

# Späte Termine, keine Zeit für Gespräche

## Wie kann die Behandlung von Herzpatienten verbessert werden?

*Interview mit Prof. Dr. med. Thomas Meinertz und Dr. med. Norbert Smetak, Bundesvorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen*

*Die Fortschritte der Medizin – und gerade der Herzmedizin – in den letzten Jahrzehnten sind eindrucksvoll. So ist die Sterblichkeit am Herzinfarkt in dieser Zeit dramatisch gesunken. Aber damit ist es nicht getan. Es gibt Probleme, die im Interesse der Patienten dringend gelöst werden müssen. Herzpatienten, die auf den Kardiologen angewiesen sind, bekommen oft nicht rechtzeitig Termine. Genau das erleben sie auch bei anderen Fachärzten. Wenn sie dann einen Termin haben, werden sie oft so kurz abgefertigt, dass sie ratlos die Praxis verlassen.*

*Zunächst das Problem der Termine. Jetzt beschäftigt sich schon die Politik damit: Die schwarz-rote Koalition hat versprochen, dass jeder Patient innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Facharzt bekommen soll. Dafür werden zwei Modelle diskutiert: Entweder sollen die KVen (die Kassenärztlichen Vereinigungen) dafür einen Service anbieten oder die Hausärzte sollen per Eilzuweisungen an die Fachärzte für einen schnellen Termin sorgen.*

*Was halten Sie da-von, Dr. Smetak? Als Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK) kennen Sie dieses Problem genau.*

■ **Dr. Smetak:** Wir Kardiologen halten von den

Zwangsmaßnahmen, die da kommen sollen, wenig, denn normalerweise funktioniert das gut mit den Terminen. Die Hausärzte sind meistens mit den Kardiologen eng vernetzt. Wenn sie die Dringlichkeit dem Kardiologen per Fax, Telefon oder E-Mail erklären, dann bekommt der Patient in aller Regel einen zeitnahen Termin.

*Unsere Erfahrung ist anders. Immer wieder wenden sich Patienten an die Herzstiftung, weil sie auch in brenzligen Situationen einen Termin beim Kardiologen nur in Wochen oder Monaten bekommen. So rief neulich bei uns ein 56-jähriger Mann an, ein Kassenpatient, dessen Angina pectoris sich dramatisch verschlechtert hatte. Schon bei geringen Anstrengungen traten Brustschmerzen auf. Ihm wurde in der Praxis seines Kardiologen ein Termin in fünf Wochen gegeben.*

*Da sein Zustand hochgefährlich war, haben wir ihm geraten, sich sofort in die nächste CPU (Chest Pain Unit), die 40 km entfernt war, fahren zu lassen. Dort haben sie ihn dabehalten, er wurde wenige Tage später bypassoperiert.*

■ **Dr. Smetak:** Das Problem mit den Terminen entsteht, wenn Patienten den Kardiologen direkt anrufen. Wir können beim besten Willen nicht jeden Patienten, der glaubt, etwas





*Professor Meinertz im Gespräch mit einem Patienten.*

am Herzen zu haben, ansehen. Da wären die kardiologischen Praxen hoffnungslos überfordert. Wir brauchen den Hausarzt als Lotsen. Er muss entscheiden, ob der Patient kardiologisch untersucht werden muss und ob es ein dringender Fall ist. Deswegen stellt sich die Frage: Hat der Patient, von dem Sie berichten, seinen Hausarzt aufgesucht oder hat er auf eigene Faust versucht, einen Termin zu bekommen?

*Der Patient war bereits mit der Überweisung seines Hausarztes wegen seiner koronaren Herzkrankheit beim Kardiologen in Behandlung. Dann wurde seine Angina instabil. Diese Geschichte ist kein Einzelfall, sondern ein generelles Problem. Deswegen rät Professor Schunkert vom Deutschen Herzzentrum München den Patienten, bei denen die Stärke und Häufigkeit der Angina pectoris steigt: „Wenn Sie keinen Termin am gleichen oder nächsten Tag bekommen – Sie sind ein Notfall – dann warten Sie nicht länger, sondern wenden Sie sich gleich an die nächste CPU (Chest Pain Unit), die an allen Tagen der Woche 24 Stunden zur Verfügung steht.*

*Falls es keine CPU in der Region gibt, dann ist es am besten, die Notaufnahme der nächsten großen internistischen Klinik, die ein Herzkatheterlabor hat, aufzusuchen.“ (HERZ HEUTE 3/2013). Denselben Rat gibt auch Professor Hamm, der zurzeit Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ist.*

■ *Dr. Smetak:* Das widerspricht ja nicht dem, was ich gerade gesagt habe. Wenn der Patient den Eindruck hat, dass das, was der Hausarzt ausrichtet, nicht genügt, und er hat Beschwerden, dann spricht doch gar nichts dagegen, dass er eine Notfalleinrichtung aufsucht. Wir, die niedergelassenen Kardiologen, sind durchaus bereit, flächendeckend *Brustschmerz-Ambulanzen* einzurichten, um der Terminnot zu begegnen. Dieses Projekt verfolgen wir mit Nachdruck. Aber es hapert an der Finanzierung.

*Was versteht man unter einer Brustschmerz-Ambulanz?*

■ *Dr. Smetak:* Eine Brustschmerz-Ambulanz ist von 8 bis 18 Uhr durchgehend geöffnet.

net. Keine Mittagspause, kein freier Mittwoch- oder Freitagnachmittag. Das Besondere an der Brustschmerz-Ambulanz ist, dass der Patient mit Brustschmerzen sich während der Öffnungszeiten ohne Anmeldung, ohne Überweisung des Hausarztes von einem Kardiologen untersuchen lassen kann. Voraussetzung dafür, dass eine Brustschmerz-Ambulanz von der DGK (Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung) anerkannt, d.h. zertifiziert, wird, ist, dass unter anderem 12-Kanal-EKG, Notfalllabor, Echokardiographie, Monitor zur Überwachung des Herzrhythmus zur Verfügung stehen. Eine weitere Voraussetzung ist die Vernetzung der Brustschmerz-Ambulanz mit einer CPU bzw. einer kardiologischen Klinik, damit der Patient mit einem Infarkt oder einer instabilen Angina pectoris so schnell wie möglich dort behandelt werden kann.

*Was halten Sie, Professor Meinertz, von dem Konzept der Brustschmerz-Ambulanz?*

- *Prof. Meinertz:* Dieses Konzept ist sehr zu begrüßen und für die Patienten ein Gewinn. Es bringt einen doppelten Vorteil: Die Schwellenangst wäre geringer als bei der CPU. Noch immer warten Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt viel zu lange, bevor sie sich entschließen, die 112 anzurufen oder sich in eine CPU fahren zu lassen. Wahrscheinlich fällt es ihnen leichter, sich in einer offenen Praxis vorzustellen. Zum anderen könnte die Brustschmerz-Ambulanz die CPUs und kardiologischen Kliniken entlasten, denn bei vielen Patienten stellen sich die Brustschmerzen z.B. als ein orthopädisches Problem heraus. Wenn der Verdacht auf Herzinfarkt ausgeräumt ist, können sie zum Orthopäden überwiesen werden. Der tatsächlich gefährdete Patient wird schnell herausgefiltert. Allerdings muss man bei diesem Projekt erreichen, dass es deutschlandweit eingerichtet wird. Bei den CPUs haben wir die Erfahrung gemacht, dass sie sehr ungleich

verteilt sind. In den Großstädten gibt es häufig genügend. Da wo wir sie bräuchten, z.B. in ländlichen Gebieten und in vielen Städten, da fehlen sie. Bei den Brustschmerz-Ambulanzen muss man daher von Anfang an auf eine flächendeckende bundesweite Verteilung achten.

- *Dr. Smetak:* Die bundesweite Verbreitung ist nur möglich, wenn die Brustschmerz-Ambulanzen finanziert werden, denn es entsteht zusätzlicher Aufwand. Zum Beispiel brauchen die Brustschmerz-Ambulanzen zusätzlich gut ausgebildetes Assistenzpersonal. Das ist teuer. Angebracht wäre z.B. eine Vergütung von etwa 100 Euro für jeden untersuchten Patienten, damit die Brustschmerz-Ambulanz sich finanziell trägt.
- *Prof. Meinertz:* Dass die Extraleistung bezahlt werden muss, ist auch meine Meinung. Eine goldene Nase kann man sich mit 100 Euro pro untersuchten Patienten nicht verdienen. Man kann von den Kardiologen nicht verlangen, dass sie umsonst diese Leistung vollbringen.

*Wie viele Brustschmerz-Ambulanzen gibt es bereits?*

- *Dr. Smetak:* Zurzeit 30. Ein Teil davon ist an Krankenhäuser angebunden.

*Gibt es solche Ambulanzen auch in Sachsen-Anhalt oder in Mecklenburg-Vorpommern, wo die kardiologische Versorgung besonders prekär ist?*

- *Dr. Smetak:* Nein, noch nicht, aber wenn die Finanzierung gesichert ist, werden gerade da Brustschmerz-Ambulanzen entstehen. Die Kardiologen in den versorgungsschwachen Gebieten sind an diesem Projekt sehr interessiert, und wir als Bundesverband wollen, dass Brustschmerz-Ambulanzen gerade in versorgungsschwachen Gebieten etabliert werden, wo die nächste CPU oder kardiologische Klinik oft weit entfernt ist.



*Dr. Smetak bei der Untersuchung eines Herzpatienten.*

*Wie groß sind die Chancen, dass das Modell Brustschmerz-Ambulanz bundesweit realisiert werden kann?*

■ *Dr. Smetak:* Zusammen mit der Herzstiftung haben wir wegen der Finanzierung bereits Gespräche mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geführt und die Brustschmerz-Ambulanz als optimales Modell zur Terminentzerrung vorgestellt. Wir hoffen, damit die Krankenkassen überzeugen zu können.

*Jetzt kommen wir zu dem anderen großen Problem: Die Kardiologen haben zu wenig Zeit für ein wirkliches Gespräch mit den Patienten, was diesen Namen verdient.*

■ *Prof. Meinertz:* Nicht nur die Kardiologen. Bei den anderen Fachärzten besteht dasselbe Problem.

*Ja, sicher gilt allgemein, dass der Arzt-Patienten-Kontakt zu kurz kommt. Oft haben die Ärzte keine Zeit zuzuhören, sie schauen mehr auf den Computer als auf das Gesicht des Patienten, sie erklären den Patienten nicht, was es*

*mit seiner Krankheit auf sich hat und warum er die Medikamente nehmen muss. Das hat fatale Folgen. Wenn ihm z. B. bei Vorhofflimmern ein Gerinnungshemmer verordnet wird, wird der Patient den bald weglassen, wenn er nicht weiß, dass der Gerinnungshemmer ihn vor dem Schlaganfall schützt.*

■ *Dr. Smetak:* Auch uns wäre es viel lieber, wenn wir mehr Zeit für jeden einzelnen Patienten hätten. Ein Grund für die Hektik in den Arztpraxen ist die finanzielle Situation. Der Kardiologe erhält für den Kassenpatienten pro Quartal je nach Region 40 bis 60 Euro. Darin sind die Untersuchungen, z. B. EKG, Echokardiographie, Labor, eingeschlossen. Vergleichen Sie das mal mit der Rechnung, die Ihnen ein Installateur stellt, wenn es aus der Wasserleitung tropft. Wenn der Patient den Kardiologen in einem Quartal mehrfach aufsucht, zahlt der Arzt auf jeden Fall drauf. Viele Praxen können nur existieren, weil sie bei ihren Privatpatienten nach Leistung honoriert werden. Es findet also eine Quersubventionierung von den Privatpatienten zu den Kassenpatienten statt, damit die Praxis finanziert werden kann.

■ *Prof. Meinertz:* Hier ist eine grundlegende Änderung notwendig. Dem Patienten länger zuzuhören und seine Fragen zu beantworten, wird heutzutage zu wenig als Leistung berücksichtigt. Um zu erklären, warum man welches Medikament nehmen sollte, welchen Nutzen, welche Nebenwirkungen es hat, braucht der Doktor Zeit. Und diese Zeit wird ihm nicht honoriert. Schlimm ist, dass im heutigen Praxisalltag nicht auf den Lebensstil eingegangen werden kann, obwohl der in der Herzmedizin die Grundlage jeder Therapie ist. Um den Patienten von einem gesunden Lebensstil zu überzeugen, braucht es viel Zeit.

*Wie lässt sich diese höchst unbefriedigende Situation ändern?*

■ *Prof. Meinertz:* Um das zu erreichen, sollte man das Gespräch mit dem Patienten aus der Pauschale herausnehmen. Das Gespräch sollte extra honoriert werden.

Da es schwer überprüfbar ist, wie lange so ein Gespräch dauert, sollte der Patient im Anschluss an den Arztbesuch bescheinigen, wie lange der Arzt mit ihm über seine Probleme gesprochen hat. So ein Modell gibt es bereits in Frankreich.

■ *Dr. Smetak:* Ja, auch wir sind der Meinung, dass umfassende Information für den Patienten sehr wichtig ist, damit er überhaupt versteht, was auf ihn zukommt und wie er mit seiner Krankheit möglichst gut leben kann. Eine Lebensstiländerung beim Patienten kann nur gelingen, wenn man in aller Ruhe mit ihm darüber spricht. Das Gespräch aus der Pauschale herauszunehmen und

extra zu honorieren, gäbe dem Arzt die Möglichkeit, sich länger dem Patienten und seinen Problemen zuzuwenden.

Die Abrechnung kann man transparent machen, wenn man sie mit Quittungen belegt. Ich denke, das würde auch keinen bürokratischen Riesenaufwand bedeuten.

■ *Prof. Meinertz:* Die Extrahonorierung des Arzt-Patienten-Gesprächs allein wird meiner Meinung nach nicht genügen. Die Ausbildung sollte den Medizinstudenten beibringen, wie sie später als Ärzte auf die Patienten und deren Sorgen eingehen. Das wird in unserem technisch ausgerichteten Medizinstudium bisher sträflich vernachlässigt.

Der bedeutende Kardiologe Bernard Lown hat in seinem Buch *Die verlorene Kunst des Heilens* gefordert, dass der Arzt sich nicht nur über die körperlichen Beschwerden des Patienten genau informieren sollte, sondern auch erfassen muss, „was die Seele eines Patienten in Aufruhr versetzt“ und wie es um die sozioökonomischen Lebensbedingungen steht. Vor kurzem hat Lown in einer vielbeachteten Rede gefordert, dass die Ärzte lernen sollten, den Patienten zuzuhören und sich in sie und ihre Sorgen einzufühlen, um mehr Menschlichkeit in die moderne Medizin zu bringen. Die Etablierung von Brustschmerz-Ambulanzen und die besondere Honorierung von Gesprächen sind in diesem Sinne Schritte in die richtige Richtung.

*Interview: Irene Oswald*

*Eine Liste der CPUs (Chest Pain Units) und BSA (Brustschmerz-Ambulanzen) kann bei der Deutschen Herzstiftung angefordert werden.*