

Klausurtagung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Torgau
28. 2. 2004

Der ökonomische oder der ökonomisierte Arzt

Gegenwärtig erleben wir in Deutschland – und auch Sachsen ist logischerweise davon nicht ausgenommen – umfangreiche kontroverse und hitzige Diskussionen über die Zukunft unseres Gesundheitswesens und der Sozialsysteme insgesamt. Denen müssen wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin Sachsens wohl oder übel gleichfalls stellen.

In „Impulse 1/04“, einer Veröffentlichung der Adlatus-GmbH Chemnitz, einer Vermögens-, Finanzierungs- und Planungsgesellschaft, fand ich folgenden Text in einem aufschlussreichen Artikel von Stephan H. Geupel:

„... Veränderungen geschehen, wenn einerseits die Notwendigkeiten erkannt sind und der Leidensdruck zu hoch geworden ist, andererseits wenn der Blick in die Zukunft die vorhandenen Ängste beherrschbar gemacht hat und die Motivation vorhanden ist, Energien einzusetzen. In der Natur vieler Menschen liegt es, sich zunächst von Kleinigkeiten ablenken zu lassen, um nicht das Ganze sehen und begreifen zu müssen. So erleben wir aktuell heftigste Diskussionen um 10 Euro Praxisgebühr und übersehen dabei, dass jedem einzelnen Bürger allein die Arbeitslosigkeit in unserem Land mehr als das Hundertfache kostet. ... unsere Reformen auf der Mikro-Ebene stattfinden, unsere Probleme sich aber auf der Makro-Ebene abspielen. ... Sie müssen sich also schon selbst die Mühe machen, wenn Sie Veränderungen erleben und davon profitieren wollen.“ (Stephan H. Geupel)

Warum stehen eingangs solche Aussagen? Arztsein im niedergelassenen Bereich heißt gegenwärtig mehr denn je betriebswirtschaftlich, also ökonomisch, zu denken. Das dürfen wir nicht nur, sondern in unserem ureigensten Interesse müssen wir das. Ich wiederhole obiges Postulat: „Wir Ärzte müssen uns selbst die Mühe machen, wenn wir zweckmäßige Veränderungen erleben und davon profitieren wollen.“ Hinzufügen möchte ich folgenden lateinischen Spruch:

„Qui tacet, consentire videtur.“ (Wer schweigt, gibt sich den Anschein zuzustimmen.)

Das bedeutet auch für uns, wir dürfen nicht schweigend alles hinnehmen, müssen Stellung nehmen zu den verschiedenen Problemen unseres Berufes. Als SGAM vertreten wir die wissenschaftlich interessierten Allgemeinärzte Sachsens, die fast alle – so nicht im wohl-

verdienten Rentnerstand – als Hausärzte in eigener Niederlassung arbeiten. Wir können es nicht akzeptieren und schweigend quasi zustimmen, dass unsere Standesvertreter, allen voran der KBV-Chef, als Urologe ein Kleinstfachabgeordneter und weit von der Basis der Allgemeinmedizin entfernt, den öffentlichen Beißknochen der Politik, die 10 Euro Praxisgebühr = 10 Euro PG, geschluckt haben und uns aufbürdeten, selbige einzutreiben. Nebenbei, das Kürzel PG steht nunmehr bei offiziellen behördlichen Informationen wie im grünen KV-Heft zu den Pseudoziffern 8030 ff. nicht mehr für Parteigenosse aus brauner oder roter Zeit, sondern eben für eine vor allem in der Hausarztpraxis zu erhebende Kassenpflichtabgabe.

Wie waren unsere ersten praktischen Erfahrungen mit den ab Januar 2004 umzusetzenden vertragsärztlichen Verpflichtungen? Zu Jahresanfang 2004 hatten wir zwar endlose Zeitaufwendungen für Erklärungen aber nur selten Streit wegen der PG, hatten infolge angemessener unumgänglicher Vorbereitungen kein Chaos in der Praxis und behandelten unsere Patienten auch zu Quartalsbeginn ordentlich, weshalb wir das ungeeignete Plakat der KV, das uns selbst und unsere Arbeit in schlechtes Licht gerückt hätte, auch nicht aufhängten. Ständig gab und gibt es jedoch aufreibende Diskussionen über die Preise und Zahlungen in den Apotheken sowie über die fürs Kassenrezept „Nichtmehrverschreibbarkeit“ frei verkäuflicher Arzneimittel.

Auf einem kleinen Nebenschauplatz, die früher außerbudgetierte EBM-Ziffer 71, haben die KV-Vertreter ebenfalls versagt. Nach Abschaffen der Praxisbudgets ist sie nämlich im individuellen Punktmengenvolumen PMV untergegangen. Mithin entfällt der kleine Zuverdienst. Im Jahre 2004 werden bald viele Patienten mit den entsprechenden Anträgen kommen – die ersten waren bei den meisten Kollegen schon da – und wir Hausärzte dürfen dann erneut zum Nulltarif Hunderte von Formularen ausschließlich zum ökonomischen Wohl der Patienten ausfüllen. Wie sagte Dr. Richter-Reichhelm sinngemäß „Die Ärzteschaft ist nicht dafür da, politisch gewollte Gesetze sozial verträglich zu gestalten“. Man vergleiche Anspruch (gleich öffentliche Bekundungen) und Wirklichkeit!

Wenn man sich nicht sachgerecht seitens der KV vertreten sieht, muss die Frage gestattet sein, ob andere Verwaltungsstrukturen – wie

in anderen KV-Bereichen bereits geschehen – geeigneter sein könnten, unsere allgemeinärztlichen Interessen besser wahrzunehmen. Ob ein solcher Weg richtig und erfolgversprechend ist, vermag zum gegenwärtigen Zeitpunkt wahrscheinlich niemand zu sagen. Diskussionswürdig ist dieses Thema aber auf jeden Fall, zumal KV-Wahlen bevorstehen.

Der so genannten integrierten Versorgung, die zumindest partiell an Polikliniken erinnert, und uns 1 % des Gesamtvergütungsvolumens kostet, kann ich nichts revolutionär Vorbringendes abgewinnen. Um nicht missverstanden zu werden, ich favorisiere ausdrücklich eine gute interdisziplinäre kollegiale Zusammenarbeit. Aber muss das zum Beispiel außerhalb der Großstädte unter einem Dach sein, was größere Wege für die Landbevölkerung bedeutet und zu Mehrfachinanspruchnahmen verschiedener medizinischer Fachabteilungen auch unter den Bedingungen ökonomisch verursachter Zwangsüberweisungen geradezu verleitet? Dabei sind diese zur Ersparnis erneuter Praxisgebühr führenden Überweisungen für einen erheblichen Teil unserer Patienten nach der „1%-Befreiung“ gar nicht mehr nötig. Somit entfällt für das gleiche Patientenkontingent die gewollte Steuerungsfunktion im laufenden Jahr. Und muss es sein, dass spezialisierte Niedergelassene um den Erhalt ihrer Praxen fürchten, weil sich Krankenhausärzte, nicht nur die mit seltenen außergewöhnlichen Qualifikationen, die allesamt kein eigenständiges wirtschaftliches Risiko tragen, in die ambulante Betreuung umfassend einklinken dürfen? Wir Hausärzte sind von der Krankenhausöffnung gleichfalls betroffen, was sich nicht nur in intensivierter Nachsorge niederschlägt.

Schließlich ist es gleichfalls ein Hohn, dass sich die Vorgaben für unser Honorar im zu erwartenden „EBM 2000 plus“ am gesicherten Verdienst eines angestellten Krankenhausoberarztes ohne die ökonomischen Belastungen eines Selbständigen orientieren. Neben den innerärztlichen und den von der Politik uns aufgedrängten Querelen und bürokratischen Monstern – Stichwort DMP – möchte ich die Aufmerksamkeit noch auf andere, die eigene wirtschaftliche Situation nicht unwesentlich beeinflussende Vorgänge in unserem Umfeld lenken.

„Welcher Arzt in ... kann Ihnen jetzt noch helfen? Sie können jetzt ein 1. Klasse-Patient werden!“

Nach meinem letzten Urlaub gab mir ein von seinem Krebsleiden sich gerade erholender Patient eine solcherart aggressiv titelnde Werbezeitung. Er hatte freundlicherweise auf ihr einen Klebezettel angebracht, auf dem stand „Ich hoffe, dass Du das bist“. Es ist kaum zu glauben, aber die Freiheit unseres Gesellschaftssystems erlaubt groteske Aktionen, um sich finanzielle Vorteile zu sichern; nur die Angehörigen der so genannten Freien Berufe werden staatlich sanktioniert immer unfreier in ihrer Berufsausübung. Wie lange wollen wir uns das noch bieten lassen?

Der riesige Wandel in unserer Gesellschaft führt weiterhin in unserem noch immer hoch geachteten Beruf zu einer ausufernden Überbürokratisierung, die ohne erhebliche Nachteile für die Patientenbetreuung – und das letztere möchte ich akzentuiert hervorheben – kaum mehr zu bewältigen ist.

Nicht nur die deutsche Bevölkerung als ganzes sondern die Ärzteschaft im besonderen muss gehörig aufpassen, dass ihr Halt infolge progredienten Verschwindens von Kultur und Tradition nicht verloren geht. Oftmals tritt an die Stelle des hervorragenden Wissens unserer Altvorden eine durch elektronische Medien beförderte Informations- und Kontrollflut, die letztlich in keiner Weise unseren beruflichen Aufgaben dienlich ist. Als ein aktuelles, prägnantes und beispielhaftes Stichwort hierzu möchte ich den ICD-10-GM nennen.

Gewiss, neue Informationen, Wissensvermittlung und Fortbildungen müssen sein. Und es ist genauso klar, sie sollen unbedingt für jeden Arzt erreichbar und entsprechend seiner Qualifikation natürlich auch anwendbar sein. Wir wären als SGAM schlecht beraten, wenn wir ausgerechnet mit der ärztlichen Fortbildungspflicht hadern würden. Trotzdem ein aber: Muss sich ein Endfünfziger zwangsweise noch 250 Fortbildungspunkte ergattern, um nach dem 64. Geburtstag keine empfindliche Honorarminderung zu erleben, wobei zu hoffen ist, dass er weder am Burn out Syndrom,

noch am Chronic Fatigue Syndrom oder an Fibromyalgie leidet – sämtlich Zustände objektiver und/oder subjektiver Überforderung. Jetzt soll möglicherweise früherer und noch nicht abgerechneter Punkterwerb anerkannt und eventuelle die initiale Sammelfrist auf fünf-einhalb Jahre verlängert werden. Sind diese eigentlichen Selbstverständlichkeiten es wert, dass wir Beifall klatschen und lauthals jubeln, wenn diese Brosamen als Riesengewinn für die Ärzteschaft offeriert werden?

Warum kann der vielfach beschworene mündige Bürger nicht selbst entscheiden, welchen Arzt er wählt? Ich bin mir der kontroversen Darstellung durchaus bewusst, denn ich fordere im gleichen Atemzuge, dass wir uns intensiv und aktiv in das allgemeine Fortbildungsbestreben, deren Nützlichkeit wir in keiner Weise anzweifeln, einbringen müssen. Tun wir es nicht, verlieren wir wichtiges innerärztliches Terrain, und es werden andere diesen Platz einnehmen wollen. Dies gilt gleichermaßen für die universitäre Ausbildung, für die Weiterbildung zum Hausarzt = Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie für die berufsbegleitende lebenslange Fortbildung.

Es ist bestimmt nicht besonders zweckmäßig, lediglich laut zu klagen, aber es ist an der Zeit, dass auch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft wie die SGAM laut und deutlich ihr wachsendes Unbehagen über die aktuellen, vor allem im wirtschaftlichen und bürokratischen Bereich angesiedelten Unzulänglichkeiten artikuliert. Gemeinsam mit allen Fachgruppen müssen wir offen aussprechen, was uns alle bedrückt und unser ärztliches Handeln erschwert und dabei auf Veränderungen drängen. Individuell sollten wir demgegenüber tatsächlich versuchen, die eigene Belastungsgrenze zu senken; jawohl, zu senken! Ist das ein Widerspruch?

In der gesamten Berufswelt ist die Feststellung „ich bin belastbar“ außerordentlich positiv besetzt. Sie signalisiert sowohl Stressbewältigung in Ruhe als auch die Fähigkeit, Druck jeder Art auszuhalten. Dürfen wir aber nicht

gleichfalls zu unseren Schwächen und der Endlichkeit der Belastbarkeit auch eines engagierten Arztes stehen? Dürfen wir nicht wie andere ebenso sagen „Bis hierher und nicht weiter“? Ich wage die Aussage, wir werden es künftig sagen müssen. Wir werden bei nachlassender Arztdichte zu diesem Handeln gezwungen sein.

Lassen wir uns von wem auch immer nicht noch mehr aufhalsen nach dem Motto „Die dem Hippokratischen Eid verpflichteten und sozial denkenden Ärzte werden es schon richten...“ Wir alle müssen es lernen, in manchen Situationen ein deutliches nein zu sagen, sonst wird einer nach dem anderen von einem der vorgenannten Überforderungssyndrome befallen werden und nicht nur sich sondern logischerweise auch seinen Patienten nicht mehr ausreichend helfen können. Denn es ist nun einmal so, der Belastbare wird immer weiter und mit immer mehr belastet – bis auch er nicht mehr belastbar ist. Im Ergebnis lauern physische, psychische und soziale Probleme. Erlauben wir uns also neben unserem großen Engagement als ärztliche Gruppe auch gelegentlich gemeinsam nein zu sagen, wenn wieder einmal ähnliche Anforderungen wie das Ausfüllen unsinniger DMP-Bögen an uns herangetragen werden. Geben und nehmen muss selbstverständlich auch für uns Ärzte in Balance gehalten werden. Das im besonderen ist unserer veränderten Umwelt zu verstehen zu geben.

Der lateinische Spruch, der einem gewissen Kaiser Lothar aus grauen Vorzeiten zugesprochen wird, gilt unverändert in der Gegenwart: „Tempora mutantur nos et mutamur in illis“ (Die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns mit ihnen)

Dr. med. Johannes Dietrich
Präsident der Sächsischen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin (SGAM)

Vortrag auf der Klausurtagung des SGAM-
Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirates
am 28.2.2004 in Zwethau bei Torgau