

Arzt in Deutschland - die Verabschiedung auf Raten ?

Alle „Reformen“ im Gesundheitssystem in den letzten Jahren haben nach den Vorgaben der Politik und der Kassen, trotz zunehmender Qualität und fortschreitendem medizinischem Fortschritt sowie längerer Lebenserwartung mit höherer Morbidität und allgemeiner Verteuerung, das Ziel, kostenneutral zu sein und die Beitragsstabilität zu wahren. Diesen Zielen wird alles untergeordnet.

Der **Weg** ist ...

... Gesetzliche Vorgaben: Behandlung nach **WANZ** (**wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig**)

Daraus folgt für den Arzt ...

... seit Jahren „Vergütung“ in Punkten („Muschelgeld“), die den Wert einer ärztlichen Leistung darstellen sollen; erst nach 6 Monaten wissen, was die Leistung wert ist, richtet sich nach dem Geld im Topf der Kassen, sog. „floatender Punktwert“.

Ständig fallende Punktwerte und Vergütung, dazu staatlich verordnet „Nullrunden“; bei Lohnsteigerung und Steigerung der Unkosten handfeste „Minusrunden“.

... Budgets und Haftungsaufgaben:

Gesamtfallzahlbegrenzung:

die Zahl an Patienten, die pro Quartal behandelt werden darf; richtet sich nach der Anzahl der Patienten im selben Quartal des Vorjahres: mehr Patienten werden nicht vergütet.

Fallzahl(Patientenzahl)zuwachsbesgrenzung:

5% Steigerung der o.a. Gesamtfallzahl möglich; bei gleicher Gesamtsumme gleichbedeutend mit weiterem Verfall des Punktwertes und Mindervergütung aller Leistungen.

Fallpunktzahlen (FP)

Von der KV festgelegte Punkte, die im Schnitt pro Fall (Patient) im Quartal bezahlt werden. „Abgerechnet“ werden können mehr Punkte, aber es gibt kein Geld (s.o. auch „Muschelgeld“). Die FP sind unterschiedlich für die Ersatzkassen und RVO- Kassen (z.B. AOK,IKK, LKK usw.), variieren von Fachgruppe zu Fachgruppe, aber auch innerhalb einer Fachgruppe selbst, da sie das frühere Abrechnungsverhalten und Leistungsangebot berücksichtigen.

Über diese Zahl (FP) hinausgehende Leistungen werden nicht vergütet.

Die FP ergibt in der Berechnung den Scheinwert in EURO, indem später diese FP mit dem nach Kassenlage errechneten cent- Betrag pro Punkt multipliziert wird. (floatenden, s.o.)

Regelleistungsvolumen (Fallpunktzahl Arztgruppe x Fallzahl eigene Praxis):

In dessen Rahmen sollen die erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten vergütet werden. Über das RLV hinaus gehende Leistungen werden mit einem deutlich niedrigeren Punktwert bedient.

Fallzahlen (=Patientenzahl)Obergrenzen:

Die Fallpunktzahl wird um 25% für jeden Fall gesenkt, der über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgeht. Bei Fällen, die über 200% des Arztgruppendurchschnitts liegen, wird anstelle der individuellen Fallzahl die Fallzahlobergrenze von 200% verwendet. (es erfolgt also keine Vergütung); Folge aller Maßnahmen: ca. 25% der Leistungen werden primär nicht vergütet.

Festlegung der Dauereiner bestimmten Untersuchung in Minuten:

Gültig seit 2/2005, sog. EBM 2000plus. Laut Gesetzgeber und Krankenkassen wirtschaftlich kalkuliert, berücksichtigend die Situation zu Beginn der Verhandlungen vor mehr als acht Jahren.

Punktwertverlust real für das Quartal 2/2005 von 23%, und dabei bleiben zusätzlich die allgemeinen Verteuerungen und die sonstige Lohnentwicklung in den mehr als 8 Jahren unberücksichtigt.

Einhaltung einer Gesamtarbeitszeit von 780 Stunden/ Quartal ...

... und, wer mehr als 3x länger als 12 Stunden pro Tag im Quartal arbeitet, errechnet aus den mit den o.a. Minutenwerten versehenen Abrechnungs-Untersuchungsziffern, wird aus Sicht der Kassen „auffällig“ und im Hinblick auf Betrug geprüft.

Haftung des Arztes für die Höhe der Medikamentenverordnung (Arzneimittel-Budget, Arzneimittel-Richtgröße= durchschnittlicher Rezeptwert):

Die Höhe dieses Budgets ist gebietsabhängig unterschiedlich. Den Nervenärzten wird folgender Rezeptwert zugestanden:

- ab 2006 für ein Mitglied/Familienmitglied 135,53 € / Quartal, (vorher 122,09 €)
- ab 2006 für einen Rentner 151,08 € / Quartal. (vorher 136,11 €)

(Zum Rechnen, „ob es reicht“, beispielhaft folgende Rezeptwerte:

Interferone bei MS zwischen 3600 bis 4500 € / Quartal, fortgeschrittener Parkinson ca. 1000 € / Quartal, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, Alzheimer 400 bis 1000 € / Quartal, Angsterkrankungen 200-600 € pro Quartal...).

Bei **Regressandrohung**, nach den neuen Bestimmungen auf jeden Fall zu erwarten bei Überschreitung der Richtgröße um 15%, muss der Arzt versuchen, Praxisbesonderheiten geltend zu machen und so die Überschreitung zu begründen.

Haftung des Arztes für Verordnungen „off- label“

(Arzneimittelregress wegen sonstigen Schadens):

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für wirksame Medikamente dann nicht, wenn diese keine offizielle Zulassung für die Krankheit haben, bei der sie eingesetzt werden. Verordnet ein Arzt diese Medikamente auf Kassenrezept, muss er auf Antrag der Kasse die Kosten selbst übernehmen .

Diese Situation ergibt sich, wenn die Pharmaindustrie kein Interesse an der Neuzulassung in Abwägung der Kosten-Gewinn-Rechnung hat oder auch schon deshalb, weil die Erkrankung relativ selten ist und entsprechende Patientengruppen für eine aussagekräftige Medikamentenstudie erst gar nicht oder nur schwer gebildet werden können. Diese Verordnungen spielen gerade in der Psychiatrie mit teilweise symptomorientierter Verordnung eine Rolle aber auch in der Neurologie.

Heilmittelbudget:

Haftung des Arztes für die Verordnung von z.B. Krankengymnastik, Massagen, Logopädie, Ergotherapie. In der Zwischenzeit primär sehr stark reglementiert.

Generell Haftung des Arztes, in der Sozialgesetzgebung nach WANZ (s.o.), im Zivilrecht aber, also im Klageverfahren wegen Unterlassung, Verurteilungs-Kriterien nach optimal und Ausschöpfung aller Möglichkeiten:

Aus dieser Schere lässt uns der Gesetzgeber nicht heraus. Dafür werden wir aber als Leistungserbringer, Ressourcenverschwender, Kassenbetrüger und Großverdiener regelmäßig beschimpft.

Das **Ziel** ist ...

... **strengstes WANZ** nach dem Willen und dem Diktat der Politik

Der **Weg** ist ...

... der Beginn einer neuen Ära (?!)

Ab 01.04.2006 neues „**Bonus-Malus-Gesetz**“ in der Medikamentenverordnung mit **Zuweisung von Tagestherapiekosten** „für verordnungsstarke Anwendungsgebiete“.

Schon immer **haftete der Arzt mit seinem Geld für Überschreitungen**, als Verschärfung sind nun Strafzahlungen (Malus) vorgesehen und zwar bei Überschreitung von 5 -10% mit 20%, bei 30%-iger Überschreitung mit 30%, bei darüber hinaus gehender Überschreitung mit 50% Zahlung.

Die Haftung = Malus ist „muss“-Bestimmung. (Bonus s. unten).

Als Neurologe und Psychiater gehöre ich zu der Gruppe der hochpreisigen Verschreiber (Beispiele s. oben)

Schon bisher habe ich die schon seit Jahren in die Zigtausende gehende Überschreitung bei ständiger Möglichkeit einer Regressandrohung stillschweigend in Ihrem Interesse ertragen, auch wissend und davon ausgehend, wenn auch ohne Gewähr, dies verantworten und begründen zu können, aber auch wissend, pleite zu sein, wenn die Begründung nicht anerkannt würde.

Allerdings werden Sie dafür Verständnis haben müssen, dass ich ab April 2006 nicht mit meinem Geld Medikamentenausgaben-Überschreitungen (Malus) finanziell ausgleichen werde, die Ihnen, der Pharmaindustrie, dem Apotheker und den Sozialstellen wie Arbeitsamt, Krankenkassen und Rentenversicherungen durch weniger Arbeitsunfähigkeiten, weniger stationäre Einweisungen, weniger Kurmaßnahmen, Verzögerung oder Vermeidung einer vorzeitigen Berentung etc. zu gute kommen.

Wie letztlich verfahren wird, kann ich noch nicht sagen, da mir aktuelle nachvollziehbare und verbindliche, auf den Einzelfall anwendbare Informationen noch nicht vorliegen. Vielleicht geht es auch alles viel unkomplizierter und sicherer, als bei der derzeitigen Gesetzeslage.

Ansonsten werden wir uns leider aber wohl gemeinsam von der Therapiefreiheit des Arztes verabschieden müssen.

Mit der Verquickung eines Bonus, indem ich also „verdienen“ kann („nur“ Kann-Bestimmung), wenn ich weniger verordne, also mir überhaupt die Möglichkeit vom Gesetzgeber eröffnet wird, Ihnen das Richtige aber Teure mit Belohnung (Bonus) vorenthalten zu können, hat sich der Gesetzgeber mal wieder etwas Schönes einfallen lassen, mich persönlich und in meinem Beruf als Arzt diffamieren zu können, frei nach der jetzt schon zu erwartenden Schlagzeile „Es ist alles ausreichend da, jeder bekommt das, was notwendig ist, aber die Ärzte wollen ja nicht verordnen sondern durch Nichtverordnung verdienen“.

Wenn die Kassen und das Bundesgesundheitsministerium Leistungen nicht mehr bezahlen könne und wollen, dann sollen diese Ihnen und den Ärzten dies per Gesetz direkt mitteilen und nicht, wie immer, bei vollmundigen Versprechungen „jeder bekommt das, was Notwendig ist“ dem Arzt die Rationierung der Medizin „aufs Auge drücken“.

Schon heute bekomme ich nicht nur Magenschmerzen, wenn ich daran denke, mich evtl. auch nach oft jahrelanger gemeinsamer Zeit von einem Teil meiner in der Verordnung sehr teuren Patienten trennen zu müssen, um nicht in weniger als einem Quartal meine Praxis und die wirtschaftliche Grundlage für meine Familie und die meiner Arztassistentinnen zu verlieren.

Das **Ziel** ist ...

... einkalkulierte Vernichtung der freiberuflichen (Fach)arztpraxis.

Gerne wird von den Politikern das englische oder holländische Modell einer Krankenversicherung angeführt. Diese Modelle funktionieren ohne Fachärzte in der ambulanten Versorgung. Fachärzte erreicht der „Normalpatient“ erst in Kliniken, nach Wartezeiten von Monaten (!). Daher können im grenznahem Raum die Patienten die deutschen in freier Praxis niedergelassenen Fachärzte aufsuchen, es wird nach Belgien ausgewichen oder die Norweger kommen über feste Fährverbindungen zu deutschen Fachärzten in die Praxis. Der Hausarzt wird später in die „Zange“ genommen. In England entscheiden Schwestern (Nurse-System) über den Besuch beim Hausarzt und dieser dann über den Besuch beim Facharzt in einer Klinik.

Das **Ziel** ist ...

... der Weg zur planbaren Staatsmedizin ?

Umleitung von Geldern aus der ambulanten Versorgung in die Kliniken oder in MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum), dort Errichtung von Spezialambulanzen, die vordergründig auch das Risiko der hochpreisigen Verordnung übernehmen, aber auch in ihrem Verhalten durch politische Vorgaben einfacher „zu kontrollieren“ seien dürften.

Bei BESCHWERDEN wenden Sie sich bitte an:

- Ihre Krankenkasse (Adresse dürfte Ihnen bekannt sein)**
- die Geschäftsstelle der **Patientenbeauftragten der Bundesregierung** Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Frau Helga Kühn- Mengel, Wilhelmstr. 49, 11017 Berlin Tel. (01888) 441 0
- das **Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit:** Tel. (01805) 99 66 02, Fax (01805) 22 11 28
- Frau Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel**, Fax (01888) 400 2357
- KV Baden-Württemberg**, Fax (0711) 7875 274
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**, Fax (030) 4005 1590