-Stil des Berichtens oder Nicht-Berichtens, der sich auch dann nicht verändert, wenn jüngere Kollegen eine Praxis übernehmen. Diese Erfahrung einer Art praxisspezifischer Sozialisation hat sich in fast 25 Jahren immer wieder bewahrheitet. Nur in einem Fall beendete der Wechsel des Praxisinhabers das Berichten. Begonnen hat es durch einen Wechsel allerdings in keinem mir bekannten Fall.

Berichtenswert erscheinen noch einige eigene kasuistische Erfahrungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die einen Eindruck vom Praxisalltag vermitteln sollen.

So wurde bei einer 80jährigen multimorbiden Patientin mit einer chronisch-degenerativen Wirbelsäulenerkrankung und Zustand nach lumbaler Bandscheibenoperation wegen des Verdachtes auf eine Parkinson'sche Erkrankung vom Neurologen L-Dopamin angesetzt, was ich erst durch den Pflegedienst erfuhr, der die Medikamentengabe überwacht.

Da dies zu keiner Besserung der Gehfähigkeit, jedoch zu heftigsten und andauernder Diarrhoe führte, musste ich das Medikament absetzen. Über dieses Vorgehen und die Gründe habe ich den Kollegen per Fax informiert. Allerdings wurde L-Dopamin ein Vierteljahr später beim nächsten Besuch beim Neurologen erneut angesetzt. Mit dem bekannten Ergebnis. Erst nach telefonischer Intervention war das Problem zu klären.

Einer 62jährigen adipösen Typ II-Diabetikerin wurde nach einer Magen-Bypass-Operation in einer Universitätsklinik gesagt, dass der Bericht an den Hausarzt zu viel Arbeit mache, die nicht bezahlt wird. Dafür habe man keine Zeit. Auch das konnte am Telefon besprochen und geklärt werden.

Eine jüngere Patientin Mitte 30 wurde in Kiel von einem Neurochirurgen an der Bandscheibe operiert. Trotz mehrfacher Bitte haben wir noch immer keinen Bericht.

Ein älterer Patient bat mich um die Verordnung von Inkontinenzartikeln. Erst so erfuhr ich, dass er vor einigen Jahren wegen eines Prostatakarzinoms operiert worden war und seitdem vom Urologen weiter, auch medikamentös, behandelt wird.

Schließlich sei von einem damals 57-jährigen Patienten berichtet, einem Zimmermann, der wegen Blut im Urin beim Urologen war. Dieser konnte nichts finden und schickte ihn zur sonografischen Untersuchung zum Internisten, der ebenfalls nichts Auffälliges fand. Von dieser Vorgeschichte erfuhr ich erst, als anderthalb Jahre später ein hypernephroides Nierenkarzinom mit Lungenmetastasen festgestellt wurde, an dem der Patient innerhalb weniger Monate starb.

Ob die rechtzeitige Information den Gang der Dinge verändert hätte, weiß niemand. Sicher hätte sie eine höhere Sensibilität schaffen und das Nachdenken über genau diese Frage bis heute vermeiden können.

#### 4 Diskussion und Perspektive

Die Ergebnisse dieser Untersuchung hinsichtlich freier Arztwahl, Arzt-Patient-Beziehung und (inner-) ärztlicher Kommunikation zeigen in bislang so noch nicht dargestellter Weise einen eklatanten Mangel an strukturierter Kommunikation im ärztlichen Alltag.

Idealtypischerweise werden mit der Überweisung an den Gebietsarzt die bisher vorhandenen Informationen und differentialdiagnostischen Überlegungen mitgeteilt und daraus die Fragestellung formuliert. Im Arztbrief erhält der Hausarzt dann als Antwort alle Informationen über Untersuchungen und therapeutische Maßnahmen, insbesondere natürlich über verordnete oder abgesetzte Medikamente.

Ein erster Bruch in diesem wechselseitigen System der Information wurde bereits in der primären Inanspruchnahme des Gebietsarztes festgestellt, deren Umfang oder Dunkelziffer – wenn man es so bezeichnen will – dem Hausarzt gar nicht bekannt sein kann und es auch nicht ist. Systemisch ist die primäre Inanspruchnahme des Gebietsarztes jedoch durchaus zu ermitteln. Sie betrifft 40 % der Patienten bzw. 37,5 % aller Versicherten, wie gezeigt wurde.

Ein zweiter Bruch entsteht dadurch, dass längst nicht alle Gebietsärzte bei jeder Überweisung berichten und einen Arztbrief schreiben. Denn das ist mit Zeit, Aufwand und Kosten verbunden. Die sind jedoch bereits in die Ordinationspauschale eingerechnet. Einen Arztbrief zu schreiben löst keinen zusätzlichen Honoraranspruch aus. Einen Arztbrief nicht zu schreiben, ist mit keiner Honorareinbuße verbunden.

Eine Antwortquote von 100 % war folglich nicht zu erwarten. Eine Rücklaufquote von 54,98 % ebenfalls nicht. Nur in 55 von 100 Fällen wurde der Hausarzt vom Gebietsarzt über das Ergebnis der Untersuchung und die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere eine medikamentöse Behandlung bzw. eine Veränderung derselben, sowie empfohlene weitere Untersuchungen informiert.

In 45,02 % bleibt die Überweisung ohne Antwort, der Hausarzt ohne Arztbrief seines gebietsärztlichen Kollegen und – last not least – der Patient ohne die Sicherheit, dass beim Hausarzt alle Befunde dokumentiert sind und in der Gesamtschau besprochen und bewertet werden können.

In einer Dissertation aus dem Jahr 1999 wurde bei allerdings recht geringen Zahlen am Beispiel einer hausärztlich-internistischen Praxis festgestellt, dass „fast 55 % der Überweisungen ohne Feedback“<sup>248</sup> blieben. Abgesehen von Laborüberweisungen, erfolgten die Überweisungen mit abnehmender Häufigkeit an die Fächer Radiologie, Orthopädie, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Neurologie, Augenheilkunde, Innere Medizin und Urologie. Die anderen Fächer haben jeweils Anteile unter 1 %.<sup>249</sup> Dies bezieht sich jedoch auf die Zeit vor Einführung der Praxisgebühr durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004. Zwar ist die Praxisgebühr ab 1. Januar 2013 wieder abgeschafft, in den untersuchten Jahren 2010 bis 2012 existierte sie jedoch. Aus diesem Grund sind auch die Daten der Europäischen Überweisungsstudie<sup>250</sup> und der darauf beruhenden Veröffentlichungen schwer vergleichbar. Außerdem wird zwischen direkten Überweisungen mit unmittelbarem Arzt-Patient-Kontakt und indirekten ohne diesen unmittelbaren Kontakt unterschieden. Aus 71 Hausarztpraxen wurden 2.077 direkte Überweisungen und 1.665 indirekte Überweisungen analysiert. Von den direkten Überweisungen gingen 14 % an die Orthopädie, 12 % an die Chirurgie und 10 % an die Innere Medizin; von den indirekten 25 % an die Augenheilkunde, 20 % an die Gynäkologie und 8 % an die Dermatologie.<sup>251</sup>

---

<sup>248</sup> Burkowitz 1999, S. 65.

<sup>249</sup> Burkowitz 1999, S. 31. Methodische Probleme wurden bereits im Kapitel 3.2.1 angesprochen. Vgl. Anm. 207.

<sup>250</sup> Thies-Zajonc S, Köhle M: National Data – Federal Republic of Germany. In: Fleming D (Hrsg.): The European study of referrals from primary to secondary care.- London (The Royal College of General Practitioners) 1992. S. 29-31.

<sup>251</sup> Thies-Zajonc S, Szecsenyi J, Kochem MM: Einstellungen und empirische Überweisungsdaten westdeutscher Hausärzte. Gesundheitswesen 1993; 55(12): 635-40. Thies-Zajonc S, Szecsenyi J, Kochem MM, Köhle M: Patienteninitiative und Überweisungsentscheidung des Hausarztes. Gesundheitswesen 1997; 59(10): 561-565.

In der Marbacher Überweisungs- und Kooperationsstudie wurden 430 direkte Überweisungen unmittelbar nach Einführung der Praxisgebühr analysiert. Davon gingen 21,1 % an das Fach Orthopädie, 13,0 % an die Kardiologie, 9,8 % an die Chirurgie, 9,3 % an die Radiologie, 7,7 % an die HNO-Heilkunde, 6,3 % an die Urologie, 5,6 % an die Gynäkologie, 5,3 % an die Augenheilkunde und 8,3 % an sonstige Fachrichtungen.<sup>252</sup> Auch hier handelt es sich um vergleichsweise kleine Zahlen.

In der aktuellsten auf dem Jahr 2008 basierenden Querschnittsstudie mit 3.988 Überweisungen ist die „*Verteilung der Überweisungen an verschiedene Fachgruppen*“ leider lediglich einem relativ kleinen, in 5%-Schritten skalierten Balkendiagramm<sup>253</sup> zu entnehmen. Es lässt sich – wie folgt – interpretieren:

Innere um 16 %, Gynäkologie um 14 %, Augenheilkunde um 12 %, Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie um 12 %, Orthopädie um 11 %, Dermatologie um 9 %, Chirurgie um 8 %, HNO-Heilkunde um 7 %, Radiologie um 5 %, Urologie um 4 % sowie Pädiatrie, Anästhesie und Sonstige jeweils unter 1 %.

Bezogen auf die 5.427 Überweisungen in der vorliegenden Untersuchung, die natürlich nur die Überweisungsstruktur dieser einen Praxis darstellt, findet sich eine erstaunliche Übereinstimmung hinsichtlich der Inneren Medizin, deren Anteil 16,1 % beträgt, gefolgt von Urologie, Augenheilkunde und Chirurgie mit jeweils über 12 %, Gynäkologie mit 11 %, Radiologie mit 9 %, HNO-Heilkunde mit 8 %, Dermatologie mit 6,5 %, Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie mit 6 % und Orthopädie mit 5,5 % (Tabelle 11).

Auffallend ist vor allem, dass Orthopädie und Urologie die Plätze gleichsam getauscht haben. Dies mag auf eine geringere primäre Inanspruchnahme des Urologen bzw. auf eine höhere des Orthopäden oder auf einen höheren Anteil in der Praxis selbst behandelter Patienten mit Rückenschmerzen hinweisen.

---

<sup>252</sup> Rosemann et al. 2006, S. A 2388 Tab. 1.

<sup>253</sup> Bösner et al. 2011, S. 374 Abb. 2.

Interessant ist auch die Untersuchung aller Überweisungen im Bereich der KV Baden-Württemberg im Jahr 2008, aus der sich ergibt, dass auf jede Überweisung durch den Hausarzt statistisch 1,3 Überweisungen durch den Gebietsarzt kommen, also 56,1 % der ca. 21 Mio. untersuchten Überweisungen von Gebietsärzten und 43,9 % von Hausärzten ausgestellt wurden. Eine genauere Analyse könnte Transparenz schaffen.<sup>254</sup>

Beachtung verdient auch ein vom SVR im Rahmen seines Sondergutachtens 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“<sup>255</sup> in Auftrag gegebener „Systematischer Review“ zu Effekten des Gatekeeping durch Hausärzte<sup>256</sup> und die zusammenfassende Bewertung des SVR, der Hinweise auf eine gleichwertige Versorgungsqualität „*bei verringerten Kosten*“ sieht, jedoch keine nachgewiesene Verbesserung „*im Bereich der ‚harten‘ gesundheitlichen Outcomes*“:

*Deutliche Hinweise erbringt der Review jedoch dahingehend, dass eine primärarztgesteuerte bzw. -koordinierte Überweisungspraxis an spezialisierte Gebietsärzte sich als nützlich erweist.*<sup>257</sup>

In diesem Kontext sei auch noch erwähnt, dass 19,6 % der Patienten (Tabelle 15) der untersuchten Praxis während eines Jahres einer bzw. mehrerer Überweisungen bedurften, was darauf hindeutet, dass für den größten Teil der Patienten die allgemein-ärztliche Behandlung mit ihrer besonderen Beziehung zwischen Patient und Arzt der Ort ist, wo gesundheitliche Probleme, auch psychosomatische und psychosoziale, umfassend angesprochen und behandelt werden können.

Die Arzt-Patient-Beziehung mit ihren von Balint beschriebenen Charakteristika setzt die besondere und persönliche Kommunikation im Sinne des dialogischen Prinzips voraus.

---

<sup>254</sup> Gröber-Grätz und Gulich 2010.

<sup>255</sup> SVR 2009 S. 141-147.

<sup>256</sup> Zentner R, Velasco Garrido M, Busse, R: Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept *Gatekeeping*. Gesundheitswesen 2010; 72(6/09): e38-e44. DOI: 10.1055/s-0029-1234126.

Diese beziehungsanthropologischen Erkenntnisse und ärztlichen Tugenden werden durch neuere Ansätze und das beschriebene Manifest für Veränderung<sup>258</sup> hin zu mehr Einsicht in gesundheitliche Zusammenhänge (Health Literacy), zu partnerschaftlichem Gespräch und zu partizipativer und dann hoffentlich auch, wie in der untersuchten Praxis praktiziert, gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) aufgenommen und aktualisiert.

Der medizinische Fortschritt, die zunehmende Spezialisierung und das technische Zeitalter, wie Karl Jaspers es nennt, werfen die Frage nach dem Arzt auf neue Weise auf:

*Wenn der Kranke beim Facharzt und in der Klinik gründlich untersucht und behandelt wird, kann sich folgender Aspekt zeigen: Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboratoriumsuntersuchungen. Die Therapie wird zur errechenbaren, immer komplizierter werdenden Anwendung der Mittel für den durch diese diagnostischen Daten erschöpften Fall. Der Kranke sieht sich in einer Welt von Apparaturen, in der er verarbeitet wird, ohne dass er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, deren keiner sein Arzt ist.<sup>259</sup>*

Zudem bringt der demographische Wandel große Herausforderungen für eine wohnortnahe und adäquate Versorgung mit sich – bei absehbarem Mangel an Arbeitskräften und auch in Zukunft begrenzten finanziellen Ressourcen.

All diese Aspekte erfordern strukturelle Antworten sowohl auf die Frage nach der verantwortlichen Integration und Koordination aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wie auch auf die von Karl Jaspers formulierte Frage nach dem Arzt, also einer beziehungsorientierten Kommunikation und partnerschaftlichen Begleitung des Kranken.

---

<sup>257</sup> SVR 2009 161. S. 143.

<sup>258</sup> Vgl. Kapitel 2.4.

Sicherlich ist nicht zu verkennen, dass es Versicherte und Patienten möglicherweise als Ausdruck ihrer Autonomie empfinden mögen, keinen Hausarzt zu haben oder ohne eine Überweisung durch den Hausarzt den Gebietsarzt aufzusuchen. Dies erscheint jedoch nur dann nachvollziehbar und begreiflich, wenn man unterstellt, dass kein hinlängliches Bewusstsein über die damit verbundenen Risiken, Gefahren und nachteiligen Folgen besteht. Insofern ist eine verstärkte Aufklärung der Versicherten durch Politik, Krankenkassen, Ärzteschaft und Medien über die Bedeutung des Hausarztes, d.h. ihres Hausarztes, notwendig.

Notwendig ist auch eine neue Kultur des Miteinanders zwischen Gebiets- und Hausärzten. Jeder Gebietsarzt – und einige tun dies schon – sollte bei primärer Inanspruchnahme nach dem Hausarzt fragen und nötigenfalls erklären, warum es wichtig ist, eine Überweisung des Hausarztes mit Informationen und Fragestellung zu bekommen und darauf antworten, also an den Hausarzt berichten zu können. Das ist etwas anderes als die in § 76 Absatz 3 SGB V vorgesehene Unterrichtung des Patienten „über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73)“ durch den Hausarzt. Das ist partnerschaftliche Information und Aufklärung im Sinne einer möglichst guten ärztlichen Zusammenarbeit und einer patientenorientierten Medizin.

Schließlich erscheinen die kommunikativen Defizite mit allen nachteiligen Folgen nur vermeidbar, wenn die Vorgaben des Gesetzgebers tatsächlich umgesetzt werden:

- *Der Versicherte wählt einen Hausarzt.*<sup>260</sup>
- *Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.*<sup>261</sup>

---

<sup>259</sup> Jaspers (1999). S. 45.

<sup>260</sup> § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V.

<sup>261</sup> § 76 Abs. 3a.

Das bedeutet dann jedoch nicht mehr, dass der Versicherte – wie derzeit üblich – entscheidet, ob er einen Hausarzt wählt oder nicht, sondern dass jede und jeder Versicherte ihren Hausarzt wählen darf und muss.<sup>262</sup> Das ist die freie Arztwahl im Sinne des Gesetzes und im Sinne der Vernunft und stellt eine sinnvolle Balance zwischen individueller Freiheit und systemischer Notwendigkeit dar.

Sofern dies klar erkannt und verstanden sowie verbindlich umgesetzt wird, werden auch die in § 73 Absatz 1 SGB V beschriebenen hausärztlichen Aufgaben und Funktionen im Interesse der Patienten- und insbesondere Arzneimittelsicherheit, also aus beziehungsorientierter Perspektive, wie auch im Interesse eines zukunftsfähigen Umgangs mit den begrenzten Ressourcen, also aus systemorientierter Perspektive, bei allen und für alle Versicherten erfüllbar und umsetzbar:

- Der Hausarzt koordiniert, integriert und steuert die Versorgung seines Patienten.
- Der Hausarzt übernimmt Verantwortung für Diagnostik und (Pharmako-)Therapie.
- Der Hausarzt überweist an den Gebietsarzt, sofern dies notwendig ist.

Politik und Selbstverwaltung, also die im Gesetz genannten Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 SGB V, die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, sind aufgefordert, die freie Haus- und Gebietsarztwahl umzusetzen und für die verantwortliche Integration und Koordination von Diagnostik und Therapie sowie eine umfassende, auch innerärztliche Kommunikation zu sorgen.

Hierzu mögen bestimmte Anreize und Vergütungsstrukturen sinnvoll sein. Eine angemessene Vergütung für die qualifizierte Überweisung des Hausarztes mit relevanten Vorbefunden, aktuellem Medikamentenplan und konkreter Fragestellung könnten ebenso dazu gehören, wie eine angemessene Vergütung für den Gebietsarzt, der den Arztbrief verfasst.

---

<sup>262</sup> Vgl. Beske F, Hallauer JF: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung.- Köln (deutscher Ärzte-Verlag) <sup>3</sup>1999. S. 131: *Wenn der Versicherte zunächst (...) einen als Hausarzt tätigen Arzt aufsuchen muß und nur von diesem bei Bedarf zu anderen Gebietsärzten überwiesen werden kann, dürfte die Behandlung des Patienten aufgrund verbesserter Koordination effektiver und kostengünstiger werden.*

Eine angemessene hausärztliche Grundvergütung honoriert den Aufwand für die verantwortliche Koordination und Integration von Diagnostik, Therapie und Pflege sowie ihre Dokumentation und Kommunikation.

Komplexe Sachverhalte und Zusammenhänge sowie schwierige Abwägungen müssen dem Patienten und häufig auch seinen Angehörigen verständlich erklärt und empathisch vermittelt werden. Dadurch kann er vertrauensvoll seine Entscheidung treffen.

Nicht zuletzt trägt eine verbesserte ärztliche Kommunikation auch dazu bei, dass die eigene Rolle – sei es als Gebiets- oder als Hausarzt – besser und mit mehr Zufriedenheit und Freude wahrgenommen werden kann, eine Rolle, die ich vor einigen Jahren so beschrieben habe:

*Der Arzt ist gegenüber der missionarisch-aktiven Samariter-Rolle der Kirche sowie der hyperaktiv-reglementierenden und bevormundenden Rolle des Sozialstaates in spezifischer Weise passiv, gleichwohl präsent und ansprechbar. Rat, Hilfe, Beistand und Begleitung werden ebenso von ihm erwartet wie Heilung und Linderung von Leiden. Er macht ein Angebot fachlicher Kompetenz und menschlich-vertrauensvoller Beziehung. Der Dialog in Wort und Antwort wird personal von Mensch zu Mensch geführt, und der Arzt übernimmt Verantwortung. Er achtet Individualität und Integrität, Mündigkeit und Freiheit des Patienten und seiner Angehörigen; auch und gerade dann, wenn er seine bzw. ihre Wünsche nicht erfüllt.<sup>263</sup>*

---

<sup>263</sup> Büchner RW: Für eine Ethik und humane Praxis der Ent-Täuschung in Politik, Medizin und Theologie. In: Kammholz K, Kiene H, Neubert-Stegemann R, Ulrich G: solo verbo – Festschrift für Bischof Dr. Hans Christian Knuth.- Kiel (Lutherische Verlagsgesellschaft) 2008. aaO. S. 381.

## 5 Zusammenfassung

Freie Arztwahl, Arzt-Patient-Beziehung und die Kommunikation zwischen Haus- und Gebietsarzt erscheinen aufgrund über 20jähriger Erfahrung als Allgemeinarzt auf dem Land relevante Aspekte ärztlicher Kommunikation. Auf diesem Hintergrund soll geklärt werden, ob die derzeitigen Regelungen und die aktuelle Überweisungspraxis die erforderliche ärztliche Kommunikation gewährleisten.

Die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der freien Arztwahl werden anhand demographischer Daten, der Gesetzestexte und -materialien sowie aktueller Berechnungen und Literatur dargestellt. Die Arzt-Patient-Beziehung wird im kulturgeschichtlich-beziehungsanthropologischen Kontext beschrieben.

Durch Literaturrecherche und Analyse aller Überweisungen (n=5.427) und Arztbriefe (n=2.984) sowie weiterer kommunikativer Bezüge der eigenen Praxis von 2010 bis 2012 (Fallzahl n= 9.666) wird die ärztliche Kommunikation im Rahmen einer Querschnittsstudie untersucht und mit landes- und bundesweiten Daten korreliert.

Das Überweisungsspektrum der untersuchten Praxis war über drei Jahre weitgehend konstant. Mit 16,1 % aller Überweisungen wurde am häufigsten an Internisten (Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Nephrologie) überwiesen. Die Überweisungsquote betrug 56,1 %. Die Überweisungen entfielen auf 19,6 % der Patienten; d.h. 80 % der pro Jahr behandelten Patienten (Jahreskontaktgruppe) bedurften keiner Überweisung. Die Antwortquote betrug 55 %; d.h. auf 100 Überweisungen kamen 55 Arztbriefe. Unter Berücksichtigung der primären Inanspruchnahme von Gebietsärzten fehlt bei 47,4 % aller Patienten bzw. 45 % aller Versicherten ganz oder teilweise die verantwortliche Integration ihrer Befunde und die Koordination ihrer Therapie durch den Hausarzt. Dies birgt Gefahren und Risiken für Patienten- und Arzneimittelsicherheit sowie den nachhaltigen Umgang mit begrenzten Ressourcen.

Es ist daher an der Zeit, dass die gesetzlichen Vorgaben des § 76 SGB V mit Leben erfüllt werden und alle Versicherten frei ihren Hausarzt wählen, dies jedoch nicht als Freiheit missverstanden wird, keinen Hausarzt zu wählen.

## Abstract

Free choice of doctors, patient-doctor-relationship and communication between family practitioner and specialist appear to be relevant aspects of professional communication as more than twenty years as family practitioner in a rural area may prove. Thus this study is to assess whether the current legal regulations as well as the current referral and reporting behaviour ensure necessary professional communication.

The social and legal framework conditions of free choice of doctors are demonstrated by demographic data, legal regulations, current statistical projections and literature. The patient-doctor-relationship is described in the context of cultural history and the anthropology of relationship.

Literature research and an analysis of all referrals (n= 5.427) and reports (n= 2.984) and additional communications of the own practise from 2010 to 2012 (cases n= 9.666) was conducted as a cross sectional study and interrelated with regional and national data.

Most frequent (16.1 % of all referrals) were referrals to internal medicine (gastroenterology, cardiology, pneumonology and nephrology). The referral ratio was 56.1 %. Referrals got 19.6 % of the patients; i.e. 80 % of the treated patients (consolidated yearly contact groups) did not require any referral. The responding ratio was 55 %; i.e. 100 referrals were answered by 55 reports. Taking into account primary consultation of specialists it appears that 47.4 % of all patients, respectively 45 % of all persons insured fully or partly lack the responsible integration of their medical results and the coordination of their therapy by the family practitioner. This involves risks for patient and drug safety as well as for sustainable dealing with limited resources.

Obviously it is time to animate and vitalize the legal requirements thus all patients do freely choose their family practitioner, not misunderstanding their freedom of choice as freedom not to choose a family practitioner.

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Kennzahlen der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 2000 – 2050	18
Tabelle 2	Hausärztliche Versorgungsgrade nach Planungsbereichen (Beschluss des Landesausschusses vom 04.06.2013)	80
Tabelle 3	Ambulante ärztliche Versorgung im Kreis Nordfriesland	85
Tabelle 4	Gebietsärzte sowie Psychologen und ihr Anteil an der ambulanten Versorgung im Kreis Nordfriesland	86
Tabelle 5	Hausärzte und ihr Anteil an der ambulanten Versorgung im Kreis Nordfriesland	87
Tabelle 6	Niedergelassene Gebietsärzte im Kreis Nordfriesland nach Fachrichtung	88
Tabelle 7	Alters- und Geschlechtsverteilung in Prozent der Patienten	100
Tabelle 8	Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2010	102
Tabelle 9	Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2011	104
Tabelle 10	Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2012	106
Tabelle 11	Übersicht der Überweisungen nach Fachrichtung und Häufigkeit 2010 – 2012	108
Tabelle 12	Übersicht kommunikativer Bezüge 2010	112
Tabelle 13	Übersicht kommunikativer Bezüge 2011	115
Tabelle 14	Übersicht kommunikativer Bezüge 2012	116
Tabelle 15	Übersicht kommunikativer Bezüge 2010 – 2012	117
Tabelle 16	Primäre Gebietsärztinanspruchnahme ohne Hausarztkontakt im Jahr 2010	118
Tabelle 17	Primäre Gebietsärztinanspruchnahme (d.h. ohne Überweisung) bei Hausarztkontakt im Jahr 2010	119
Tabelle 18	Verteilung der Gesamtausgaben der GKV von 2010 – 2012	122
Tabelle 19	Ausgewählte Leistungsausgaben der GKV 2010 – 2012	122
Tabelle 20	Anteil der PRISCUS-Wirkstoffe von 2010 – 2012	125

## 6 Literaturverzeichnis

- 1 Adler R, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Theoretische Konzepte und klinische Praxis.- München (Elsevier Urban & Fischer) <sup>7</sup>2011.
- 2 AFP: Deutsche gehen im Schnitt 18 Mal im Jahr zum Arzt. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35067/Studie-Deutsche-gehen-im-Schnitt-18-Mal-im-Jahr-zum-Arzt>.
- 3 Asklepios Nordseeklinik: Unsere Klinik. [http://www.asklepios.com/Sylt-Ueber\\_uns.Asklepios?ActiveID=21507](http://www.asklepios.com/Sylt-Ueber_uns.Asklepios?ActiveID=21507).
- 4 Atherton H, Sawmynaden P, Meyer B, Car J: Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. CD007981. DOI: 10.1002/14651858.CD007981.pub2.
- 5 Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J: Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11, Art. No. CD007978. DOI: 10.1002/14651858.CD007978.pub2.
- 6 Balint, M: The Doctor, His Patient and The Illness. – London <sup>1</sup>1957. Zit. nach Millenium Reprint (MR) <sup>2</sup>1963. – London (Churchill Livingstone) 2000. – In dt. Übersetzung (dt.): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.- Stuttgart (J.G. Cotta'sche Buchhandlung 1966) <sup>11</sup>2010.
- 7 Balint M: The Basic Fault – Therapeutic Aspects of Regression. – London (Tavistock Publications) 1968.
- 8 Balint M: Therapeutische Aspekte der Regression – Die Theorie der Grundstörung.- Stuttgart (J. G. Cotta'sche Buchhandlung 1970) <sup>4</sup>2012.
- 9 Bauer AW: Das Trilemma der modernen Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst. In: Engelhardt D v, Loewenich V v, Simon A (Hrsg.): Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität.- Münster (Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Frankfurt 2000) 2001.
- 10 Begenau J, Schubert C, Vogd W. (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung.- Stuttgart (Kohlhammer Verlag) 2010.
- 11 Berghoff E: Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes. – Wien (W. Maudrich) 1947. (Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin Bd. 1).
- 12 Beske F, Hallauer JF: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung.- Köln (deutscher Ärzte-Verlag) <sup>3</sup>1999.

- 13 Beske F, Drabinski T, Wolf JH: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung – Standpunkte und Perspektiven.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 94) 2002.
- 14 Beske F, Drabinski T, Golbach U: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern – Band I Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen; Band II Geldleistungen.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 104) 2005.
- 15 Beske F, Becker E, Katalinic A, Krauss C, Pritzkeleit R: Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 108) 2007.
- 16 Beske F, Krauss C: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 118) 2010.
- 17 Beske F, Brix F: Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Wandel durch Priorisierung und Rationierung – Begründung und Vorschläge.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 121) 2011.
- 18 Beske F, Brix F: Es bleibt dabei: Altersabhängige Ausgabensteigerung, weniger Beiträge und medizinischer Fortschritt gefährden die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arzt und Krankenhaus, Heft 1/2012.
- 19 Beske F, Brix F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R: Versorgungsprognose 2060 – Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger.- Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 123) 2012.
- 20 Bircher-Benner M: Vom Werden des neuen Arztes.- Bern (Hans Huber) <sup>4</sup>1963.
- 21 BMG: Daten des Gesundheitswesens 2012.  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf).
- 22 BMG: Pressemitteilung Nr. 75, Berlin, 09. November 2012;  
<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/bundestag-ende-der-praxisgebuehr.html>.
- 23 BMG / BMJ: Patientenrechte werden greifbar. Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Justiz, Berlin, 16.01.2012.  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_01/120116\\_PM\\_BMG\\_BMJ\\_Patientenrechte\\_werden\\_greifbar.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120116_PM_BMG_BMJ_Patientenrechte_werden_greifbar.pdf).
- 24 BMG: Daten des Gesundheitswesens 2012. 9.6 und 9.6A.  
[http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf)

- 25 BMG: Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen. KF12Bund. Stand: März 2013.[http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/ Downloads/GKV/Kenn-zahlen\\_Daten/Kennzahlen\\_und\\_Faustformeln\\_GKV\\_2001-2012\\_130320.pdf](http://www.bmg.de/fileadmin/dateien/Downloads/GKV/Kenn-zahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2001-2012_130320.pdf)
- 26 Bösner S, Träger S, Hirsch O, Becker A, Ilhan M, Baum E, Donner-Banzhoff, N: Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und –motiven. *Z Allg Med* 2011; 87(9): 371-377. DOI 10.3238/zfa.2011.0371.
- 27 Boyle S: United Kingdom (England): Health system review, *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1): 1-486.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf).
- 28 Buber M: Urdistanz und Beziehung. Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie.- Heidelberg (Lambert Schneider 1951) <sup>4</sup>1978.
- 29 Buber M: Das dialogische Prinzip.- Gütersloh (Lambert Schneider/Gütersloher Verlagshaus 1986) <sup>9</sup>2002.
- 30 Büchner F: Der Mensch in der modernen Medizin.-Freiburg (Herder) 1985.
- 31 Büchner RW: Für eine Ethik und humane Praxis der Ent-Täuschung in Politik, Medizin und Theologie. In: Kammholz K, Kiene H, Neubert-Stegemann R, Ulrich G: solo verbo – Festschrift für Bischof Dr. Hans Christian Knuth.- Kiel (Lutherische Verlagsgesellschaft) 2008.
- 32 Büchner RW: Wettbewerb heilt nicht alle Wunden. Interview. *Nordlicht Aktuell* 2/2008; S. 6-7.
- 33 Büchner RW: Zum Geleit. In: Beske et al.: Gesundheitsversorgung 2050. Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 108) 2007. S. 5-6.
- 34 Burkowitz, J: Effektivität ärztlicher Kooperationsbeziehungen – Aus den Augen, aus dem Sinn...? Empirische Analyse auf der Basis von Patientendaten. Dissertation. Humboldt-Universität Berlin 1999.
- 35 Deutscher Bundestag (Hrsg.): Enquête- Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik.- Berlin (Zur Sache 3) 2002.
- 36 Diakonissenkrankenhaus Flensburg (Ev.-luth. Diakonissenanstalt): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2010.  
<http://www.diako.de/dokumente/krankenhaeuser/qualitaetsmanagement/260100023-00-2010-pdf>.
- 37 Dörner K, Plog U: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. – Bonn (Psychiatrie-Verlag 1978) <sup>5</sup>1984.
- 38 Dörner K: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung.- Stuttgart (Schattauer) <sup>2</sup>2003.

- 39 Doeschel, W: Nutzen des Arztbriefes für die Weiterbehandlung des Patienten. Dissertation. Universität München 1982.
- 40 Draper P, Smith HL: The primary-care practitioner – specialist or jack-of-all trades. *N Engl J Med* 1975 Oct 30; 293(18): 903-7. PMID: 1177988.
- 41 Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M: Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln.*- Köln (Deutscher Ärzte-Verlag) 2005.
- 42 European Observatory on Health Care Systems (WHO Regional Office for Europe): HiT (Health Care Systems in Transition) summary Denmark 2002. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98836/DENsum.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98836/DENsum.pdf).
- 43 European Observatory on Health Care Systems (WHO Regional Office for Europe): HiT (Health Care Systems in Transition) summary Netherlands 2005. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98861/E84949sum.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98861/E84949sum.pdf).
- 44 Fachkliniken Nordfriesland gGmbH (Ev.-luth. Diakonissenanstalt Flensburg): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010. <http://www.fklInf.de/fileadmin/downloads/QMB-FKLNF-2010.pdf>.
- 45 Facharzt.de vom 17.04.2012: Jeder vierte Senior in Schleswig-Holstein erhält potentiell ungeeignete Medikamente. <http://www.facharzt.de/a/a/118909/>.
- 46 Facharzt.de vom 13.02.2013: Ü-Schein-Debatte: Das sagen die Fachärzte. Überweisungsscheine sind sinnvoll. Das sagen auch Fachärzte. Aber bitte nur mit einer klaren Fragestellung. <http://www.facharzt.de/a/a/130126/>.
- 47 Felder S, Zweifel P: Gesundheits- und sozialpolitische Implikationen des Alterungsprozesses. In: Zweifel P, Felder S (Hrsg.): *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses.* – Bern (Haupt Verlag) 1996.
- 48 Felder S: Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie. – Plenumsvortrag auf der Jahrestagung für Sozialpolitik. – Bonn 28.09.2005.
- 49 Felder S: Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar? In: Günster Chr, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): *Versorgungsreport 2012.* – Stuttgart (Schattauer Verlag) 2011.
- 50 Fries JF: Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. In: *N Engl J Med* 1980; 303: 130-135.
- 51 Gahl K: Nachdenken über Wahrheit im ärztlichen Alltag. In: Deter, H.-C. (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin.*- Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 2010.

- 
- 52 Gaissmaier W, Gigerenzer G: When Misinformed Patients Try to Make Informed Health Decisions. In: Gigerenzer und Gray (2011) Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 53 Geisler L: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips. In: Abschlussbericht der Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin vom 14.05.2002, S. 216-220. <http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html>
- 54 Gesellensetter C: Die Annäherung des Freien Arztberufes an das Gewerbe. Eine verfassungs-, sozial- und berufsrechtliche Untersuchung.- Berlin (Duncker & Humblot) 2007.
- 55 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20.2.2013 BGBl I 2013 S. 277. – (PatRechteG).
- 56 Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 57 Gigerenzer G, Gray JAM: I. Health Literacy: Is the Patient the Problem? 1. Launching the Century of the Patient. In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 58 Goethe JW v.: Faust – Der Tragödie erster und zweiter Teil. Vorspiel auf dem Theater. – München (Verlag C.H. Beck) 1986.
- 59 Gröber-Grätz D, Gulich M: Überweisungsverhalten von Ärzten: Fachärzte überweisen häufiger. Dtsch Arztebl 2010; 107(37): A-1742 / B-1540 / C-1520.
- 60 Grosse CJ: Die freie Arztwahl bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen.- Berlin (Schall & Grund) 1896.
- 61 Härter M, Simon D: Do Patients Want Shared Decision Making and How Is This Measured? In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 62 Hertwig R, Buchan H, Davis DA, Gaissmaier W, Härter M, Kolpatzik K, Légaré F, Schmacke N, Wormer H: How Will Health Care Professionals and Patients Work Together 2020? A Manifesto for Change. In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020. – Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 63 Hippokrates: Der Eid des Hippokrates  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Eid\\_des\\_Hippokrates](http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates).

- 64 Holt S, Schmiedl S, Thürmann P: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31-32): 543-51. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.
- 65 Jaspers K: Die geistige Situation der Zeit.- Berlin (Walter de Gruyter <sup>5</sup>1932, Sammlung Göschen Bd. 1000) 1999.
- 66 Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie.- Berlin (Springer 1923) unv. <sup>9</sup>1973.
- 67 Jaspers K: Der Arzt im technischen Zeitalter.- München (Piper 1986) <sup>2</sup>1999.
- 68 KBV: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2011. <http://www.kbv.de/publikationen/125.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013).
- 69 Klinikum Nordfriesland gGmbH – Klinik Niebüll: Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010. [http://www.klinikum-nf.de/9Qualit/9Quali/PDF/QB\\_Nieb2010.pdf](http://www.klinikum-nf.de/9Qualit/9Quali/PDF/QB_Nieb2010.pdf).
- 70 Klose J, Rehbein I: Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.- Berlin (Wido) 2011.
- 71 Kowarowsky G: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag.- Stuttgart (Kohlhammer Verlag) <sup>2</sup>2011.
- 72 Kreis Nordfriesland: Verzeichnis der Städte, Ämter und Gemeinden des Kreises Nordfriesland. 29.10.2012. <http://www.nordfriesland.de/media/custom/4534901.PDF?1362988671> (zuletzt besucht am 28.04.2013).
- 73 Krusche, G: Der Arztbrief. Probleme zwischen-ärztlicher Kommunikation am Beispiel des internistischen Arztbriefs. Dissertation. Universität München 1976.
- 74 KVSH: Anlage zum Beschluss des Landesausschusses vom 04.06.2013
- 75 KVSH: Mitgliederliste für den Kreis Nordfriesland. Stand: Oktober 2012.
- 76 Latz, L: In welchem Umfang realisiert der Hausarzt die therapeutischen Empfehlungen im Arztbrief von stationär oder ambulant behandelten / untersuchten Patienten. Dissertation. Universität Düsseldorf 1996.
- 77 Laufs A, Kern BR: Handbuch des Arztrechts.- München (Verlag C.H.Beck) <sup>4</sup>2010.
- 78 Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg.): Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009.- München (Springer Verlag) 2010.
- 79 Lévinas E: Totalität und Unendlichkeit.- Freiburg (Alber) 1993.
- 80 Lown B: Die verlorene Kunst des Heilens.- Stuttgart (Schattauer) <sup>2</sup>2008.
- 81 Lukacs G: Die Theorie des Romans. – Berlin (Paul Cassirer) 1920. Neuauflage Bielefeld (WA Band 2 Aisthesis Verlag) 2009.

- 82 [http://de.wikipedia.org/wiki/Georg\\_Luk%C3%A1cs](http://de.wikipedia.org/wiki/Georg_Luk%C3%A1cs).
- 83 Maio G: Heilen als Management? Zum Verlust einer Kultur der verstehenden Sorge in Zeiten der Ökonomie. In: Z Allg Med 2012; 88 (1): 18-23.
- 84 Maio G: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin.- Stuttgart (Schattauer Verlag) 2012.
- 85 Mihm A: Überschuss höher denn je.  
<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenkassenueberschuss-hoehere-denn-je-12092745.html> (zuletzt besucht am 10.06.2013).
- 86 Meyer B, Atherton H, Sawmayden P, Car J: Email for communicating results of diagnostic medical investigations to patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. CD007980. DOI: 10.1002/14651858. CD007980. pub2.
- 87 Müri W (Hrsg.): Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellentexte von Hippokrates bis Galen. München (Artemis Verlag) <sup>5</sup>1986.
- 88 Nöthen M: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik. – Wiesbaden 2011  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaJuli11.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaJuli11.pdf?__blob=publicationFile).
- 89 Nordfriesland Tageblatt: Mangel oder Überversorgung? sh:z Flensburg, Sonnabend/Sonntag, 06./07. April 2013 – Nr. 78, S. 13.
- 90 Nordfriesland Tageblatt: Auf dem Weg zum Land ohne Hausärzte. sh:z Flensburg, Sonnabend/Sonntag, 20./21. April 2013 – Nr. 92, S. 1. Vgl. S. 2 und 6.
- 91 Nordfriesland Tageblatt: Neue Chancen für neue Ärzte. sh:z Flensburg, Donnerstag, 06. Juni 2013 – Nr. 129, S. 1.
- 92 Pappas Y, Atherton H, Sawmynaden P, Car J: Email for clinical communication between healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No. CD007979. DOI: 10.1002/14651858. CD007979.pup2.
- 93 Piterman L, Koritsas S: Part I. General practitioner-specialist relationship. Intern Med J. 2005; 35(7): 430-4. PMID: 15958116.
- 94 Piterman L, Koritsas S: Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J. 2005; 35(8): 491-6.
- 95 Rheinische Post: Ärzte verschreiben millionenfach falschen Medikamenten-Mix. Düsseldorf, 28. Januar 2013 (Ausgabe 19/13, Jahrgang 52). S. A1.
- 96 Riens B, Mangiapane S: Ärztliche Verordnungen von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste – Relevanz und regionale Unterschiede. Berlin (ZI), 31.10.2012. In: Versorgungsatlas.  
[http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/30/PRISCUS\\_Bericht.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/30/PRISCUS_Bericht.pdf).

- 97 Rieser S: GKV-Finzen: Ein verlockender Überschuss. Dtsch Arztebl 2012; 109(8): A-347 / B-303 / C-299.
- 98 Rosemann T, Rüter G, Wensing M, Szecsenyi J: Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt. Naht- oder Bruchstelle? Ergebnisse einer Überweisungsstudie im Raum Marbach/Ludwigsburg (Baden-Württemberg). Dtsch Arztebl 2006; 103(37): A 2387-92.
- 99 RTL Aktuell: AOK-Studie: Ärzte verschreiben millionenfach gefährlichen Medikamente-Mix. 28.01.2013 <http://www.rtl.de/cms/news/rtl-aktuell/aok-studie-aerzte-verschreiben-millionenfach-gefaehrlichen-medikamente-mix-2b24d-51ca-15-1397561.html>.
- 100 Sawmynaden P, Atherton H, Majeed A, Car J: Email for the provision of information on disease prevention and health promotion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No. CD007982. DOI: 10.1002/14651858.CD007982.pub2.
- 101 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westers G, Devillé W, van Ginneken E: The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1): 1-229.
- 102 Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneimittelreport 2012. – Berlin (Springer Verlag) 2012.
- 103 Sostmann, H: Die Bedeutung des Arztbriefes als Kommunikationsmittel zwischen Klinik, Poliklinik, Spezialist und Allgemeinarzt. Dissertation. Universität Marburg 1982.
- 104 Spielberg P: Künftig freie Arztwahl in der EU. Dtsch Arztebl 2011; 108(1-2): A-12 / B-11 / C-11.
- 105 Stern: Viele Medikamente sind für Senioren ungeeignet. <http://www.stern.de/gesundheit/priscus-liste-viele-Medikamente-sind-fuer-senioren-ungeeignet-1591473.html>.
- 106 Stowasser JM, Petschenig M, Skutsch F: Der kleine Stowasser. Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch.- München (Freytag Verlag) 1971.
- 107 SVR: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten.- Bonn 2009. <http://www.svr-gesundheit.de> und <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- 108 Szecsenyi J, Engelhardt N, Wessel M, Bär R, Klein F, Kussmaul P, Leugering L, Meixner M, Kochen M: Eine Methode zur Bestimmung des Denominators in Allgemeinpraxen – Ergebnisse einer Pilotstudie. Gesundheitswesen 1993; 55(1): 32-36.

- 
- 109 Thies-Zajonc S, Köhle M: National Data – Federal Republic of Germany. In: Fleming D (Hrsg.): The European study of referrals from primary to secondary care.- London (The Royal College of General Practitioners) 1992. S. 29-31.
- 110 Thies-Zajonc S, Szecsenyi J, Kochen MM: Einstellungen und empirische Überweisungsdaten westdeutscher Hausärzte. Gesundheitswesen 1993; 55(12): 635-40.
- 111 Thies-Zajonc S, Szecsenyi J, Kochen MM, Köhle M: Patienteninitiative und Überweisungsentscheidung des Hausarztes. Gesundheitswesen 1997; 59(10): 561-565.
- 112 Uexküll T v (Hrsg.), Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke O, Wesiack W (Mit-Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. – München (Urban & Schwarzenberg Verlag 1979) <sup>2</sup>1981.
- 113 Unschuld, PU: Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin.-München (C.H. Beck) <sup>2</sup>2011.
- 114 Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R: The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 28-38.
- 115 Wegwarth O, Gigerenzer G: Statistical Illiteracy in Doctors. In: Gigerenzer G, Gray JAM (Hrsg.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020.- Cambridge (MA)/ London (MIT Press) 2011.
- 116 Wein M: Die Weizsäcker. Geschichte einer deutschen Familie. Stuttgart (DVA) 1988. S. 341-410.
- 117 Weizsäcker V v: Der Arzt und der Kranke.- Frankfurt/M. (Gesammelte Schriften Bd. 5, Suhrkamp) 1987.
- 118 Weizsäcker V v: Diesseits und Jenseits der Medizin.- Stuttgart (Koehler) 1950.
- 119 Weizsäcker V v: Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. – Frankfurt/M. (Gesammelte Schriften Bd. 4 Suhrkamp Verlag) 1997.
- 120 Weizsäcker V v: Fälle und Probleme. Anthropologische Vorlesungen in der medizinischen Klinik.- Stuttgart (Ferdinand Enke) <sup>2</sup>1951.
- 121 Weizsäcker V v: Körpergeschehen und Neurose. - Stuttgart (Ernst Klett) 1947.
- 122 Weizsäcker V v: Stücke einer medizinischen Anthropologie (1927). In: Arzt und Kranker.- Leipzig (Koehler & Amelang) 1941.
- 123 Welt: Arzneimittel können alte Menschen krank machen vom 22.10.2011 <http://www.welt.de/gesundheit/article13674053/Arzneimittel-koennen-alte-Menschen-krank-machen.html>.

- 124 Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G: A study of communication between general practitioners and specialist. Br J Gen Pract. 1990; 40(340): 445-9. PMID: 2271276.
- 125 WIdO: Ältere Menschen erhalten häufig ungeeignete Arzneimittel. Pressemitteilung. Berlin, 03.12.2010. S. 1ff.  
[http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_pressemitteilungen/wido\\_arz\\_pm\\_priscus\\_1210.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_arz_pm_priscus_1210.pdf).
- 126 Zentner A, Velasco Garrido M, Busse, R: Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Gesundheitswesen 2010; 72(8/09): e38-e44. DOI: 10.1055/s-0029-1234126.
- 127 ZI: Versorgungsatlas. <http://versorgungsatlas.de>.
- 128 ZI: ZI-Praxis-Panel. Jahresbericht 2010. – Berlin, März 2012. 1. Jahrgang. <http://www.zi-pp.de>.
- 129 ZI: Rx-Trendbericht. PRISCUS-Liste. <http://www.zi.de/cms/rx-trendbericht/priscus-liste/>.
- 130 Zöller W: Breiter Konsens für geplantes Patientenrechtegesetz. In: KBV-Kontakt vom 30.06.2011. <http://www.kbv.de/37406.html>.
- 131 Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S: Interprofessional collaboration: effects on practise-based interventions on professional practise and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No. CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.
- 132 Zybowski P: Rezensionen- und Rezeptionsgeschichte zu ‚Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen‘ von Viktor von Weizsäcker.- Dissertation. Universität Berlin (Charité) 2008. [www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000005126/Zybowski.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000005126/Zybowski.pdf); Jsessionid=67C43 EB9730B49B8790D0DF83BCB1161?hosts.

## Internet-Recherche

<http://www.arztwiki.de>.

<http://www.degam.de>.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

<http://scholar.google.de>.

<http://wikipedia.org>

## Danksagung

Dank gilt meinen Eltern Emma und Herbert Büchner, die mich stets ermutigt haben zu fragen.

Dank gilt meiner Frau Marlene, unseren Kindern und Enkeln, die in den vergangenen zweieinhalb Jahren meine Rückzugstendenzen und manche Geistesabwesenheit in Liebe ertragen haben.

Dank gilt den Patienten in der Praxis, die diese Untersuchung erst ermöglicht haben.

Dank gilt den Mitarbeiterinnen in der Praxis, die mich unterstützt und entlastet haben.

Dank gilt allen, die diese Arbeit im fachlichen Austausch angeregt und gefördert haben, insbesondere dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung für seine Unterstützung.

Dank gilt Birgit Nissen für ihre Hilfe beim Layout.

Dank gilt auch den Orten, an denen ich lesen und schreiben durfte:

Langeneß und Lykkeilig, Gålå und Garmisch, Vogelhallig und Venedig...

Dank gilt schließlich und vor allem und allen Herrn Prof. Dr. Fritz Beske, MPH, der die Arbeit in der ihm eigenen Umsicht, Klarheit, Präzision und zugewandten Menschlichkeit angeregt, gefördert und betreut hat.

Ralf Wilhelm Büchner

Vogelhallig, 15. Juni 2013



## Lebenslauf

### Ralf Wilhelm Büchner

- 1958 Geboren in Ludwigsburg (Württemberg)
- 1977 Abitur am Friedrich-Schiller-Gymnasium in Marbach am Neckar
- 1977 – 1978 Studium generale am Leibniz Kolleg in Tübingen
- 1978 – 1980 Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen
- 1980 – 1984 Medizinstudium an der Universität Hamburg
- 1983 Elective Period St. Thomas' Hospital / St. Thomas' Medical School in London
- 1984 Praktisches Jahr  
Innere Medizin und Chirurgie – Krankenhaus Reinbek / St. Adolf Stift  
Pädiatrie – Altonaer Kinderkrankenhaus
- 1984 Approbation in Hamburg
- 1977 – 1984 Stipendium der Studienstiftung des Deutschen Volkes
- 1984 – 1990 Dozententätigkeit beim Berufsförderungswerk (BFW) gGmbH in Hamburg  
Klinische Weiterbildung Städtische Krankenanstalten Flensburg  
Klinik Ost und Klinik Süd / Supervision
- 1990 Niederlassung als Prakt. Arzt in Klanxbüll
- ab 1993 Engagement in ärztlichen Verbänden und Körperschaften
- 1999 Klinische Diabetologie (DDG)
- 1999 – 2000 Ärztliches Qualitätsmanagement (BÄK) und EFQM-Assessorenausbildung
- 2000 Facharzt für Allgemeinmedizin  
Weiterbildungsbefugnis (36 Monate) im Fach Allgemeinmedizin  
Wahl in die Kammerversammlung und den Vorstand der ÄKSH  
Wahl zum Vorsitzenden des NAV- Virchow Bundes Schleswig-Holstein
- 2005-2008 Stv. Vorsitzender und Vorsitzender der KVSH
- 2011-2013 Dissertation am Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF) Kiel
- 2013 Wahl in die Kirchenleitung der Ev.-luth. Kirche in Norddeutschland

**Publikationsliste**

Pflicht zur Versicherung statt Versicherungspflicht. Nordlicht Aktuell (NL) 8/2002; S. 13

Editorial. NL 2/2005; S. 3

Kassengebühr: Inkasso-Service zum 0-Tarif. NL 2/2005; S. 19

Treffen der Diabetes-Qualitätszirkel-Moderatoren. DMP wichtig zur Sicherung regionaler Versorgungsstrukturen. NL 3/2005; S. 11

Sicherstellungsprobleme im organisierten Notdienst? NL 3/2005; S. 11

EBM: Ein Berliner Marathon. NL 3/2005; S. 19

DMP-Datenkrimi. Teil I. NL 4/2005; S. 7

EBM & HVM: 5,11 Cent! Einige praktische und strategische Überlegungen gegen Begriffsnebel und für Versorgungs- und Honorarklarheit. NL 4/2005; S. 14-15

Editorial. NL 5/2005; S. 3

DMP-Datenkrimi. Teil II. NL 5/2005; S. 7

LKK und KVSH vereinbaren Präventionsoffensive. NL 6/2005; S. 22-23

Büchner RW, Maisch M: Versorgung „aus einem Guss“- DMP bei Sozialhilfeempfängern und den so genannten sonstigen Kostenträgern? NL 7/2005; S. 12-14

Editorial. NL 8/2005; S. 3

Wirtschaftlichkeitsprüfung: KVSH klagt gegen Beschwerdeausschuss. NL 8/2005; S. 8

QEP: Qualität und Entwicklung in Praxen. NL 8/2005; S. 9

Zwei-Klassen-Medizin – unumkehrbar? Wie einheitlich muss und wie vielfältig darf medizinische Versorgung sein? NL 8/2005; S. 10-12

Editorial. NL 11/2005; S. 3

Die Not mit dem Dienst. Neustrukturierung des organisierten Notdienstes. NL 2/2006; S. 10-11

Editorial. NL 3/2006; S. 3

Nutzen und Notwendigkeit ärztlichen Protest. NL 4/2006; S. 16-17

KBV demonstriert Einigkeit und unterstützt die Protestbewegung. Einstimmiger Beschluss der Vertreterversammlung in Magdeburg zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter dem Dach einer gemeinsamen KV. NL 4/2006; S. 18-19

Editorial. NL 5/2006; S. 3

Borck S, Büchner RW: Menschlichkeit stärken – unser Gesundheitswesen vor dem Kollaps bewahren! Entwurf des Ausschusses für Gesundheitsethik der Kirchenleitung der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche zur aktuellen Reformdebatte. NL 6/2006; S. 10-11

Editorial. NL 8/2006; S. 3

Janusköpfige KV. NL 1/2007; S. 2

Editorial. NL 1/2007; S. 3

Editorial. NL 4/2007; S. 3

Brave New WSG-World. Der Patient stört in der Wellness-Tarifwelt für die Jungen und Schönen. NL 4/2007; S. 20-22

Gestalten statt Verwalten: Erste Erfahrungen mit der neuen Notdienststruktur in Schleswig-Holstein. NL 6/2007; S. 6-9

Elektronische Gesundheitskarte (eCard): Zeit zum Ausstieg? NL 6/2007; S. 15

KVSH vor neuen Herausforderungen. NL 6/2007; S. 36

Editorial. NL 7/2007; S. 3

Die KV arbeitet erfolgreich: 1. In Service, Struktur und Verträgen! 2. In Kommunikation und Politik! 3. In der Reform des KV-/KBV-Systems! Brief an die Abgeordneten. NL 7/2007; S. 13-14

I have a dream. Statement. NL 9/2007; S. 6

Editorial. NL 10/2007; S. 3

Editorial. NL 1/2008; S. 3

Packenius M, Büchner, RW: Richtgrößen bis zu 7,5 Prozent höher. NL 1/2008; S. 20-21

Wettbewerb heilt nicht alle Wunden. Interview. NL 2/2008; S. 6-7

Freiheitskampf oder Südstaaten-Separatismus? Kommentar. NL 2/2008; S. 14

Für eine Ethik und humane Praxis der Ent-Täuschung in Politik, Medizin und Theologie. In: Kammholz K, Kiene H, Neubert-Stegemann R, Ulrich, G (Hrsg.): solo verbo. Festschrift für Bischof Dr. Hans Christian Knuth. Kiel (Lutherische Verlagsgesellschaft) 2008. S. 379-396

Beske F, Bartmann FJ, Büchner RW, Froese P, Knüpper P, Thamer U: Gesundheitspolitische Agenda 2009. Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen. – Ein Handlungskonzept – Kiel (IGSF-Schriftenreihe Bd. 112) 2009.

**Mitgliedschaften**

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)

Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG)

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin (DFR)

Hausärzteverband (HÄV)

NAV-Virchow-Bund (NAV)

Hartmannbund (HB)