

## **Können Behandlungszentren herkömmliche Arztpraxen ersetzen?**

Zentren, in denen verschiedene Fachärzte in unmittelbarer Nähe für den Patienten schnell erreichbar sind, gibt es seit Jahren bei der Bundeswehr. Praxiseinrichtungen können gemeinsam genutzt und somit besser ausgelastet werden. Der Patient hat kurze Wege, Ärzte können sich schnell und vor allem im direkten Gespräch über einen gemeinsamen Patienten austauschen. Ebenso ist es sehr leicht, in manchen Fällen auf informellem Wege einen Fachkollegen zu einer spezifischen Fragestellung zu Rate zu ziehen. Soweit die Theorie.

Auch im Facharztzentrum muß der einzelne Arzt rentabel arbeiten, also weitgehend ausgelastet sein. Das bringt es zum Einen mit sich, daß der Anteil der einzelnen Fachgruppen in der Kollegialität des Zentrums einem Verhältnis zu den Anteilen der anderen entsprechen muß, wie es sich am "freien", nur durch die Standesvertretungen teilregulierten, Markt, als zweckmäßig gezeigt hat. Bestünde ein solches fiktives Zentrum beispielsweise aus drei Allgemeinmedizinern, einem Internisten, einem Dermatologen, einem Orthopäden, einem Zahnarzt, einem Kinderarzt und einem Neurologen, so dürften die Gebietsspezialisten meistens Däumchen drehen und am Hungertuch nagen. Schließlich erhalten die Spezialisten ihre Klientel meist aus einem Raum, der hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Versorgung von einem Vielfachen an Arztpraxen abgedeckt wird. Aber auch die Allgemeinmediziner wären nicht überbeschäftigt, denn ein solches Konglomerat wäre nur durch Ausdünnen des bisher flächendeckenden Versorgungsnetzes zu erreichen. Heißt: in weiten Bereichen bestünde Ärztemangel, niedergelassene Ärzte zur Versorgung stünden in dringenden Fällen nicht rechtzeitig zur Verfügung, der Weg für die Patienten wäre länger, es würden mehr Hausbesuche nachgefragt. Und dabei ist dann der einzelne Arzt doch wieder alleine.

Ist aber im Facharztzentrum der einzelne Arzt ausgelastet, so kann er nicht wiederholt zu informellen Konsultationen seine Arbeit unterbrechen.

Der Patientenstrom, das Zusammenwirken, der Informationsfluß und die Nutzung gemeinsamer Einrichtungen müssen geleitet werden. Das aber verlangt eine Organisation, die alle Teile des Ärzteentrums umfaßt. Weiters müssen alle Tätigkeiten ständig dem Bedarf entsprechend disponiert werden. Hierzu ist eine Person nötig, die neben ausgeprägtem Talent hierzu gründliche Ausbildung und tiefes Sachverständnis und ausgiebige Erfahrung in verschiedenen medizinischen Bereichen besitzt. Vor allem aber benötigt diese Person Organisationstalent und kaufmännisches Gespür. Nur wenn in der Disposition der Gesamtablauf Vorrang vor dem Einzelinteresse erhält, kann das Funktionieren der Zusammenarbeit sichergestellt werden. Personal, das diese Anforderungen erfüllt, ist äußerst selten und würde so teuer, daß man einem Disponenten mehr Gehalt zahlen müßte als dem Facharzt. Die Kosten dieser gemeinsamen Verwaltung aber würden die Einsparungen durch Synergieeffekte aber mindestens kompensieren, wenn nicht übersteigen. Verzichtete man indessen auf das perfekte Funktionieren aller Teile des Behandlungszentrums, entstünden Reibungsverluste, die durch steigende Kosten wieder zu massiven Einkommensverlusten und zum Vertrauensverlust bei den Patienten führen würden. Und eben diesbezüglich liegen uns ja bereits Erfahrungen aus Ballungsräumen vor. Hier wurden zur Notversorgung Gemeinschaftspraxen und integrierte Leitstellen eingerichtet. Während die ärztliche Versorgung getrennt vom Rettungswesen arbeitet, mischte man im Rettungswesen willkürlich Organisationen mit völlig unterschiedlichen Organisationsformen und Einsatztaktiken zusammen. In der Folge kam es sowohl zu Vielfacheinsätzen wegen eines einzelnen Bagatellfalls, als auch zu inakzeptabel langen Wartezeiten bei wirklichen Notfällen. Häufigste Ursache waren Abfrage- und Dispositionsschwächen, in der Regel durch Einsatz von nicht hinlänglichem Personal in den Koordinationsstellen. Auch wenn sich durch entsprechende Bewertung der Statistik die meisten Schwächen vertuschen lassen, so sind sie dennoch vorhanden und eklatant. Aber auch die getrennte Vermittlung der verschiedenen medizinischen Dienste ist für den Bürger zeitraubend und führt bei allen Beteiligten zu Mehrbelastung und Kostensteigerung. Wenn solche Versorgungsmodelle nun nicht einmal bei einer nur zeitweiligen und beschränkten Inanspruchnahme funktionieren, so darf, nein muß man von der Annahme ausgehen, daß sie für das Tagesgeschäft einer Regelversorgung erst recht unbrauchbar sind. Das bisherige flächendeckend eingesetzte bayerische Modell hat sich bewährt. Warum man in Ballungsräumen nun gegen die alte

Regel: "never change a winning team!" verstößt, ist weder aus ökonomischer, noch aus medizinischer und taktischer Sicht nachvollziehbar.

Doch nehmen wir einmal den unwahrscheinlichen Fall an, es gelänge, ein Ärztezentrum perfekt zu organisieren und auch Personal zu finden, daß der Aufgabe der Organisation und sehr anspruchsvollen Disposition gewachsen ist. Nun stellt sich die Frage, welchen Status die im Behandlungszentrum arbeitenden Ärzte haben? Sind sie weisungsabhängige Angestellte wie die Ärzte in einem Krankenhaus? Der Arzt im Krankenhaus hat immer noch ein konkretes Arbeitsziel mit einem gewissen Spielraum der persönlichen Arbeitsgestaltung. Für ihn ist das Abhängigkeitsdasein von vorübergehender Zustand bis zum Karrieresprung oder der Niederlassung. Im Behandlungszentrum sind ständig neue Fälle mit ständig neuen Zielsetzungen abzuarbeiten. Der einzelne Arzt würde also unter denselben Bedingungen zu arbeiten haben wie sein Personal. Das heißt, er hätte selbst kaum noch Gestaltungsspielraum für seine eigene Arbeitseinteilung, als sei er kein Akademiker. Nur daß er als Arzt die weitaus größere Verantwortung trüge. Womit wollte man dem Arzt dies vergüten? Wohl nur mit einem angemessenen Einkommen, das den Verzicht auf Karriere und ein absehbares Ende dieser Abhängigkeit ausgleicht. Selbst wenn man einen Gewinn erzielen könnte, der es ermöglichte, ausreichend vielen Ärzten solche Gehälter zu bezahlen, blieben immer noch die Fragen, wieviele Ärzte sich darauf einlassen würden und wieviele Studenten sich künftig noch für den Beruf des Arztes entscheiden würden? Der andere Fall beließe jedem Arzt die Selbständigkeit und überließe die Organisation des Zentrums dem gemeinsamen Wirken aller beteiligten Ärzte. Da möglicherweise aber auch Menschen diese Ausführung lesen, die die Arbeitsweisen und Charaktere der Akteure in der Medizin nicht kennen, mache ich mir die Mühe, diese "Möglichkeit" kurz anzuleuchten:

Der zeitliche Aufwand allein für die tägliche Disposition betrüge nahezu ebensoviel wie die eigentliche Arbeit am Patienten. Rechnet man hierzu noch den Aufwand für die Dokumentation und Codierung der erbrachten Leistungen, so bliebe dem Arzt allenfalls ein Viertel der täglichen Zeit (wenn er fix ist) für den Patienten übrig. Aber nur diese Zeit bringt ihm Einnahmen. Hinzu kommt, daß eine Mehrzahl von Entscheidungsträgern sich abstimmen, das bedeutet, ausführlich kommunizieren muß. Hierdurch werden Entscheidungen verlangsamt, die Organisation unflexibel, die Disposition nahezu unmöglich gemacht. Der einzelne Entscheidungsträger betrachtet seine eigenen Ziele als essentiell und determinierend und versucht, wenn nicht durch Überzeugung, sie mit Trotz durchzusetzen. Ein Umstand, der die nahezu feudalistisch anmutende Hierarchie in den Krankenhäusern erklärt. Letztlich zeigt sich gerade hier, daß selbst die beste (= flexibelste) Organisation, die ja letzten Endes doch nichts anderes ist, als eine Regulierung, nutzlos bleibt, wenn die Handelnden diese Regel nicht beachten. Dadurch wird dann die Kette des Zusammenwirkens unterbrochen und der Leistungsfluß gerät ins Stocken. So ergibt sich wieder die Frage, welcher Arzt, der sich niederlassen möchte, gerne auf seine selbständige und individuelle Arbeitsgestaltung verzichtet? Selbständigkeit bedeutet aber unbedingt, auch die administrativen Belange des Betriebs selbst zu regeln. Dabei kann die Ausführung Bediensteten überlassen werden. Aber der Betreiber der Praxis (= Arzt) wird sich wohl oder übel selbst mit den ständig anfallenden Entscheidungen zu befassen haben oder sein Weisungsrecht aus der Hand geben. Dann aber müßte er sich selbst den Entscheidungen seines Angestellten unterwerfen, wenn er einen effektiven Produktionsablauf nicht untergraben will.

Nun wird mancher Leser die Frage stellen, wie es denn dann bei der Bundeswehr funktioniert? Ich behaupte nicht, daß es da funktioniere. Aber zum Einen hat die Bundeswehr in ihren gesetzlichen Voraussetzungen andere Möglichkeiten. Laut Vorgesetztenverordnung besitzt der Arzt bei der Bundeswehr wie auch jeder einzelne der Sanitätsdienstgrade einen klar umrissenen Aufgabenbereich mit der dazu gehörenden Befehlsgewalt. Im zivilen Bereich gibt es nur das Weisungsrecht. Verweigert da ein Bediensteter die Ausführung der Weisung, so kann man dies hinnehmen, einmal abmahnen oder im Wiederholungsfall den Verweigerer feuern. Ein Disziplinarsystem existiert nicht. Eben dies ermöglicht aber bei der Bundeswehr die Einhaltung getroffener Regelungen, ohne gleich mit Kanonen auf Spatzen schießen zu müssen. Wesentlich aber ist das Vorliegen klar umrissener Zuständigkeiten bei der Bundeswehr. Diese Zuständigkeiten sind nach Qualifikation und durch Vorschriften mit Anspruch auf Beachtung bestimmt, sie werden nicht in Frage gestellt. Die Auswahl des Personals, der Gerätschaften

und des Verbrauchsmaterials ist zentral geregelt. Der Handelnde vor Ort hat nahezu keinen Einfluß darauf; es gliche einem Kampf gegen Windmühlen, hieran Energie zu wenden. Somit entfallen Entscheidungsinteressen. Vor allem aber hat das Sanitätszentrum der Bundeswehr eine ausgewählte Klientel: Soldaten; also junge und gesunde Menschen. Bei den einzelnen Fällen handelt es sich in der Regel um Bagatellerkrankungen. Somit können Pannen, die durch die zentralistische Struktur, wie wir es ja im Kommunismus gesehen haben, verursacht werden, keinen großen Schaden anrichten. Und wenn doch, erkennt man eben eine Wehrdienstbeschädigung an, versetzt die für schuldig befundenen und der Fall ist erledigt.