

Ermutigung für die angehenden und die aktiven, die angestellten und die niedergelassenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aller Fachbereiche zur möglichst aktiven Unterstützung unserer Interessenvertretung z.B. bei folgenden Veranstaltungen:

BVA, NAV, GFB, DFV, Hartmannbund, BDA(?) u.a.: **Berlin 18. Januar 2006**
Obleute + ÄK **Essen: 1. Februar 2006** - 18.00 Uhr c.t. im Audimax der Uniklinik
Freie Ärzteschaft: **7. Februar Köln** (abends), **8. Februar Essen** (tagsüber)

Essen, den 21. Dezember 2005

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklung erwarten Sie zu Recht Informationen und Stellungnahmen von Ihren gewählten Mandatsträgern. Ich möchte Sie daher hiermit informieren und Ihnen meine Einschätzung geben zur aktuellen Situation

- der Vertragsärztlichen Versorgung,
- der Freiberuflichkeit und
- der Unabhängigkeit ärztlichen Handelns.

Was gibt es denn so Wichtiges, das alle Ärztinnen und Ärzte betrifft?

In Kürze dies:

Die ärztliche Freiberuflichkeit und damit die ärztliche Unabhängigkeit auch der angestellten Ärzte sind jetzt hochgradig gefährdet. Das betrifft alle Ärzte, auch die noch nicht oder nicht mehr aktiven Kolleginnen und Kollegen. Und alle Patienten. Die Therapiefreiheit und die Wahlleistungen stehen laut Koalitionsvertrag zur Diskussion.

Die Politik will dafür Sorge tragen, dass die gefühlte Qualität der ärztlichen Versorgung in den künftigen, die Freiberufler ersetzenden Polikliniken, akzeptiert wird. Durch „Abschaffung der 2-Klassen-Medizin“, durch Austrocknung der Alternativen und, wenn dies nicht reicht, durch Verbot einer qualifizierteren Versorgung.

Als Alternative zu den suspekten und - trotz GMG - immer noch zu unabhängigen Freiberuflern setzt die Politik auf den künftig nur noch in Anstellung tätigen Arzt, der – sofern ihm die Alternative der Freiberuflichkeit verwehrt bleibt – besser dirigierbar und geeigneter erscheint, Rationierungen umzusetzen und zu verschleiern.

Dies betrifft uns alle. Es gibt keine Reservate, in die diese Veränderungen nicht hineinreichen. Die Union steuert bisher nicht dagegen.

Wir müssen den Kolleginnen und Kollegen, die dies noch nicht realisiert haben, und ebenso den Patienten und der Öffentlichkeit dies verdeutlichen und auf die absehbaren Konsequenzen hinweisen. Diese sind: Qualitätsverlust, Entmündigung, Entzug des Rechtes sich für qualifizierte medizinische Leistungen entscheiden zu können – auch dann, wenn sie nicht Bestandteil des gesetzlichen Leistungskataloges ist.

Und wir müssen aufzeigen, warum (letztlich nur) die Kostenerstattung einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der Versorgungsprobleme und zur Erhaltung der Freiheit der Therapiewahl leisten kann.

Und nun etwas detaillierter ein kritisches und lösungsorientiertes Statement:

Die Politik zielt auf einen Stopp der Kostensteigerung im Gesundheitswesen – sowohl im Bereich der gesetzlichen Versicherung als auch bei der Beihilfe. Das ist soweit noch verständlich.

Wenn es denn so ist.

Darüber hinaus aber gibt es eine ideologisch motivierte Kampagne gegen die ärztliche Freiberuflichkeit. Und es ist erschreckend, dass hier von der Union nicht gegengesteuert wird. Es scheint mehr, als schwanke sie zwischen Ahnungslosigkeit und stillschweigender Zustimmung. Die lauthals verkündete Zuversicht, man werde sich in der ersten Jahreshälfte 2006 schon mit der SPD einigen und die Reform für Anfang 2007 umsetzen, lässt nichts Gutes erwarten.

Die Folgen sind und werden nicht nur für die Patienten und die berufstätigen Ärzte spürbar, sie betreffen – auch wegen der künftig (inflationbereinigt) geringeren Abgaben an die Versorgungswerke – auch die Kolleginnen und Kollegen im Ruhestand. Überproportional viele junge qualifizierte Kolleginnen und Kollegen suchen und finden schon jetzt bessere Arbeitsbedingungen im Ausland.

Es ist daher jetzt für alle Ärzte eminent wichtig sich mit der hier zunehmenden Bevormundung und Einschränkung der ärztlichen Unabhängigkeit auseinanderzusetzen und zumindest durch Kommunikation vor Ort entgegen zu wirken. Und durch Unterstützung der Demonstrationen der Betroffenen. Sowohl der Aktionen der „Freien Ärzteschaft“ als auch denen des „NAV-Virchow-Bundes“, des „Marburger Bundes“, des „Hartmannbundes“, der „GFB“, des „DFV“ und aller anderer Verbände, die sich um die Erhaltung unserer Leistungsfähigkeit bemühen. Den Luxus der reinen Wahrnehmung von Partikularinteressen können wir uns längst nicht mehr leisten.

Bitte haben Sie ein (kritisches) Verständnis dafür, dass manche Organisationen – z.B. die Kammer, die KV und auch viele Berufsverbände - aufgrund ihrer Satzungen oder ihres Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht so agie-

ren können wie die „Kampf-Verbände“ und daher vielleicht zurückhaltend erscheinen. Sprechen Sie Ihre gewählten Vertreter an. Viele halten sich trotzdem schon jetzt nicht mehr zurück. Und das ist gut so. Und manche brauchen Ihren Motivationsschub.

Es geht hier nicht nur um „*einige Hansel auf der Domplatte*“ oder „*einige Klinik-ärzte*“ oder „*einige Niedergelassene*“ oder „*einige Regresse*“ oder „*einige Einschränkungen bei der GOÄ*“ oder „*einige Wertverluste bei Praxen*“ oder „*einige unsinnige Qualitätsanforderungen*“ oder „*einige notwendige Abstriche*“ oder „*einige Pleiten*“. Es geht um die ärztliche Unabhängigkeit, die Erhaltung der Freiberuflichkeit für Ärzte, Therapiefreiheit, Patientenrechte, die Möglichkeit unseren Patienten auch weiterhin hoch qualifizierte Leistungen anbieten zu können – sogar inzwischen auch darum dies künftig überhaupt zu dürfen!

Wer glaubt, er bleibe in seinem speziellen Tätigkeitsfeld, im Mutterschaftsurlaub oder als Ruheständler von diesen einschneidenden Veränderungen verschont, der irrt. Es gibt keine Reserve. Nicht im Ruhestand, nicht in der integrierten Versorgung, nicht im OP, nicht in der reinen privatärztlichen Tätigkeit, nicht in der Praxis und nicht an der Klinik.

Ein Beispiel von vielen ist der Augenarzt. Statistisch im Mittelfeld und signifikant für die Lage.

Wofür arbeitet der niedergelassene Kassen-Augenarzt in Nordrhein?

Im budgetierten Bereich zurzeit noch für einen Arztlohn, der - umgerechnet in ein Angestelltengehalt - bei 2.308 € je Monat liegt. Das muss reichen um die Praxis zu bezahlen. Dies ist der Durchschnittswert über alle Augenarztpraxen in Nordrhein für das 2. Quartal 2005. Der Wert liegt im Mittel der anderen Fachgruppen. Tendenz für alle: fallend.

Welche Zahlen und Kostenannahme liegt der obigen Kalkulation zugrunde?

Die Veröffentlichungen der KVNo. Kostensatz für Augenärzte: 35,55% gemäß neuem EBM. Der Wert ist unrealistisch niedrig. Aber er darf, wird und muss „normativ“ so festgesetzt werden. Die realen Kosten liegen höher. Also ist der Arztlohn real niedriger.

Kann der Vertragsarzt nicht seine Praxis umstellen und einfach die private Versorgung ausbauen?

Damit ist das Versorgungsproblem der gesetzlich versicherten Patienten aber nicht zu lösen. Die Quersubventionierung der GKV durch die PKV reicht nicht mehr. Hinzu kommt, dass die privaten und insbesondere die Hochleistungssektoren unter politischen Beschuss geraten. Auch gegen den Tenor des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 25.10.2004 (AZ (BVerfG) 1 BvR 1437/02). Nicht nur durch initiierte Kampagnen gegen Leistungsträger sondern insbesondere durch **die inzwischen von der Gesundheitsministerin geplante Schaffung einer staatlichen Einheitsgebührenordnung für GKV und PKV. Ohne Beteiligung von Kammern und KVen! Inklusive der künftigen Behandlungspflicht der Ärzte zu den neuen stark herabgesetzten Einheitsätzen. Auch für Privatbehandlungen!** Wer da noch von einer „besseren“ GÖÄ träumt, unterschätzt die Politik. Die schafft zunächst die Realität. **Diese neue „Einheits-EBM-GOÄ“ wird zu einem faktischen Verbot jedweder dar-**

in nicht benannten Medizin führen und uns zwingen, unsere Leistungen zu nicht variierbaren Sätzen jedem anzubieten. Bis die Gerichte oder ggf. das BVerfG uns helfen können, sind wir schon ruiniert.

Schon jetzt dürfen gesetzlich Versicherte keine IGeL angeboten bekommen, wenn deren Leistungsinhalt bereits im EBM erwähnt wird. Deshalb wird der Kassenpatient auch nie legal z.B. eine qualifizierte Parodontose-Behandlung bekommen. Der Arzt darf sie ihm auch nicht anbieten. Diese absurde Versorgungssystematik wird jetzt politisch ausgebaut. Es wird künftig keine Trennung mehr geben zwischen Grund- und Wahlleistungen – so die Einschätzung der KBV-Kenner. Die Nische „privat“ wird geschlossen. Wie gesagt: es gibt keine Reserverate. *„Was Aachen nicht will, wird abgeschafft und verboten!“*

Deshalb gilt zumeist schon jetzt, was bald für alle Praxen gelten wird: Es werden bald nur noch sehr Wohlhabende sich den Betrieb einer (qualifizierten) Praxis leisten können. Den nicht so Wohlhabenden bleibt aber zumeist auch keine andere Möglichkeit als ihre Praxis weiter zu betreiben. Sie können nur in die Selbstaussbeutung ausweichen. Und als warnendes Beispiel für diejenigen dienen, die eventuell für sich eine Niederlassung geplant haben. Fragen Sie Ihre Bank, wie viele Praxen schon unter ihrer Kuratel stehen. Meist sind es 15%. Tendenz: steigend.

Und dann? Dann kommen die kontrollierten Versorgungszentren, die Polikliniken. Die arbeiten zwar nicht billiger. Aber die Ärzte sind unter Kontrolle. Und die Politik hat besseren Durchgriff auf die medizinische Versorgung.

Ob die Ärzte an den künftigen Polikliniken wenigstens langfristige oder gar unbefristete Verträge oder ein BAT-Gehalt bekommen? Die Zeiten dürften vorbei sein. TVöD ersetzt BAT. Und Beschäftigungsgarantie bedeutet nicht Einkommensgarantie. Und die Arbeitgeber sind auch nicht mehr die bisherigen. Es sind Großkonzerne. Siehe Marburg.

Welchen Sinn macht die Zerschlagung einer Versorgungsstruktur, wenn nicht wenigstens den der Kostenersparnis?

Gegenfrage: Welchen Sinn macht die von einigen Parteien gewollte (siehe Wahlprogramm) Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen?

Die Antwort dürfte in beiden Fällen die gleiche sein. Die Geschichte der Entstehung der KVen ist leider oft vergessen.

Warum wird in Nordrhein das Arzneimittelbudget für das kommende Jahr um ca. 500.000.000 € erhöht? Warum werden nicht zuerst die Defizite in der Vergütung der ambulanten und der klinischen Versorgung gedeckt? Ist das Defizit der Pharmaindustrie größer als unseres? Warum werden zugleich die Ärzte in eine vehemente Regresshaftung genommen?

Um uns die Freiberuflichkeit abzugewöhnen?

Den gebotenen **Sorgfaltspflichten** bei der Erbringung, der Veranlassung oder Dokumentation ärztlicher Leistungen kann unter den derzeitigen Budget- und Vergütungs-Bedingungen nicht ausreichend entsprochen werden. Weder die

Kammer noch die KV entlastet uns hier mit der Wahrnehmung von Fürsorgepflichten.

Das bringt bereits jetzt fast jeden Kollegen in eine unüberschaubare Haftungsproblematik. Jeder Jurist verdeutlicht uns, dass wir täglich Drahtseilakte vollführen, zu denen sich kein anderer Berufsstand bereit fände. Ärzte rennen täglich in die Ethik-Falle. Dabei kann keiner sicher sein, in der überzogenen und untransparenten Regress- und Regelungsflut nicht auch noch nach bis zu 10 Jahren in Haftung genommen zu werden. Allein die zeitlich um Jahre verzögerten Prüfungen und Regressforderungen zu den Arzneimittelverordnungen, die noch immer auf bekanntermaßen unzuverlässiger und fehlerhafter Datenerfassung beruhen – deren Fehlerhaftigkeit aber die betroffenen Ärzte zu verifizieren haben! – sind ein Damokles-Schwert für viele Praxen.

Es geht also doch nicht nur um Kosteneinsparung. Es geht um das Eindampfen eines Berufsstandes. Wahrscheinlich zuerst der freiberuflichen Fachärzte, dann der Hausärzte. Diskussionen um Kosten und Qualitätssicherung sind „just for the gallery“.

Aber: Wem nützt die Abschaffung der Freiberuflichkeit? (Antwort: den politischen Zielen einiger in Aachen Beheimateter.)

Eine der wesentlichsten und von der Politik gewollten Veränderung durch das GMG 2004 ist, wie Herr Lauterbach auch betont, die Entstehung von Angestellten-Strukturen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. **Denn der angestellte Arzt – sofern ihm die Alternative der Freiberuflichkeit genommen wird – ist weit besser als der (noch existierende) freiberuflich tätige Arzt dirigierbar.** So kann durch wenige Regelungen erreicht werden, dass der angestellte Arzt keine Motivation hat mehr als das Notwendigste zu erbringen.

Die Qualität wird dann durch ein „XY“-Institut im staatlichen Auftrag definiert. Diese Definition der Qualität und des Notwendigen wird erheblich abweichen von dem, was Ärzte heute noch verantworten wollen. Und von dem, was unter „state of the art“ (§ 72 (2) SGB Vⁱ) verstanden wird.

Der angestellte Arzt - als Substitut des freiberuflichen Vertragsarztes - ist ideal geeignet Rationierungen umzusetzen und zu verschleiern. Er kann, darf und wird keine IGeL mehr anbieten, erbringen oder auch nur diskutieren. IGeL wird zur Gedächtnislücke werden.

Wie die Gesundheitsministerin schon sagte: **„Es muss Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“.** Auch mit der Therapiefreiheit.

Statt die Wahrheit darüber zu sagen, dass durch die staatlichen Umlagesysteme in Zukunft nur noch ein Kernbereich zwingend notwendiger Daseinsvorsorge bezahlbar sein wird und alles darüber Hinausgehende dem Privatbereich zuzurechnen ist, wird weiter die Leier von der „Spitzenmedizin für alle“ gespielt, die die Leistungsträger wie bisher zu Dumpingpreisen erbringen sollen. Und das, was nicht bezahlt wird, soll auch nicht mehr notwendig sein. Davor soll der unmündige Bürger geschützt werden, das gehört am besten verboten.

Die bekannte Lücke zwischen dem Notwendigen und dem Möglichen wird endlich geschlossen: die Möglichkeiten werden schlicht FÜR ALLE auf das Notwendigste reduziert. Das ist Rationierung auf dem Niveau des Kommunistischen Bundes Westdeutschlands (KBW). Konnte unsere Gesundheitsministerin sich von dieser historisch etwas überholten bzw. obsoleten Ideologie ihrer jungen Jahre noch nicht trennen? Warum schweigt die Union?

Kapituliert einer der größte Arbeitgeber des Landes - die Leistungsträger im Gesundheitswesen - , der dazu noch beispielgebend sozialverträglich handelt und auch wirtschaftet, hier reinvestiert und Arbeitskraft und Arbeitsplätze aufrecht erhält vor einer inhumanen Ideologie?

Wir dürfen uns nicht zu Komplizen dieser Politik machen! Wir sind Ärzte, nicht Konkursverwalter der Politik. Unsere Aufgabe ist es, unsere Patienten als Partner im Bemühen um ihre Gesundheit nach den Regeln der Kunst zu behandeln und über die Möglichkeiten aufzuklären.

Was ist zu tun?

- Kommunikation der Situation. Unterstützung der Aktionen der Verbände, die dieser Politik entgegentreten.
- Verdeutlichen, dass bei Einschränkung bzw. Abschaffung der Freiberuflichkeit - genau wie in den Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem - sich sehr schnell eine Situation einstellt, in der der Mangel und die beschränkte Qualität der staatlichen Einheitsfürsorge gerade in den Polikliniken für den aufmerksamen Beobachter sehr wohl spürbar und fühlbar wird.
- Verdeutlichen, dass die Einschränkung der Freiberuflichkeit zugleich eine Einschränkung der Unabhängigkeit aller, auch der angestellten Ärzte bewirkt.
- Verdeutlichen, dass die Einschränkung der ärztlichen Unabhängigkeit auch den Patienten entmündigt, ihm die Wahlfreiheit nimmt, ihm bessere Medizin vorenthält.

Was wäre denn eine konstruktive, umsetzbare Forderung?

- Kostenerstattung zumindest in der ambulanten Versorgung. So schnell wie möglich. „Sicherstellung auf Basis Kostenerstattung“ - ein fairer deal.

Wie das?

Der Versicherte bezahlt beim Arztbesuch. Für die Leistung. Mit seiner Rechnung geht er zu seiner Versicherung. Die erstattet je nach Tarif einen Teil oder alles.

Da braucht man manches nicht mehr. Kein Punkt- oder Quotenverfall. Keine gefälschten Versicherungskarten zu unseren Lasten. Keine E-card. Keine fortwährende Verletzung von Datenschutzrechten. Keine Budgets. Keine Regresse. Keine Diskussion über Politik und gewollte Einschränkungen in der Praxis.

Die Versicherung kann auch viel besser erklären, warum sie was wie oder auch nicht erstattet und welche Medikamentenverordnung sie für nicht notwendig hält. Die schaffen das. Und das sichert ja auch die Arbeitsplätze. Schließlich arbeiten bei den Kassen mehr Mitarbeiter als in allen Praxen zusammen. Auch geben die Kassen für ihre Mitarbeiter mehr Geld aus als für die Leistungen aller Praxen zusammen. Und das macht auch vertraut mit der Übernahme des Morbiditätsrisikos, das ja ab 2007 ohnehin bei den Kassen liegen soll.

Und die Praxen?

Die können sich endlich wieder um die Versorgung der Patienten kümmern. Sie können wieder in ihrem Kernbereich arbeiten. Medizinische Leistungen und Hilfe anbieten, vermitteln, verständlich machen, erbringen. Das können nun mal nur Ärzte und ihre Mitarbeiter. Es wäre gut, wenn sie nicht davon laufend abgehalten würden.

Und die Patienten?

Die erlangen als Selbstzahler ganz schnell gegenüber ihren Ärzten und ihren Kassen jene Souveränität, die sie sonst bei allen wirtschaftlichen Entscheidungen im täglichen Leben auch besitzen: sie vergleichen Qualität und Preis, wollen informiert sein und wissen, wofür sie ihr Geld ausgeben. Und das ist gut so, denn nur so kann endlich Vernunft einkehren.

Suum cuique. Hoffentlich kommt es zu einer vernünftigen Lösung! Sicher aber nicht ohne unser Bemühen. Wer heute als Arzt ohne Einspruch die Politik alleine werkeln lässt, trägt mit Verantwortung an der Entwicklung hin zu einer staatlich diktierten Einheitsversorgung. Nur die Kostenerstattung sichert die elementaren Bürgerrechte nach Selbstbestimmung im Gesundheitsbereich.

Mit besten kollegialen Grüßen
Ihr



Dr. Ludger Wollring

Augenarzt in 45329 Essen – Winkhausstr. 1 BVA@wollring.de

LV Nordrhein - Berufsverband der Augenärzte (BVA)

Mandatsträger der Ärzte in Essen und in dem Bezirk Ruhr für die Vertreterversammlung und die Kammer

„Sicherstellung auf Basis Kostenerstattung“

ⁱ § 72 SGB V

- (2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten **unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist** und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.