

Praxisgebühr, Überweisung, Versorgungszentrum, Patientenbeauftragte – ein Alptraum meiner schlaflosen Nächte?

Zweifelsohne hat uns bereits das Werden der, ich will nicht zählen wievielen, „Gesundheitsreform“ wie immer beschäftigt. Allerorten hörte und schimpfte man über die Praxisgebühr. Ich erinnere an das Gezeter um die Öko-Steuer und andere klammheimliche Geldbeschaffungsmechanismen des Staates. Was ist denn nun von dem „Protest“ in der Bevölkerung übrig geblieben? Man bezahlt, die Ärzteschaft weist treu und brav darauf hin, das sei ja nicht auf ihrem „Mist“ gewachsen und imaginäre Politiker, von denen die Mehrheit der treuen Bürger durch die Mattscheibe getrennt ist oder die aber vielleicht auch den Schutz der Mattscheibe genießen, werden nicht müde, die Schuld ebenfalls den anderen zuzuschieben, man müsse ja so handeln, weil... Nun mal ehrlich, was ist nach zwei Monaten (Verfassung des Artikels) an kurzfristigen Erfahrungen übrig geblieben:

1. Die „Praxisgebühr“ – sicher hat jeder von uns am Patienten tätigen Ärzten seine Erfahrungen mit „Zahlungsunwilligen“ gemacht, die Mehrheit unserer Patienten aber zahlt bereitwillig – es ist doch für die Gesundheit! Als Hausarzt sehen viele Kollegen keinen Unterschied in den Fallzahlen zum Vergleichsquartal (I/03), im Gegenteil scheint der Trend doch eher zu einer Vermehrung der Konsultationen zu führen, da jeder für seine Facharztbesuche eine Überweisung benötigt und da ja die 10 EUR einmal gezahlt sind, kann man gleich noch mehrfach im Quartal den Arzt konsultieren. Es mag stimmen, dass eine sinkende Scheinzahl für Facharztpraxen zu konstatieren ist, wogegen die in der öffentlichen Presse verglichenen Zahlen und Trends doch offensichtlich gegenüber dem 4. Quartal 2003 massive Vorzieheffekte unterschlagen! Und was ist die Folge: Die Kaskierung der „Praxisgebühr“ fordert einen deutlichen Mehraufwand an Bürokratie. Die Folgen einer höheren Konsultationszahl mit Qualitätsverlust in der Patientenbetreuung bis hin zu Honorareinbußen sind hinlänglich bekannt.

2. Kurzfristig steigt die bürokratische Belastung in der Hausarztpraxis und nicht zuletzt auch der Verwaltungsaufwand in der Facharztpraxis durch die gegen Strafe (10 EUR) eingeführte Pflicht zur Vorlage eines Überweisungsscheines. Der Anspruch der Gesetzlichkeit, den Hausarzt hier als Lotsen zu etablieren – bereits bevor „Hausarztmodelle“ favorisiert werden, bedarf eines Kraftaktes in der ärztlichen Praxis, welcher ohne Ausgleich stattfindet. Ich will unterstellen, dass durch die kostenneutrale Einführung von Hausarztmodellen so erprobt und erleichtert werden soll.

3. Mit Inkrafttreten des GMG (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – übrigens der falsche Titel, denn nicht die GKV sondern die Versorgungsstrukturen werden „modernisiert“) wurde immer wieder moniert, dass keine Ausführungsbestimmungen, selbst nicht für kurzfristig greifende Änderungen – Chronikerregelung, Fahrtkostenerstattung, rezeptfreie Medikamente – bestehen, so wurde wieder ein Stück aus dem Tollhaus inszeniert. Hatte doch der bis zum 31. 12. 2003 eingesetzte „Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen“ bereits eine strenge Formel für die Chronikerregelung gefunden, so wurde diese vom Bundesgesundheitsministerium zurückgewiesen. Noch bevor der neue Ausschuss arbeitsfähig war, führten Drohgebärden aus dem BMGS zu Spannungen im Verhältnis. Folge ist nun eine „Chronikerregelung“, welche den Vergleich mit einem „Superweichspüler“ nicht scheuen muss. Fraglich, ob so eine Kostenersparnis durchgesetzt werden kann.

4. Ebenso treffen uns Ärzte die Nöte der Erklärung unseres Ordnungsverhaltens in Hinblick auf rezeptfreie Arzneimittel. Bereits lange vor Inkrafttreten des Gesetzes ist aus ärztlicher Sicht darauf verwiesen worden, dass hier Regelungen getroffen werden müssen, da es sonst zu Verwerfungen kommt. Die Unzulänglichkeiten bemerkend, wurde in letzter Minute eine mehr als mehrdeutige Übergangsregelung geschaffen. Leidtragender bleibt hier wieder der Patient, der entweder tiefer in die Tasche greifen muss oder nebenwirkungsbehaftetere Medikamente schluckt. Vielerlei noch in der Folgezeit auf die Patienten- und Ärzteschaft zukommende Beschränkungen sind in ihren Ausprägungen und Auswirkungen nicht abzusehen. Welche anderen Wege könnte es geben? Es bleibt unbenommen, jahrelange Forderungen der Ärzteschaft nach Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der GKV (z. B. Sterbegeld) sind umgesetzt worden. Eine Stärkung der Patientensouveränität kann nicht gesehen werden. Die Installation eines Beamten- und Beraterapparates – genannt Patientenbeauftragte – bemäntelt dieses wesentliche Element nicht. Patientensouveränität sollte aber nicht damit verwechselt werden, dass jeder Arzt die Verantwortung für sein Tun trägt. Selbst der proklamierte mündige Patient benötigt sach- und fachgerechte Beratung und Betreuung. Der Patient muss aber auch wissen, und das ist ein gesellschaftlicher Prozess, dass er auch für sich selbst in einem hohen Maße Verantwortung trägt. Das kann bis dahin gehen, dass zum

Beispiel spürbare erhöhte Aufwendungen zur Sozialversicherung notwendig werden, wenn offensichtliche, nicht krankheitsbedingte Gesundheitsrisiken bestehen oder entsprechendes Verhalten betrieben wird. So ist es sicherlich konsensfähig in einer breiten Masse der Bevölkerung, dass Erkrankungen, die hauptsächlich durch persönliches Fehlverhalten mitverursacht sind, bei fortgesetztem Fehlverhalten (zum Beispiel persistierender Nikotinabusus bei COPD) zum Ausschluss aus der Solidargemeinschaft führen könnten. Es ist aus meiner Sicht unverantwortlich, dass bereits heute Menschen – ohne dass ein gesellschaftlicher Diskurs geführt wurde, aus der Solidargemeinschaft ausgeschlossen werden, indem sie infolge ihrer Erkrankung „tiefer in die Tasche greifen müssen“. Ein anderes Beispiel – kurzfristig könnten Ausgaben für Arzneimittel eingespart werden, wenn, wie in den meisten Ländern üblich, nur der halbe Mehrwertsteuersatz erhoben würde. Der Verwaltungsaufwand könnte deutlich reduziert werden, wenn nur die durch übereifrige und überschießende Bürokraten eingeführten Belastungen gesenkt werden und die notwendigen Verwaltungen in weniger Krankenkassen zusammengefasst werden. Ebenso bietet die deutsche Ärzteschaft, wie auch nicht zuletzt das Bündnis Gesundheit 2000, genügend weitere Ansätze zur Gestaltung einer echten „Gesundheitsreform“ und das nicht im Sinne des Lobbyismus. Fazit ist:

– Kurzfristige Einsparungen sind mit den Maßnahmen dieses Gesetzes nicht zu erreichen. Preiserhöhungen im Niedrigpreisbereich der Arzneimittel (jahrelang wurde die Ärzteschaft gedrängt „billig“ zu verordnen) fressen Senkungen im Bereich der hochpreisigen Arzneimittel auf – Rechnungen und Gegenrechnung sind aus dem BMGS bisher noch nicht öffentlich gemacht.

– Mehraufwand an Verwaltung kann nicht kostenneutral erfolgen.

– Schnellschussartige Einführung neuer, nicht erprobter Versorgungsstrukturen wird Opfer fordern.

Zu guter Letzt bleibt die Frage: Ist es denn überhaupt notwendig, im Schnellschuss unüberlegte Gesetzlichkeiten zu verabschieden? Wir haben doch erfahren müssen, dass das Defizit der GKV in 2003 trotz „Vorzieheffekt“ im 4. Quartal 2003 um fast 2 Mrd. EURO geringer ausgefallen ist, als angenommen – wer lügt denn hier?

Erik Bodendieck
Vorstandsmitglied, niedergelassener Arzt