

... dann sind wir mal weg?



G. Petzold

Die deutschen niedergelassenen Augenärztinnen und Augenärzte stehen an einem Scheideweg. Noch nie in der Nachkriegsgeschichte war deren Existenz wirtschaftlich bedrohter als in diesen ersten Monaten des Jahres 2009. Mehr als 15 Jahre verfehlte Reformpolitik im deutschen Gesundheitswesen haben dem Arzt in freier Niederlassung Stück für Stück die wirtschaftliche Basis entzogen, ihn dafür aber in ein kafkaeskes Kontroll- und Regulierungssystem gepresst. Das bindet seinerseits wiederum viele Ressourcen, die der eigentlichen Krankenversorgung – und nur dafür sind die Zwangsbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen – nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die unwürdigen – und von Quartal zu Quartal sinkenden – Regelleistungsvolumina sind nur die Spitze dieses „Abwicklungsprozesses“ der bisherigen ambulanten fachärztlichen Versorgungsstrukturen für die Versicherten gesetzlicher Krankenkassen. Keiner zweifelt heute mehr daran, dass sich die jetzige Bundesgesundheitsministerin folgende Ziele gesetzt hat: Abschaffung der „doppelten Facharztversorgung“ und Übernahme der ambulanten Krankenversorgung durch Hausärzte und Facharztzentren an Kliniken (Poliklinik) oder in von Großinvestoren geschaffenen Medizinischen Versorgungszentren.

Reaktionen bisher hilflos

Wie reagieren wir Augenärzte auf diese Demontage unseres Gesundheitssystems durch gesundheitspolitisches Unvermögen und durch Lobbyinteressen, auf die Demontage eines Gesundheitssystems, um das wir in früheren Jahren von den meisten Ländern dieser Welt beneidet wurden? Wie beantworten wir diesen Angriff auf unsere Existenzen? Viele von uns schweigend und resignierend, manche mit Zorn und Wut,

einige verschließen sich in einer Art innerer Emigration. Die Zahl der „burn-out-Syndrome“ unter Ärzten soll sprunghaft angestiegen sein. Andere prüfen zum wiederholten Mal ihre Praxisstrukturen, um noch das letzte Quäntchen „Einsparung“ herauszuholen. Insolvenz, Praxisaufgabe und vorzeitiger Ruhestand werden für die meisten von uns keine Option sein.

Nur Einigkeit macht uns stark: Regionale Netze nutzen

Es gibt Lichtblicke und Hoffnung dort, wo sich die Fachärzte gemeinsam ihrer Macht und ihres Einflusses bewusst geworden sind. In mehreren Landkreisen in Bayern haben sich die Fachärzte aller Fachrichtungen in der Not endlich zusammengeschlossen, regionale Vereine und Verbände gegründet und ihre gemeinsamen Ziele formuliert. Wir sind uns einig, dass wir diese Ziele in politische Parteien tragen müssen. Dazu sind intensive Bemühungen in allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens notwendig, aber gerade das gelingt regional deutlich besser als auf Bundesebene. Und wir nutzen dazu unser Netzwerk – die

vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehungen – den Schatz in unseren Praxen. Erste Erfolge sind sichtbar, eine Partei möchte das SGB V in der jetzigen Form abschaffen. Andere Politiker sprechen schon von der Direktabrechnung – aber mit den Krankenkassen!

Der Schlüssel heißt: Direktabrechnung mit den Patienten

Nur das genügt uns noch nicht. Wir wollen eine radikale Vereinfachung der Strukturen in der Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenkassen. Wir wollen all den bürokratischen Ballast über Bord werfen, der uns von einer qualitativ hochwertigen Versorgung aller kranken Patienten abhält. Wir wollen keine Billigmedizin nach ausreichenden, wirtschaftlichen, notwendigen und zweckmäßigen Gesichtspunkten! Wir kämpfen für den Erhalt der freien Niederlassung aller Fachärzte. Der Schlüssel für das Erreichen dieser Ziele heißt: Direktabrechnung. Nur durch die Direktabrechnung wird die Arzt-Patientenbeziehung wieder in den Mittelpunkt gestellt. Nicht die

Krankenversicherung des Patienten bestimmt den Grad der Versorgung, sondern der Patient zusammen mit dem Arzt seines Vertrauens. Es wird nicht mehr pauschaliert, nicht budgetiert und nicht gemogelt! Der Patient erhält nach Beendigung der Behandlung vom Facharzt eine Rechnung, die allein für die notwendige Transparenz sorgt. Der Patient erkennt den Wert der jeweiligen ärztlichen Leistung, er kann überprüfen, ob der Arzt das geleistet hat, was er abrechnet. Der Patient reicht diese Rechnung bei seiner Krankenkasse ein. Diese wiederum erstattet dem Patienten je nach Tarif mit einem Selbstbehalt – den der Patient vorher gewählt hat – die Rechnung innerhalb von 3 Wochen. Auffangstrukturen für soziale Notfälle werden natürlich von den Krankenkassen und vom Arzt vorgehalten. Grundlage der Direktabrechnung muss die GOÄ sein, die bewährte amtliche Gebührenordnung für Ärzte mit der Spanne des Steigerungsfaktors von 1,0 – 3,5. Diese Ober- und Untergrenzen wurden geschaffen, um einerseits den Arzt vor Preisdumping zu schützen und andererseits den Patienten nicht zu über-vorteilen.

Mehr braucht es nicht. Den Rest reguliert der Markt.

Was war wohl der Grund, weshalb in den vergangenen Jahrzehnten im kassenärztlichen Bereich fast monatlich eine Richtlinie eine vorhergehende Verordnung ergänzte, dagegen bei der Behandlung von Privatpatienten keinerlei Erlasse notwendig waren?

1.700.000 Beamte in Deutschland beweisen seit Jahrzehnten, wie sie funktionieren kann, die Direktabrechnung – und dass man als Patient für eine Direktabrechnung nicht vermögend sein muss (wie z. B. die Post- und Bahnbeamten, die nicht alle beihilfeberechtigt sind),

dass man eben nicht in Vorleistung zu treten braucht.

Setzt Millionen Euro frei: Verschlankung der bürokratischen Strukturen bei Kassen und KVen

Allein durch diese radikale Vereinfachung der Honorar- und Abrechnungsstrukturen werden viele Milliarden Euro bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen freigesetzt. Gelder, die endlich wieder in die Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Patienten fließen und nicht in unkontrollierbare Marketing- und Wellnessaktionen der Kassen. Allein dadurch lässt sich der leistungsgerechte Mehrbedarf an Honoraren finanzieren, ohne die Beiträge der Versicherten anzuheben. Die kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht mehr an der Honorarabrechnung beteiligt, sie werden auf ein Mindestmaß geschrumpft. Sie werden vielleicht noch notwendig sein für die Organisation von ärztlichen Diensten (Notfalldienst). Es ist auch verständlich, dass kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen einer solchen wahren und nachhaltigen Reform kritisch gegenüberstehen. Bedeutet es doch für sie eine radikale Schwächung und eine deutliche Reduzierung ihrer Angestellten. Es kann den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen auf Dauer nicht zugemutet werden, mit ihren Zwangsbeiträgen einen unnötig großen Verwaltungsapparat ihrer Krankenkassen zu unterhalten, aber gleichzeitig auf moderne medizinische Leistungen verzichten zu müssen.

Diese einfachen und kostenneutralen Reformen können weder leistungsgerechte Regelleistungsvolumina, noch Kostenerstattung oder Abrechnung nach festen Pauschalen bieten. Dies ist der Grund,

weshalb immer mehr Ärzte, aber auch Patienten die Direktabrechnung fordern. Dafür brauchen wir keine neue Gebührenordnung und keine neuen Verwaltungsstrukturen, dafür brauchen wir nur Mut! Und zwar jetzt! ●

G. Petzold

Dr. med. Gernot Petzold ist niedergelassener Augenarzt und 1. Vorsitzender des Kulmbacher Facharztvereins.