

Was wird aus der geeinten Ärzteschaft?

Jetzt, wo das von der rot-grünen Regierung unter Mitwirkung der CDU/CSU erarbeitete und vom Bundestag durchgewinkte Gesundheitsmodernisierungsgesetz seine volle Wirkung entfaltet, werden die Auswirkungen offenbar.

Mit diesem Gesetz ist das, was unsere ärztlichen Vorfahren seit 1872 mühsam erkämpft haben, die Einigkeit, noch mehr auf die Probe gestellt worden.

Bereits 1872, zum 1. Ärztetag in Deutschland, ging die Diskussion um das Verhältnis der Ärzte zum Staat, um die Wahrung der Standesehre, darum, die ärztlichen Rechte und Pflichten selbständig zu bestimmen und verwalten.

Nach der Einführung der Sozialversicherung 1884 befassten sich Ärztetage intensiv darum, die Monopolstellung der Krankenkassen abzuschaffen, Regierung und Gesetzgeber im Sinne der Ärzte zu beeinflussen – mit wenig Erfolg. Daraufhin entstand unter anderem unter der Führung des Leipziger praktischen Arztes Dr. Hermann Hartmann der „Leipziger Verband“. Dieser und andere Ärzteverbände schlossen sich 1903 zur größten wirtschaftlichen Organisation der Ärzteschaft zusammen, zum „Verband der Ärzte Deutschlands“. 1913 drohte der Hartmannbund einen „reichsweiten Ärztestreik“ an, wenn man den Forderungen der Ärzteschaft nach Abschaffung des Anstellungsmonopols der Kassen, nach freier Arztwahl, Einzelleistungshonorierung und Abschluss von Kollektivverträgen nicht nachkommt. Daraufhin wurde ein privatrechtlicher Vertrag zwischen der organisierten Kassenärzteschaft und den Kassenverbänden geschlossen: das „Berliner Abkommen“.

1930 erwogen Regierungsparteien erneut, die Ärzte zu Kassenangestellten zu machen. Daraufhin präsentierte der Hartmannbund ein vom Ärztetag bestätigtes Programm mit folgenden Aufgaben: Gesamtvergütungsanspruch der Ärzteschaft gegenüber den Kassen, ausschließliche Aushandlung von Kollektivverträgen, Sicherstellungsauftrag, Disziplinarbefugnisse und Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung.

Das war quasi die Geburtsstunde der Kassenärztlichen Vereinigung – per Notverordnung 1931.



Dr. med. Frank Eisenkrätzer

Im Jahre 1955 wurden in der Bundesrepublik Deutschland die bisherigen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt, allerdings mit der Auflage, auf Kampfmaßnahmen zu verzichten.

Wie steht es heute um die demokratischen Strukturen der Ärzteschaft? Kurz gesagt: schlecht.

Bei allen gesetzlichen Änderungen und Reformen steht seit 1977 im immer schwerer zu finanzierenden deutschen Gesundheitswesens die Kostendämpfung im Vordergrund. Der Hebel wird bei den sogenannten Leistungserbringern angesetzt, nicht zuletzt bei der niedergelassenen Ärzteschaft, die nicht wirtschaftlich handele, sich nicht auf das Notwendige beschränke usw.

Höchst ungenügend erwähnt wird aber, dass durch politische Entscheidungen die Gesetzliche Krankenversicherung in den letzten Jahren mit zwei Prozentpunkten belastet worden ist durch versicherungsfremde Leistungen. Dadurch gehen dem System ca. 30 Milliarden Euro jährlich verloren.

Ignoriert wird, dass die Alters- und Morbiditätsstruktur sich verändert und die medizinischen Diagnostik- und Therapiemethoden sich ständig verbessern. Frau Ministerin Schmidt und ihre Berater betrachten uns Ärzte in den Krankenhäusern, die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer Selbstverwaltung, die schützend ihre Hände über alle Fachgruppen hält, als die Kostentreiber. Wen wundert es dann noch, wenn das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein bis in alle Einzelheiten durchdachtes

Konzept der Entdemokratisierung der ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen entwickelt und es zum Gesetz erheben lässt? Und das geht folgendermaßen vonstatten:

Die KVen werden umstrukturiert. Die Vertreterversammlungen wählen hauptamtliche Vorstände, die sich von der Basisarbeit als Ärzte, (sofern es noch Ärzte sind, was nicht Bedingung für diesen Posten ist,) weit entfernen. Dem Vorstand direkt unterstellt sind jetzt die Bezirksgeschäftsstellenleiter. Die Vertreterversammlung wird zahlenmäßig verjüngt und ihre Aufgaben reduziert. Von einer ihrer wichtigsten Aufgaben, die Abstimmung über den Honorarverteilungsmaßstab, wird sie entbunden.

Mit dem § 73b SGB V können die Krankenkassen mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge für eine hausarztzentrierte Versorgung abschließen. Hier besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss für den einzelnen Arzt.

Laut § 140 a-d SGB V können Krankenkassen Einzelverträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinärfachübergreifende Versorgung abschließen. Bei dieser Integrierten Versorgung werden die Einzelverträge außerhalb des Sicherstellungsauftrages geschlossen, das heißt die KV bleibt draußen vor. Das Kabinettsstück läuft dann so ab: den Krankenhäusern und allen Ärzten aus dem niedergelassenen Bereich kann zunächst 1 Prozent des ihnen zustehenden Gesamthonorars von den Kassen einbehalten werden und potenziell als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgungsverträge verwendet werden. Das entspricht deutschlandweit etwa 680 Millionen Euro pro Jahr.

Unsere ärztlichen Selbstverwaltungen – die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer – stehen ihren Ärzten gern beratend zur Seite! Bitte kommen Sie auf uns zu!

Wir alle kennen bereits den BARMER-Vertrag und den AOK-Vertrag mit dem Sächsischen Hausärzterverband. Bei beiden Verträgen ist ein finanzieller Vorteil für die Gesetzliche Krankenversicherung gegenüber der bisherigen Form der freien Arztwahl nicht abzusehen. So demütigend dieser blinde Eifer auch sein mag – es ist den Ärzten unter diesen Bedingungen nicht zu verübeln, dass sie besonders

bei den sich häufenden betriebswirtschaftlichen Problemen nach jedem Strohalm greifen, ärztliche Solidarität hinten anstellen und es hinnehmen, gespalten zu werden.

Nur eine einige Ärzteschaft könnte das Ruder des Bootes, in dem wir alle sitzen, noch herum reißen.

Die neue Doppelspitze der Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht die Probleme der Entdemokratisierung nicht anders: Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, schreibt in KLARTEXT vom Januar 2005: „Seit In-Krafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetz kann man allerdings nicht mehr von einer Rahmengesetzgebung durch das SGB V sprechen. Fast alle Belange der gemeinsamen Selbstverwaltung unterliegen Genehmigungsvorbehalten, teilweise sogar mit der Möglichkeit einer Ersatzvornahme. Darüber hinaus gibt es einen klaren Trend auf Bundesebene, eigenständige Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung einzurichten.“ Dazu gehören der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit oder die Betriebsorganisation für Aufgaben der Telematik. Diese Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen unter der Rechtsaufsicht des BMGS. „Die Trennung von Rechts- und Fachaufsicht ist jedoch nicht immer eindeutig erkennbar“. Das sind klare Worte!

Auch bei der KVS ist der Trend zur staatlichen Kontrolle unverkennbar. Erwähnt sein soll nur

der sich gerade gründende neue Prüfungs- und Beschwerdeausschuss.

Was wir tun können, um den Prozess des politisch gewollten verstärkten Einflusses der Krankenkassen auf uns Ärzte und unsere gemeinsamen Selbstverwaltungen zu dämpfen ist eine bessere Transparenz unserer Arbeit in den Selbstverwaltungen, eine Darstellung dessen, was wir täglich tun, nach dem Motto: tue Gutes und sprich darüber. Das ist der einzige Weg, um die Akzeptanz der Selbstverwaltungen in der Ärzteschaft und damit die innerärztliche Einigkeit zu stärken.

Frau Schmidt ruft junge Ärzte auf, sich vor allem in arztarmen Regionen wie dem Osten nieder zu lassen mit der Begründung, das GMG hat dafür ideale Bedingungen geschaffen. Das klingt wie ein Hohn. Die Wirklichkeit sieht leider so aus, dass ältere Ärzte ihre Praxen ohne Nachfolger aufgeben, weil junge Ärzte in das Ausland, in alte Bundesländer oder in Pharmafirmen und Verwaltungen abdriften und die noch vorbildliche medizinische Versorgung in Deutschland bald das Niveau haben wird, wie wir es uns nie gewünscht haben.

Das uralte Prinzip „Teile und Herrsche“, wie es zur Zeit von Frau Schmidt und ihren Beratern angewandt wird, funktioniert prompt. Die Folgen könnten verheerend sein, vor allem die Folgen für die Patienten, die sich mit großen Heilserwartungen an ihre Ärzteschaft wenden, einer staatlich manipulierten, zu Leistungserbringern degradierten, als fortbil-

dungsunwillige und renitente Sonderschüler herunterstilisierte Berufsgruppe. Dass die flächendeckende medizinische Versorgung noch vorbildlich im Vergleich mit anderen Ländern funktioniert, ist dem Fleiß, Fortbildungswillen, der hohen Qualität der Arbeit und der großen Motivation der Ärzteschaft zu verdanken. Das prägt auch ihr Ansehen in der Bevölkerung. Wehren wir uns gegen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens, gegen die vorgesehene Demontage der ambulanten fachärztlichen Versorgung, gegen die Einschränkung der freien Arztwahl, besinnen wir uns auf unsere gemeinsamen beruflichen Wurzeln.

Deshalb sollte sich jeder genau überlegen, ob er an Integrierten Versorgungsverträgen, an Hausarztverträgen und anderen freiwilligen Programmen teilnimmt!

Lassen Sie sich von Ihren Ärztlichen Selbstverwaltungen beraten, wann immer Sie es für erforderlich halten! Und wer sich politisch engagieren möchte, kann sich jederzeit an das Bündnis 2000 wenden, das vor wenigen Tagen ein Positionspapier zur „Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung“ beschlossen – und sich dort eindeutig positioniert hat.

Dr. med. Frank Eisenkrätzer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Vorsitzender des Regionalausschusses
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen,
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Mitglied der Kammerversammlung