

Hier irrt die Gesundheitsministerin gewaltig!

Im Interview mit der Berliner Zeitung vom 17.11.2005 präzisiert Frau Ulla Schmidt ihre Pläne für die kommende Legislaturperiode: Um eine Klassenmedizin zu verhindern, sollen Privatpatientenhonorare denen der Kassenpatienten angeglichen werden. Mangels Honorardifferenz würden dann Kassenpatienten nicht mehr benachteiligt werden. Außerdem sollen Krankenhausärzte auch im ambulanten Bereich arbeiten, um Versorgungsengepässe zu vermeiden. Warum sind solche Pläne unreal und abwegig?

Schon immer waren die Arzthonorare der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geringer als Privatpatientenhonorare, da der GKV von der Ärzteschaft ein Sozialrabatt eingeräumt wurde. Denn die Gesetzliche Krankenversicherung wurde von Bismarck begründet, um die arme Bevölkerung nicht im Krankheitsfalle unverschuldet in Not geraten zu lassen. Diese Honorarminderung konnte die Ärzteschaft tragen, weil in beiden Bereichen (GKV und Private Krankenversicherung (PKV)) genügende Honorare gezahlt wurden (Im GKV-Bereich 25% der Kassenausgaben für ambulante Arztbehandlung). Im Laufe der Jahrzehnte wurde durch Anheben der Pflichtversicherungsgrenze beim Einkommen der Anteil der GKV-Versicherten immer weiter erhöht. Das durchreglementierte Krankenversicherungssystem für Bedürftige wurde zur Zwangskrankenversicherung für den Großteil der Bevölkerung (fast 90%). Mit der intendierten „Bürger“-versicherung würde sie es zu 100% werden.

Die Einnahmen der GKV sind lohnsummenabhängig. Mit stetiger Minderung der Zahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer ist die GKV in eine Einnahmekrise gekommen. (Die Plünderung der GKV zur Sanierung von Renten- und Arbeitslosenversicherung noch bis ins Jahr 2002 hinein (Stichwort Sozialverschiebebahn) soll jetzt nicht erörtert werden.) Zur Stabilisierung wurde ärztliche Arbeit immer geringer vergütet, bei zurückgehenden Einnahmen also bei den Leistungserbringern gespart. Richtig gewehrt haben sich die Ärzte nicht. Es ist eine inhomogene Gruppe von Individualisten, die zudem in der Ethikfalle verfangen ist. Das bedeutet, der Hilfesuchende wird notfalls auch ohne Honorar behandelt, aus ärztlichem Selbstverständnis heraus wird keiner in Stich gelassen. Zusätzlich brachten Ärzte aus der Ex-DDR nicht das Selbstbewusstsein mit, für hohe Leistung und entsprechender gesellschaftlicher Anerkennung auch ein entsprechendes Honorar einzufordern. Sie konnten für Lohndumping genutzt werden. Was so im Arztbereich zu sparen ist, wurde von Kassen und Politik rasch erkannt und als Werkzeug benutzt. Mit jedem GKV-Reformgesetz wurde ärztliche Arbeit entwertet, entweder geringer vergütet oder mehr Leistungen fürs gleiche Honorar verlangt. Die Schmerzgrenze ist bei der Ärzteschaft längst überschritten, auf Proteste wurde nicht reagiert. Man meint, auf niedergelassene Fachärzte und deren wohnortnahe Behandlung ganz verzichten (es wäre eine teure Luxusdoppelversorgung) und sie in die Insolvenz treiben zu können. Mit der Teilung der Ärzteschaft in „Haus-“ und Fach-Ärzte und ein paar Honorarbons für Hausärzte hat man erfolgreich eine Hälfte der niedergelassenen Ärzte zum Stillhalten gebracht. In Reaktion auf unzureichende Honorare im Kassenbereich haben sich Ärzte zunehmend um Privatpatienten bemüht, auch der Autor ist zu solchem Handeln gezwungen. Oder sie haben Selbstzahler („Igel“)leistungen eingeführt. Selbst merkantil orientierte Methoden aus dem Heilpraktikerbereich wurden übernommen und haben zu entsprechender Beschädigung der Profession Arzt geführt (Ich schrieb 1999: Unsere Gesellschaft bekommt die Ärzte, die sie verdient.). Alles nur, um wirtschaftlich über die Runden zu kommen. Jetzt haben wir die Situation, dass der Arztberuf in Deutschland kaum Perspektiven bietet. Der Krankenhausarzt kann seine Ausbeutung nicht mehr als Übergangsphase zu besseren Zeiten ansehen und aushalten, weder Aufstieg im Hause noch Niederlassung bessern die Situation entscheidend. Nachfolger für in Ruhestand gehende Ärzte sind schwer zu finden (wir brauchten 1 Jahr, um eine Nachfolgerin für unsere Praxispartnerin selbst hier in der Hauptstadt mit ihrem attraktiven Umfeld zu finden), ein Viertel der Berufsanfänger (für teures Geld ausgebildet) geht nicht in Deutschland in den Beruf. Und

Berufserfahrene aller Fachrichtungen werden ins Ausland abgeworben, wo sie ein wesentlich höheres Honorar erwartet. Zudem geht die Hälfte der niedergelassenen Ärzteschaft aus Altersgründen in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand. Das PKV-Honorar mit einer Gebührenordnung von 1996 ist preissteigerungsbedingt 13% weniger wert als 1996.

Wer dies alles weiß, kann doch nur den Schluss ziehen, die Kürzungen der Vergangenheit waren überzogen (nur noch 13% der Kassenausgaben sind für niedergelassene Ärzte, also für die ambulante Behandlung), Arzthonorare müssen wieder eine angemessene, international vergleichbare Höhe haben!

Wie sieht es aktuell aus? April 2005 wurde für die GKV ein neuer Gebührenmaßstab gültig (EBM2000plus). Es wurden viele Arztleistungen abgewertet oder pauschalisiert. Als Kalkulationsgrundlage sollte ein Arztstundenhonorar von 46,20 Euro (!) erreicht werden mit einem Punktwert von 5,1 Cent. Das ist wahrlich bereits knapp, soll doch davon auch noch das Personal bezahlt werden (und verlangt z.B. ein Firmentechner für die Wartung von Praxisgerät 78 Euro die Stunde). Selbst diese Honorarhöhe wurde bundesweit den Ärzten von den Kassen verweigert, meist wurde ein Punktwert von nur 4,1 Cent durchgedrückt und damit nochmals um fast 20 Prozent gesenkt. Neuinvestitionen sind nur bei Einnahmen in PKV-Höhe möglich, diese aber kommen allen Kranken zugute.

Wenn die Ministerin also ankündigen würde, die GKV-Honorare sollen auf PKV-Höhe angehoben werden, wäre das ein erster richtiger Schritt. Aber das Überlebens“brot“ der PKV-Honorare auf Kassenniveau zu kürzen, würde Klasse-Medizin in Deutschland abschaffen und eine klassenfreie, durchgehend schlechte medizinische Versorgung in Deutschland einführen. Auch der Autor würde seine Praxis schließen müssen. (Wann soll übrigens die 1.Klasse bei der Deutschen Bahn abgeschafft werden?)

Zur Entlastung bei weiterem Ärzteschwund plant Frau Schmidt, Krankenhausärzte ambulant behandeln zu lassen. Hier belügt sie sich selbst, ist doch von der Koalition vereinbart, die Einführung des europäischen Arbeitszeitgesetzes auf 2007 zu verschieben, um die Neueinstellung von dann mehr benötigten Krankenhausärzten zu vermeiden. Bis dahin sollen weiterhin Bereitschaftsdienste nicht als volle Arbeitszeit und Überstunden nicht vergütet werden. Wie sollen diese Krankenhausärzte, die ohnehin unzumutbar zuviel arbeiten, dann noch zusätzlich ambulante Behandlung übernehmen?

Verdrängen oder Leugnen der Wirklichkeit ist keine Ausgangsbasis für eine gute Gesundheitspolitik.

Was ist zu tun? Zunächst sind erkannte Fehler zu beheben.

a) Das letzte GSG von 1992 hat eine Ausgabenexplosion der Kassen für betriebswirtschaftliche und juristische Beratung und Verwaltung bewirkt wegen der vielfältigen neuen Vertragsformen im ambulanten wie stationären Bereich. Korrekte Ausgabenaufstellungen hatten vor dem 92er GSG die Kassenverwaltungskosten in einer Höhe knapp unter denen für ambulante Arztbehandlung ausgewiesen. Jetzt, da die Verwaltungskosten der Kassen durch die jüngsten Gesundheitswesenreformgesetze ins Peinliche angestiegen sind, werden sie nicht mehr veröffentlicht. Beispielsweise werden Leistungsausgaben als Grafik gezeigt, wo Kassenverwaltungsausgaben gar nicht erst auftauchen und durch deren Vorwegabzug dann 17% der Leistungen für Ärzte ausgegeben wären (TK-online/Medienservice/Infografiken). Oder in der FAZ: Kassenverwaltungskosten-netto 5%, Sonstige Ausgaben 17%. Das heißt, mittlerweile schluckt die notwendig gewordene Verwaltung so viel mehr Geld, dass für die, die die eigentliche Arbeit tun, die Ärzte, nicht mehr genügend übrig bleibt. Hier müssen die Grundlagen für die irrsinnige Ausuferung kleinster Sonderverträge wieder abgeschafft und die Kassenverwaltungsausgaben hierfür zurückgefahren werden. Dann ist das Geld da, dass der Doktor wenigstens auf seine knapp 47 Euro die Stunde kommt, also einen festen Punktwert von tatsächlich 5,1 Cent im ersten Schritt. Damit wird auch der Jobmotor Gesundheitswesen nicht völlig abgewürgt.

- b) Eine Systemumgestaltung mit Fachärzten nur am Krankenhaus oder an Medizinischen Versorgungszentren als Poliklinikform sollte nicht am unwissenden Volk vorbei durchgeführt werden. Hier sollte ehrlich informiert werden auch über den dann nicht mehr schnell möglichen Facharztzugang und die Wartefristen wie im Ausland. Der derzeitige Hintertürweg durch Aushungern der niedergelassenen Fachärzte ist eines demokratischen Rechtsstaates unwürdig.
- c) Es muss der Mut gefunden werden zu definieren, welche medizinischen Leistungen jedem GKV-Versicherten gewährt werden und welche nur mit Eigenbeteiligung zugänglich sind. Dazu gehört auch die Definition, welche Medikamente bezahlt werden und bei welchen die Mehrkosten selbst getragen werden. Es sind genügend Bürger in der GKV, die für sich im Krankheitsfall nur das Beste wünschen und dafür auch bezahlen würden. Die Scheinheiligkeit, jedem das Beste zu versprechen und vom Arzt verlangen, nur das Ausreichende und Billigste zu verordnen, muss beendet werden. Auch das ist ein Ärgernis, der Ärzte aus dem Beruf treibt.
- d) Langfristig sollte schrittweise auf eine Kapitalstock-gestützte Krankenversicherung auch im GKV-Bereich umgestellt werden mit verschiedenen Wahltarifen. Der hocheffiziente PKV-Bereich, der sich sogar leisten kann, für Werbemaßnahmen und Vertreterprovisionen fast soviel auszugeben wie für ärztliche ambulante Behandlung, ist dabei durch Wahlfreiheit und Kontrahierungszwang auszubauen.
- e) Eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ist richtig.
- f) Der GKV-Versicherte fühlt sich derzeit seiner Krankenversorgung nicht sicher trotz regelmäßig bezahlter, z.T. hoher Beiträge. Durch vollständige Transparenz der Kassenwirtschaftszahlen muss ein Ausgabenmißbrauch, z.B. bei unsinnigen Werbemaßnahmen im Pseudowettbewerb, verhindert werden.
- g) Krankenkassen sollte gestattet werden, ebenfalls Privatversicherungstarife anzubieten.

Wer eine staatliche Einheitskrankenversorgung befürwortet, sollte ins Ausland schauen auf Rationierung, schweren Zugang zum Facharzt, Altersbegrenzung für teure medizinische Leistungen, lange Wartelisten und einem grauen Markt für den Selbstzahler.

Dr. Thomas Scholz, Internist, Waidmannsluster Damm 41, 13509 Berlin (Tegel),
Tel. 030/433803, Fax 030/43490404, mail drthscholz@diabetes-mit-herz.de
23.11.2005