



© IGOST

„Namhafte Politiker können der Bevölkerung das angebliche Phänomen der Zwei-Klassen-Medizin nicht erklären.“

Dr. med. Fritjof Bock
Präsident der IGOST

Schmerzspitzen

Zwei-Klassen-Medizin: Wo des Pudels Kern wirklich liegt

Seit der Bundestagswahl im September 2017 gibt es keinen Tag, an dem nicht ein Politiker welcher Couleur auch immer das Wort Zwei-Klassen-Medizin in den Mund nimmt. Diesem Phänomen wollte ich nachgehen. Zum einen habe ich an den Universitäten und Fakultäten der Humanmedizin in Deutschland recherchiert – in keiner Universität konnte ich mich für den Studiengang „Medizin 1. Klasse“ oder Medizin 2. Klasse“ einschreiben. Mir wurde klar, dass dazu kein Studienfach existiert; schließlich gibt es doch nur eine Biologie und einen Menschen, somit kann es auch nur eine Medizin geben.

Das Phänomen der Zwei-Klassen-Medizin muss also andere als wissenschaftliche Ursachen haben. Namhafte Politiker, die für die nächsten vier Jahre Verantwortung übernehmen wollen, können dieses Phänomen der Bevölkerung jedoch nicht erklären. Ein Ausweg wird in der sogenannten Bürgerversicherung gesucht, wobei keiner darlegen kann, was denn genau der Inhalt einer solchen Versicherung sein soll.

Nach meiner eigenen Recherche muss es hier andere Zusammenhänge geben: Jeder in Deutschland niedergelassene Arzt kennt das mengenbegrenzende System namens Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), das durch das Sozialgesetzbuch V sanktioniert wurde. Diese mengenbegrenzenden Maßnahmen wie Budget, Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) und weitere gängelnde Maßnahmen bedeuten eine in allen Ebenen durchgeführte Begrenzung des Arbeitsvolumens des einzelnen niedergelassenen Arztes in seiner Praxis. Auf der anderen Seite schreibt genau dieses Sozialgesetzbuch vor, wie viele Wochenarbeitsstunden beziehungsweise welche Präsenz der Sicherstellungsauftrag von jedem Arzt ver-

langt. Diese Vorgaben stehen diametral gegeneinander.

Für den Einzelnen bedeutet dies, dass er sein Arbeitsvolumen auf die ihm zur Verfügung stehende Zeit des Quartals verteilen muss. Das Strecken des Arbeitsvolumens macht im allgemeinen Arbeitstag deutliche Lücken auf. Diese werden durch Patienten besetzt, die nicht dem mengenbegrenzenden System unterliegen und allgemein als Selbstzahler oder Privatpatienten bezeichnet werden.

Die Anzahl der Selbstzahler liegt in Deutschland bei circa 10–11 %, jedem der Mathematik einigermaßen aufgeschlossenen Schüler ist damit klar, dass diese geringe Prozentzahl unmöglich dem restlichen 80–90 % der Patienten die Termine wegnehmen kann. Die Ursache liegt daher in dem oben geschilderten Zwangskorsett der Volumenbegrenzung im Vertragsarztwesen. Eine geplante Verlängerung der Wochenarbeitszeit bei gleichbleibendem Volumen führt lediglich zu einer Verlangsamung des Arbeitstaktes, jedoch in keinem Fall zu einer verbesserten Versorgung. Daher kann nicht eine neue Versicherungsform das Problem lösen, sondern nur der Wegfall der arbeitseinschränkende Maßnahmen.

So bleibt am Ende nur zu hoffen, dass die Politiker sich des Sachverstandes der Ärzte bemächtigen und in einem gemeinsamen Konsens in den kommenden Jahren eine Lösung des Problems suchen. Die in der letzten Legislaturperiode beschlossenen Terminservicestellen taugen hierfür jedenfalls nicht.

So long