

Editorial

Schluss mit der Makulatur!

Es herrscht Unruhe im Gesundheitswesen. Seit Monaten gehen Heilberufler für ihre und die Rechte ihrer Patienten auf die Straße. Sie demonstrieren bundesweit gegen eine jahrelange Sparpolitik und immer mehr Bürokratie im Gesundheitswesen, die die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten gefährden.


Undurchdachte gesetzliche Regelungen wie das jetzt kürzlich im Bundestag verabschiedete Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz mit der umstrittenen Bonus-Manus-Regelung sind dann der berühmte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt. Die Tatsache, dass der Bundesrat erstmals einem mit Stimmenmehrheit der großen Koalition beschlossenen Gesetz seine Zustimmung verweigert zeigt die Unstimmigkeit über die künftigen Kurs von Schwarz-Rot in der Gesundheitspolitik.

Dass an der angestrebten Strukturreform im Gesundheitswesen kein Weg vorbeiführt, hat auch Bundeskanzlerin Angela Merkel vor kurzem öffentlich bekräftigt. Die für Ende März von Union und SPD angekündigten Entwürfe zu einer Gesundheitsreform werden von einem 2. nationalen Protesttag der Ärzte, beginnend am 24. März, begleitet sein. Auch deshalb wird die Öffentlichkeit ein besonders kritisches Augenmerk auf die Pläne der Regierung haben. Zu hoffen bleibt, dass dieses Mal die strukturellen Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durch weitere reine Kostendämpfungsinstrumente kaschiert werden, sondern ein wirklicher Systemwechsel in der bisherigen Finanzierung der gesellschaftlichen Dynamik in der Versorgung gerecht wird.




Dr. Ulrich Thamer
Vorsitzender der
KV Westfalen-Lippe




Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender der
KV Nordrhein

Inhalt

Ärzteproteste

„Rien ne va plus“

2

IV-Praxisbeispiele

Umfassend statt kleinteilig

4

Leere Kassen

Rationierende Gesundheitspolitik

5

Ärztstatements

„Wir wollen Gerechtigkeit!“

6

Kurznachrichten

Unberechtigter Kasseneingriff

8

Qualitätsbericht in Nordrhein erschienen

8

Clearingstelle für IV-Verträge

8

Projekt zur palliativmedizinischen Versorgung

8

Impressum

8

„Rien ne va plus“

Jahrelange Budgetierungen und immer neue gesetzliche Regelungen durch die Gesundheitspolitik haben das System der ambulanten Versorgung in ein viel zu enges Korsett gepresst. In den Praxen wird zunehmend der Mangel verwaltet, und das bekommen die Patienten immer stärker zu spüren.

Es ist ein Novum in der Geschichte der Bundesrepublik, dass eine so große Zahl von Ärztinnen und Ärzte für ihre und die Rechte ihrer Patienten demonstriert, wie es am 18. Januar bundesweit am „Tag der Ärzte“ der Fall war.

Seit dieser eindrucksvollen Kundgebung mit rund 30.000 Medizinern finden regelmäßig weitere Aktionen statt, und sie werden von einer breiten Basis getragen. Praxen bleiben zu bestimmten Zeiten geschlossen, Ärzte und Praxisteams schwenken auf Demos Transparente und verabschieden Resolutionen. In Essen kamen am 8. Februar über 2.000 Ärzte zusammen, um gegen eine fehlgeleitete Gesundheitspolitik zu demonstrieren. Am politischen Aschermittwoch, dem 1. März, gingen in Westfalen-Lippe 6.000 Ärzte und ihre Mitarbeiter auf die Straße.

Ärzte im Korsett

Doch die Wahrnehmung der Situation durch die Gesundheitspolitiker ist getrübt. Bürokratie und Einkommensver-

luste seien hausgemacht, sie seien ein Koordinations- und Verteilungsproblem der ärztlichen Selbstverwaltung, heißt es aus dem Berliner Gesundheitsministerium. Vor der Realität einer staatlich verordneten schleichenden Rationierung ambulanter Leistungen verschließen die Verantwortlichen die Augen. Tatsache ist jedoch: Die ärztliche Gesamtvergütung ist per Gesetz an die Entwicklung der seit Jahren real sinkenden Grundlohnsumme gekoppelt; bei Überschreitung von Arzneimittel- und Heilmittelbudgets haftet der Arzt persönlich; das Morbiditätsrisiko – die Versorgungslast einer alternden Ge-

Politische Entscheidungen zu Lasten der GKV

Gesetzgebung der Jahre 1989 – 2002

Kumulierte Belastung der GKV bis einschl. 2003: 30,41 Mrd.

Belastung der GKV 2004: 4,63 Mrd.

Jährliche Belastung der GKV ab 2005: 6,13 Mrd.

Versicherungsfremde Leistungen

Kumulierte Belastung der GKV 1991 – 2003: 16,86 Mrd.

Belastung der GKV 2004: 1,64 Mrd.

Belastung der GKV 2005: 1,36 Mrd.

Jährliche Belastung der GKV ab 2006: 0,51 Mrd.

Arbeitsmarktgesetze seit 2002 (u. a. „Hartz I – IV“)

Kumulierte Belastung der GKV bis einschl. 2003: 1,45 Mrd.

Belastung der GKV 2004: 1,62 Mrd.

Belastung der GKV 2005: 2,97 Mrd.

Jährliche Belastung der GKV ab 2006: 3,57 Mrd.

Rentengesetze seit 2002

Belastung der GKV 2004: 0,19 Mrd.

Belastung der GKV 2005: 0,29 Mrd.

Belastung der GKV 2006: 0,27 Mrd.

Jährliche Belastung der GKV ab 2007: 0,41 Mrd.

Quelle: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF), Oktober 2004



sellschaft – liegt allein bei der Ärzteschaft; der gesetzlichen Krankenversicherung wurden in den letzten Jahren zunehmend Ressourcen durch sozialpolitische Verschiebebahnhöfe entzogen.

Zur Stützung der Arzthonorare in den neuen Bundesländern – die seit der Wiedervereinigung auf einem niedrigeren Niveau als in den alten Ländern liegen – transferieren die Westärzte einen Teil ihrer Gesamtvergütung an die Ostkollegen. So notwendig die Solidarität mit den neuen Ländern ist, bedarf sie aber wie bei den Krankenhäusern einer Finanzierung durch die Kostenträger. Keiner anderen Berufsgruppe wird per Gesetz zusätzlich ein interner Solidarausgleich abverlangt, wie es das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ausschließlich für die niedergelassenen Ärzte vorschreibt.

Patienten solidarisch

Viele Patienten zeigen Verständnis für den Unmut ihrer Ärzte. Laut einer repräsentativen Infratest-Umfrage, die vom NAV-Virchow-Bund zu Jahresbeginn in Auftrag gegeben wurde, äußern 81 Prozent der Deutschen Verständnis für die Anliegen der Ärzteschaft. Auch die Medienberichterstattung zollte den Ärzteprotesten ein durchweg positives Echo.

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 19. Januar 2006: „Die Politik schaut dem Praxissterben ruhig zu und wirft der ärztlichen Selbstverwaltung Versagen vor. Sie unterschlägt, dass sie selbst die Gesetze schuf, die die Selbstverwaltung einzwängen.“

Trotz zahlreicher Proteste verabschiedete der Bundestag am 17. Februar das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) und damit die umstrittene Bonus-Malus-Regelung. Auch die Versicherten kritisieren, dass dieses Gesetz das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient erheblich belastet, da es die Rationierung medizinischer Leistungen belohnt. Nach einer repräsentativen Emnid-Umfrage vom Februar dieses Jahres lehnen 64 Prozent der befragten Bürger die Regelung ab.

Praxisalltag

In vielen Praxen sind die Umsätze aus den GKV-Honoraren nicht mehr kostendeckend. Knapp ein Drittel der medizinischen Leistungen werden im ambu-

lantem Sektor als Folge individueller Honorarbudgets nicht mehr bezahlt. Besonders junge Mediziner, die hohe Beträge in eine moderne und leistungsfähige Praxis investiert haben, geraten schnell in eine wirtschaftliche Schieflage – und das trotz voller Wartezimmer und überdurchschnittlicher Fallzahlen.

Allein in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe gab es in den letzten fünf Monaten 60 Praxen im Insolvenzverfahren. 24 dieser Praxen sind mittlerweile geschlossen worden. Die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt sehr deutlich, dass das verfügbare Einkommen bei einem Drittel der Vertragsärzte kein angemessenes Äquivalent aus vertragsärztlicher Tätigkeit mehr darstellt. Diese Bewertung erfolgte insbesondere vor dem Hintergrund des unternehmerischen Risikos freiberuflicher Arztpraxen sowie der aufgewendeten Arbeitszeit des Praxisinhabers.



Allein in Dortmund gingen am 1. März, dem politischen Aschermittwoch, mehr als 3000 Ärzte und Praxispersonal auf die Straße, um gegen die Auswirkungen einer fehlgeleiteten Gesundheitspolitik zu demonstrieren.

Verursacher der Bürokratie ist zumeist die Politik selbst.

Ambulante Versorgung der Zukunft

Welche möglichen Perspektiven eröffnen sich für eine qualitativ gute ambulante vertragsärztliche Versorgung der Patienten mit Blick auf die nächsten zehn Jahre? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVen haben den Blick in die Glaskugel gewagt und auf der KBV-Vertreterversammlung zu Beginn dieses Jahres ein Szenario entworfen. Die ärztliche Selbstverwaltung plädiert für eine moderne und flexible Ausgestaltung der Versorgung und ein Höchstmaß an Service für Patienten und Vertragsärzte. Die Bürokratie ist auf ein Minimum reduziert und anhand der Telematik-Plattform einfacher zu handhaben. Es gibt die „Ein-Formular-Praxis“. Die KVen haben jederzeit erreichbare „Kunden-Center“ eingerichtet. Jedem Vertragsarzt ist ein „Kundenbetreuer“ zugeordnet, der ihm von Beginn seiner Niederlassung an während seiner ganzen Praxistätigkeit zur Seite steht.

Die freie Arztwahl für den Patienten existiert weiter; in der hausarztzentrierten Versorgung werden alternative Vertragsformen angeboten. Der Hausarzt ist in der

Einkommen von Vertragsärzten

Je nach Fachgruppe liegt das monatlich verfügbare Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit

- im unteren Drittel der Vertragsärzte für die alten Bundesländer zwischen 1.235 Euro und 2.244 Euro für die neuen Bundesländer zwischen 913 Euro und 2.058 Euro
- im mittleren Drittel für die alten Bundesländer zwischen 2.276 Euro und 3.497 Euro für die neuen Bundesländer zwischen 2.287 Euro und 3.564 Euro
- im oberen Drittel für die alten Bundesländer zwischen 3.850 Euro und 5.468 Euro für die neuen Bundesländer zwischen 3.954 Euro und 5.876 Euro

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin

Frustriert sind viele Ärztinnen und Ärzte auch durch die ausufernde Bürokratie, die ihnen immer weniger Zeit lässt, sich um die Patienten zu kümmern. Seit 1977 hat der Gesetzgeber 50 neue Gesetze mit mehr als 7000 Einzelbestimmungen für den Bereich der ambulanten Versorgung beschlossen.

Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig, seltener im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Er ist primär freiberuflich tätig, hat Ärzte angestellt und kann in unterversorgten Gebieten weitere Praxisstandorte – auch mit anderen vertragsärztlichen Kollegen – unterhalten.

Der wohnortnah tätige Facharzt ist in der Gemeinschaftspraxis oder im MVZ tätig. Er nimmt auf Überweisung oder durch direkten Zugang in Kooperation mit dem Hausarzt die weitergehende Diagnostik des Patienten vor. Auch er kann an mehreren Orten gleichzeitig tätig werden und in Teilgemeinschaftspraxen spezialisierte Leistungen anbieten. Die spezialisierten Fachärzte haben sich in MVZ oder Ärztehäusern in der Nähe der Krankenhäuser gruppiert. Sie arbeiten mit den Hausärzten und weniger spezialisierten Fachärzten in gleicher Weise wie mit dem Krankenhaus zusammen.

Budgets und Umsatz

Seit 1989 sind die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen vom Gesetzgeber budgetiert. Sie dürfen nur um einen gesetzlich festgelegten Betrag wachsen, und das ist maximal der Prozentsatz, um den auch die so genannte Grundlohnsumme wächst. Sinkt oder stagniert sie, gilt dies auch für die Gesamtvergütung. Diese Budgetierung hat der Gesetzgeber eingeführt, um die Beitragssätze der Krankenkassen möglichst stabil zu halten.

Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten hat in der KV Nordrhein z. B. vom 1. Quartal 1996 bis zum 1. Quartal 2005 um 21,5 Prozent zugenommen. Der Gesamtumsatz stieg in dieser Zeit um 13,3 Prozent. Der Umsatz des einzelnen Arztes und Psychotherapeuten ist jedoch durch die stetig steigenden Lebenshaltungskosten bereinigt, sogar um real 6,7 Prozent gesunken.

95 Prozent der GKV-Patienten behandelt der Arzt im Kollektivvertrag. Die übrigen fünf Prozent werden in besonderen Vertragsformen versorgt, für deren Abwicklung die Kassenärztliche Vereinigung zuständig ist. Auf der Grundlage des Kollektivvertrages sind sektorenübergreifende Strukturen geschaffen worden. Niedergelassene Ärzte arbeiten gleichzeitig am Krankenhaus,



Dr. Ulrich Thamer und Dr. Thomas Kriedel vom Vorstand der KVWL beim Ärzteprotest vor dem Bundesministerium für Gesundheit in Berlin.

rechnen konsiliarisch Leistungen mit dem Krankenhaus ab und nutzen dessen Infrastruktur. Das Belegarztsystem bleibt im Kollektivvertrag und wird gezielt gefördert.

Ärzeschaft fordert Dialog

Die Ärzteschaft weist seit Jahren auf die völlig unzureichende finanzielle Ausstattung des ambulanten Sektors hin. Um eine drastische Reduzierung und damit Rationierung medizinischer Leistungen zu verhindern, muss die Budgetierung beendet und das Morbiditätsrisiko zurück auf die Krankenkassen übertragen werden. Dies fordern die Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen. Um endlich betriebswirtschaftlich kalkulieren zu können, müssen die Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten mit festen Eurobeträgen honoriert werden. Die Vorstände der KVen fordern die politisch Verantwortlichen daher zum Dialog mit den ärztlichen Organisationen auf, um nach Wegen aus der anhaltenden Krise der ambulanten Versorgung zu suchen.



Rationierende Gesundheitspolitik

Zeiten leerer Kassen sind schlechte Zeiten für gestaltende Politik. Da gerät das (volks-) wirtschaftliche Produktivitätspotenzial der Gesundheitspolitik – wie das der Sozialpolitik überhaupt – leicht aus dem Gesichtsfeld: etwa ihr Beitrag zum Ausgleich sozial ungleicher Gesundheitschancen, zur Sicherung der Anpassungs- und Leistungskraft des Faktors Arbeit, letztlich zur Stabilisierung der bestehenden Gesellschaftsordnung. Politisch entscheidend ist derzeit: Gesundheitspolitik ist ausgabenrelevant. Ausgaben gilt es zu vermindern. Das dient der Konsolidierung, senkt die Abgabenlast der Arbeit, steigert die Wettbewerbsfähigkeit. Und damit ist die deutsche Gesundheitspolitik mehr und mehr zu einer Gesundheitssparpolitik geworden. Nicht ohne Folgen.

Im Gesundheitsbereich ist der Zusammenhang zwischen eingesetzten Ressourcen und erstellten Leistungen besonders komplex. Das macht es aus Sicht konsolidierender politischer Entscheider immer wieder attraktiv, vermeintliche Effizienzreserven im Versorgungssystem auszumachen. Ausreichende und nachhaltige Finanzierungsquellen erschließen, den Leistungskatalog modernisieren und staffeln – am Wahlziel orientierte Entscheider scheuen bekanntlich das Unpopuläre. Einzelne System-Akteure der Ineffizienz und Mittelverschwendung zu zeichnen, das fällt sehr viel leichter. Und hilft – ungeachtet des augenfälligen gesellschaftlichen Wandels – eine Fiktion aufrecht zu erhalten. Im Prinzip sei medizinisch alles für alle allzeit verfügbar, und das zu stabilen Beitragssätzen.

In anderen Wirtschaftszweigen zeigen sich Folgen eines unzureichenden Ressourceneinsatzes hart und ungeschminkt. Wird etwa einem mit der Sauberhaltung eines Gebäudes betrauten Reinigungsunternehmen das reale Leistungsentgelt immer weiter abgesenkt, entsteht existenzieller Kostendruck. Personalkürzungen, wachsende Anforderungen an den Einzelnen bewirken letztlich mehr und mehr Unrat, der liegen bleibt. Gleiche Sauberkeit für immer weniger Geld, das geht nicht. Im Gesundheitswesen hat die Dauer-Sparpolitik bislang noch nicht dramatisch auf die Leistungsseite durchgeschlagen. Nicht von ungefähr: Ökonomisch genutzt wurde hier u. a. das dem Patientenwohl verpflichtete hohe ärztliche Berufsethos. Aber dieser Ethos-

Puffer ist längst ausgereizt. Eine wachsende Zahl von Praxisinsolvenzen, bei den KVen eingehende Bitten um Vorschusszahlungen auf das Honorar, eine Vielzahl von Honorarabtretungen an Banken signalisieren es: Die virulente Gesundheitssparpolitik hat mittlerweile eine rote Linie überschritten. Sie hat den Arzt über ausdifferenzierte Sanktionsstrukturen mehr und mehr in die Rolle des heimlichen Rationierers gedrängt.

Man mag solch einer verdeckten Form der Rationierung vielleicht noch zu Gute halten, sie erlaube Betroffenen zumindest die psychisch entlastende Vorstellung, bestimmte Krankheitsverläufe seien schicksalhaft und nicht das Ergebnis vorenthaltener Behandlungsoptionen. Gleichwohl ist sie sozial brisant. Von der Gesundheitspolitik in die vielen tausend Arztpraxen delegierte Rationierungsentscheidungen werden zwangsläufig Varianzen aufweisen. Während im Einzelfall hier vielleicht ein vergleichsweise teures, aber weniger belastendes Behandlungsverfahren zum Zuge kommt, wird anderenorts aus Kostengründen genau darauf verzichtet. Aus einem politisch erzwungenen Kosmos dezentraler, verdeckter Rationierungsentscheidungen kann keine Verteilungsnormen genügende „Gleichbehandlung“ resultieren. Die in der Solidargemeinschaft Krankenversicherten zahlen somit den Preis für den politisch opportunen Anschein, es sei

medizinisch tatsächlich für alle ausreichend und beitragsstabil gesorgt.

Notwendige Voraussetzung für eine „Gleichbehandlung“ von Patienten unter Rationierungsbedingungen ist die Transparenz der Rationierungskriterien. Grundlage solcher Kriterien sollte ein breiter gesellschaftlicher Diskurs sein. Eine konsolidierende, sozial faire Gesundheitspolitik sollte letztlich den Mut zum expliziten Rationieren haben. Auf dieser Grundlage könnten dann auch komplementäre private Versicherungsprodukte entwickelt werden, die den Bürgerinnen und Bürgern jeweils die Wahl eines passgenauen Versicherungsumfanges erlauben. Abzuwarten bleibt, ob der demokratische Wettbewerb hierzulande solche Lösungen zulässt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen gemeinsam mit den Gesetzlichen Krankenkassen in der Verantwortung, auf Grundlage ausgewogener Verträge Ressourcen für die ambulante medizinische Versorgung verfügbar zu machen. Allerdings können die Selbstverwaltungspartner diese Aufgabe nur im vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen wahrnehmen – ein Rahmen indes, der sich immer enger zuzieht.

Die KV Westfalen-Lippe wird mit ihrem Jahresthema 2006 „Budgetierte Ethik? Heilen unter dem Diktat der Ökonomie“ die Rationierungsproblematik eingehend beleuchten. Textbeiträge und Veranstaltungshinweise dazu werden in die KVWL-Internetseiten eingestellt (www.kvwl.de).

„Wir wollen Gerechtigkeit!“

Seit Wochen gehen die Ärzte landauf landab auf die Straße, um mit Transparenten, Plakaten und griffigen Sprüchen gegen eine fehlgeleitete Gesundheitspolitik zu demonstrieren: Eine politisch eher amorphe Masse ist in Bewegung geraten. Und ein Ende der Protestaktionen ist nicht in Sicht. Wo aber drückt der Schuh? Drei Ärzte beziehen aus dem Alltag ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit heraus Stellung.

Zur Demonstration gezwungen



Dr. med. Wolfgang Bangen,
Arzt für Allgemeinmedizin in Münster

Das Arztsein, insbesondere das Vertragsarzt-dasein ist seit Menschen-gedenken eine zeitlose Tätigkeit gewesen. Seit mehr als dreißig Jahren bin ich Teil dieser Zeitlosigkeit. Spätestens seit Mitte der siebziger Jahre steht die Uhr auf fünf vor zwölf und zurzeit scheint sie sich äch-zend auf vier vor zwölf vor-gearbeitet zu haben.

Beginnen wir mit den Regularien: Grundlage der vertragsärztlichen Tätigkeit bildet eine Gebührenord-nung, die allenfalls die No-

te mangelhaft verdient. Ovid hätte gesagt: Parturiunt montes, nasci-tur ridiculus mus (der Berg kreiBte und gebar eine Maus). Nach mehr als fünfjähriger Vorbereitung durch die KBV müssen wir mit einem Zahlenwerk leben, das kaum memorierbar ist, dessen Ausschlüsse sachlich nicht nachvollziehbar sind und wegen inzwischen zugegeben-er Falschberechnung lediglich Honorar für maximal zehn Wochen Arbeit im Quartal bereithält. Wären das dann aber wenigstens die einst versprochenen 5,11 Cent/Punkt Muschelwährung, so könnte die Leidenschaftigkeit noch etwas gestreckt werden. So aber demonstrieren wir zu Recht!

Die Behandlung der Patienten wird sich in Zukunft an fiska-lischen Grundsätzen orientieren müssen. Es ist nicht einmal mehr die Rede von „ausreichend und zweckmäßig“. Mit Bonus-Malus werde ich in eine ethische Falle gelockt. Wie ich dem entrinnen kann ist mir noch nicht klar; zumal das über die Jahre politisch geschulte Anspruchsdenken nur schwierig abzusenken sein wird. Hier werde ich in eine Position gezwängt, gegen die ich zu Recht demonstriere.

Wie werde ich Herr über die Therapievorschlage der Kranken-hausberichte? In der Klinik ist kein Arzneimittel zu teuer, keine The-rapie kann lang genug ausgeweitet werden. Wer rettet mich vor den

habilitierten Mietmulern, die man etwas eleganter auch als „Mei-nungsbildner“ bezeichnet? Nein, hier nützt Demonstration nichts, nur eigene Standhaftigkeit und gelegentlich eine kleine Notlüge. Arztfremde Tätigkeiten nehmen zu, Zeitdiebe sind unterwegs: DMP, IV-Verträge, Hausarztmodelle, Praxisgebühr, Heilmittelbud-get, Zwangsfortbildungen, Anfragen von Versorgungsämtern, Krankenkassen, Versicherungen, Patientenverfügungen und Vor-sorgevollmachten, Reha-Anträge und Hilfsmittel, Kampf mit den Pflegediensten. Wäre nicht eine Arzhelferin morgens ausschließ-lich mit dieser Thematik befasst – der Kollaps der Praxis wäre un-vermeidlich. Ich müsste dann doch eine Krankenschwester zur Ver-sorgung meiner Patienten anstellen. Nur, von welchem Geld?

Warum ich trotz der Honorarmisere, der Belastung durch ge-setzliche Vorgaben und die negativen Perspektiven immer noch mei-nen Beruf gerne ausübe, fragen Sie? Weil ich auch von der Dank-barkeit und Zuneigung der Patienten lebe, die in mir nicht nur den Leistungserbringer sondern auch ihren vertrauten Hausarzt sehen.

Gesundheitsgesetzgebung und Praxisalltag – eine politisch induzierte Inkompatibilität

Einzelverträge, Sonder-verträge, DMP, integrierte Versorgung, Qualitätsma-nagement, Zwangsfortbil-dung, EBM 2000 plus, mul-tiple zu beachtende Richtli-nien im Vertragsarztrecht, eine nicht enden wollende Flut von Kassenanfragen. Irgendwie wäre es ja zu be-wältigen, wenn denn nicht der Patient auch noch da wäre, der Zeit kostet.

So sarkastisch muss man den Bürokratiewahn-sinn beschreiben, der auf den niedergelassenen Ärz-ten lastet, und der einen von der eigentlichen Aufgabe – der Zuwendung zum Patienten –



Dr. med. Hermann Kämpfer,
Arzt für Allgemeinmedizin in Siegen

abhält. 30 Prozent der Arbeitszeit verbringe ich mittlerweile mit Tätigkeiten, die mit meiner ursprünglichen Aufgabe nur sehr marginal zu tun haben.

Die Patienten stöhnen über lange Warte- und zu kurze Behandlungszeiten, die Arzthelferinnen über den nicht mehr zu überblickenden Verwaltungsaufwand (alleine die Praxisgebühr kostet mit Quittungsausstellung, Geldwechsel und Verbuchung drei Minuten pro Patient) und der Arzt über Arbeitszeiten, die weit jenseits dessen liegen, wofür Ver.di streikt und die ein glückliches Familienleben zulassen.

Die mittlerweile vollständige Ökonomisierung der Medizin mit ihren Sparzwängen und Regressandrohungen, den Prüforgien und undifferenzierten Kriminalisierung des Arztes als Betrüger lässt den einstigen Traum vom Arztberuf zum Albtraum mutieren. Patienten, denen von Politikern und Krankenkassen ein Rundum-Sorglos-Paket versprochen wird, werden in der realen Welt der rundum-budgetierten Arztpraxis in ihren Erwartungen enttäuscht. Ließen sie vor noch nicht allzu langer Zeit ihren Ärger darüber in den Arztpraxen ab, hat sich dieses – Gott sei Dank – deutlich gewandelt. Die Patienten scheinen die richtigen Adressaten nunmehr zu kennen.

Angst und bange wird mir angesichts der vom Bundestag beschlossenen Bonus-Malus-Regelung. Der Malus bedroht die Praxen in ihrer Existenz. Schon ab 10 prozentiger Überschreitung definierter Tagestherapiekosten zahlt der Arzt aus seinem Privatvermögen, und das ohne Möglichkeit der Gegenwehr, also ohne Rechtsschutz.

Der bürokratische Aufwand der Kostenüberprüfung für jeden Patienten übersteigt unsere Möglichkeiten. Die Ärzteschaft wird nur eine Wahl haben: entweder Billigmedizin und Rationierung oder wirtschaftlicher Ruin.

Perfide ist der Bonus. Der „wirtschaftlich verordnende“ Arzt hat die Aussicht auf eine Bonuszahlung. Das heißt nichts anderes als eine Belohnung für Nichtverschreibung!

Wer denkt sich so etwas Unethisches aus? Der Patient, der sein gewohntes Präparat demnächst nicht mehr erhält, wird dem Arzt unterstellen, nur in seine eigene Tasche zu wirtschaften. Der Streit in den Praxen ist vorprogrammiert und wird das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig stören.

Quo vadis Hippokrates?

Es gibt im Leben immer Wege, die sich teilen und wir sollten mit Sorgfalt bestimmen, in welche Richtung unser Weg uns führt.

Die Antike hat uns nicht nur den Eid des Hippokrates geschenkt, sondern auch die ersten Ansätze einer Demokratie. Aber genau dieses Demokratieverständnis erlischt zunehmend in einer Gesellschaft, deren politischer Horizont gerade vier Jahre reicht.

Wir wissen alle, dass es um das Gesundheitswesen miserabel bestellt ist. Welcher Politiker besitzt endlich die Ehrlichkeit, den Bürgern dieses Landes zu sagen wo wir stehen? Der Arzt im Krankenhaus leistet immense unbezahlte Arbeit. Der Hausarzt führt Besuche bei Tag und Nacht durch, für einen Hungerlohn. Der Facharzt sitzt auf hohen Investitionskosten, operiert und untersucht, ohne damit die Instandhaltungskosten zu decken. Die Krankenschwester arbeitet für einen Lohn und Ein-Jahresvertrag schwer, jedes zweite Wochenende gehetzt und trotz allem engagiert.



Dr. med. Ulrich Oeverhaus,
Augenarzt in Rietberg

Wir alle wollen nicht mehr, weil wir nicht mehr können. Es reicht!

Die Probleme unseres Alltags kann man in den Medien sehen und nachlesen, doch die Gründe bleiben dunkel. Unser Staat ist pleite! Er bedient sich in dem sozialen Versicherungssystem, bedient sich der Menschen, die darin arbeiten, trocknet sie aus, um von der eigenen Unzulänglichkeit seiner politischen Führung abzulenken.

Wir wollen als Arbeiter in diesem System fair und nicht nach Punkten bezahlt werden. Wir wollen Gerechtigkeit in einem System schaffen. Wir wollen Zeit für Menschen und nicht für Papiere haben, wir wollen zuverlässig für Menschen arbeiten und ihnen notwendige Medikamente verordnen. Wir wollen für die Menschen da sein, die unserer Hilfe bedürfen: unsere Patienten.

Als Bürger dieses Staates darf ich eine einfache und ehrliche Lösung der meisten Probleme unseres Gesundheitswesens vorstellen: 1. Entkopplung der Beiträge vom Lohn und 2. Darstellung und Wahl von freien Tarifen wie in der Autoversicherung: Haftpflicht, Teilkasko und Vollkasko. Das verstehen die Menschen!

Ist es nicht gerechter, sich für Zuzahlungen zu versichern, als täglich in Praxen und Apotheken immer mehr zu bezahlen und nicht zu wissen, welche Kosten im nächsten Jahr auf jeden warten?

Wir müssen uns als Gesellschaft die Frage stellen, wie viel uns die Arbeit der Menschen im Gesundheitswesen wert ist, denn diese Menschen haben alles gegeben und sie können nicht mehr, deshalb gehen sie auf die Straße, damit man sie hört. Wir demonstrieren nicht nur für uns, sondern für die schwachen und Kranken dieses Landes!

Kurznachrichten

Unberechtigter Kasseneingriff

Gegen einen unberechtigten Griff in die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch die Barmer Ersatzkasse (BEK) setzen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW zur Wehr: Sie klagen gegen die BEK, für ihren sogenannten Hausarztvertrag unberechtigtweise Gelder aus der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung abgerufen und genutzt zu haben.

Ein Prozent ihres Gesamthonorars müssen die Vertragsärzte nach § 140d SGB V jeweils in den Jahren 2004 bis 2006 zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung abtreten. Das Sozialgericht Gotha hat nun jedoch festgestellt, dass der Hausarztvertrag zwischen BEK und dem Hausärzteverband BDA nicht den gesetzlichen Kriterien für die Integrierte Versorgung entspricht. Damit hätte die BEK erhebliche Gelder fälschlich einbehalten und verwendet. So hat die Barmer Ersatzkasse zum Beispiel der KV Westfalen-Lippe für die Dauer der Laufzeit ihres Hausarztvertrages (seit Januar 2005) rund 2,5 Mio. Euro abgezogen. Die Anschubfinanzierung kostet die rund 12.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Landesteil jetzt in jedem Quartal 600.000 Euro. Wird das Gothaer Urteil bestätigt, wird die Krankenkasse die Gelder an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzahlen müssen.

Qualitätsbericht in Nordrhein erschienen

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat ihren Qualitätsbericht 2005 veröffentlicht. Ziel der Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist eine Patientenversorgung, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Stetig werden die Aufgaben der Qualitätssicherung neuen medizinischen Errungenschaften sowie zunehmend komplexer werdenden Arbeitsabläufen in der Praxis angepasst.

Zu den 43 genehmigungspflichtigen Leistungsbereichen von Aids bis Zytologie gibt der Bericht für den erfassten Zeitraum 2004 einen Überblick über die Entwicklung der Teilnehmer und die Zahl der Genehmigungen in den verschiedenen Bereichen.

Sie können den Bericht auf der Internetseite www.kvno.de herunterladen oder ein Exemplar per E-Mail bestellen: kontakt@kvno.de.

Clearingstelle für IV-Verträge

Vor dem Hintergrund des Rechtsstreits mit der Barmer Ersatzkasse um unberechtigt einbehaltene Gelder in Millionenhöhe zur Förderung der Integrierten Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossen, eine gemeinsame Clearingstelle für solche Verträge einzurichten. Die KVen werden dann sämtliche ihnen bekannt gemachte, kostenrelevante Verträge zwischen den Kassen und einzelnen Leistungserbringern zur rechtlichen Prüfung einreichen. So soll künftig eine erhebliche finanzielle Schädigung der kollektiven ambulanten Versorgung durch unberechtigten Abzug von Mitteln zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung vermieden werden.

Projekt zur palliativmedizinischen Versorgung

Schwerstkranken Patientinnen und Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, benötigen im letzten Stadium ihrer Erkrankung eine besondere und vor allem umfassende medizinische Betreuung. Im Rahmen eines Pilotprojektes in Köln wird erprobt, wie eine solche Betreuung aussehen kann.

Die schwerstkranken Patienten werden von Hausärztinnen und Hausärzten betreut, die auch die notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen koordinieren und Angehörige beraten. Unterstützt werden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte von palliativmedizinisch erfahrenen und weitergebildeten Kollegen, den qualifizierten Palliativ-Ärzten. Dazu kommen andere am Versorgungskonzept beteiligte Kooperationspartner, zum Beispiel ambulant palliativpflegerische Dienste.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat mit der AOK Rheinland, der Innungskrankenkasse Nordrhein, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW dazu einen Vertrag geschlossen. Der Vertrag ist als Pilotprojekt am 1. Januar 2006 in der Stadt Köln gestartet. Später soll er auf ganz Nordrhein ausgeweitet werden.

Impressum



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. 02 11/59 70-0
www.kvno.de

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Robert-Schirrig-Str. 4 - 6
44141 Dortmund
Tel. 02 31/94 32-0
www.kvwl.de



Redaktion:
Andreas Daniel (verantwort.)
Heike Achtermann
Ruth Bahners
Dr. Edith Meier
Sigrid Müller
Johannes Reimann
Dr. Michael Wüstenbecker

Druck:
IVD GmbH
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren