

Der gesundheitspolitische Kommentar

Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon

WARUM PROTEST ? WARUM WIR WEITERMACHEN MÜSSEN.

Die Ärzteschaft ist in Bewegung. Der Marburger Bund hat sich mit seinem erfolgreichen Streik endgültig als Gewerkschaft für angestellte Ärzte etabliert. Das war notwendig und zeigt: Radikalität gepaart mit Augenmaß und Durchhaltevermögen bringt Erfolg. Es ist klar, dass sich nicht alles erreichen lässt, was man will, aber es reicht erst einmal als Etappensieg.

Wir niedergelassenen Ärzte haben es noch schwerer. Die Ausgangsbedingungen für einen erfolgreichen Kampf sind komplexer und widersprüchlicher. Wir haben nicht nur x Fachverbände mit entsprechenden Gremien und Vorsitzern, die alle berücksichtigt werden wollen sondern auch noch Hausärzte erster und zweiter Kategorie. Die eine möchte eine eigene KV und neuerdings auch noch eine eigene Kammer, die andere möchte den Zusammenhalt mit den Gebietsärzten nicht aufgeben und sieht in der Einheit der Ärzteschaft ein unverzichtbares Gut. Sicher ist auf jeden Fall: der Hausärzteverband spricht nicht für „die“ Hausärzte, sondern nur für seine eigenen Mitglieder.

Die ALLIANZ DER FREIEN ÄRZTEVERBANDE, die jüngst gegründet wurde, unter erheblicher geistiger Mittäterschaft von MEDI, ist die Antwort auf die unselige Zersplitterung der Niedergelassenen. Innerhalb der Allianz lassen sich verschiedene Strömungen erkennen, die je nach Perspektive radikal oder eher konservativ genannt werden können. Die Freie Ärzteschaft, die die Proteste maßgeblich beeinflusst hat, ist (noch) nicht dabei. Das ist schade und bedenklich. Stolperstein scheint die Kooptierung von Bundesärztekammer und KBV zu sein. Diese sind in der Allianz als nicht stimmberechtigte Beisitzer definiert. Auch wenn man davon ausgeht, dass die bisherigen „Funktionäre“ wenig für die Ärzteschaft gebracht haben, da sie zumeist Klientelpolitik betrieben haben und nicht gerade durch Mut gegenüber der öffentlichen Hand aufgefallen sind, ist die vollständige Ablehnung der Vertreter der Körperschaften Unsinn und gefährlich. Diese Ärzter-

treter nehmen eine ganze Menge konservativer Ärzte mit, eine Ausgrenzung aus der Gesamtbewegung würde uns nur schwächen. Politik ist nicht das Posaunieren von möglichst radikalen Forderungen sondern die Definition von größtmöglichen gemeinsamen Schnittmengen, die uns in die richtige Richtung bringen.

Die Proteste brauchen jetzt eine *Form* und ein *langfristiges Konzept*, und dieses findet sich in den fünf Forderungen, die wir konsentiert haben:

1. Weniger Staatsmedizin
2. Beseitigung von Budgetierung, Regressierung und Reglementierung
3. Reduktion des Dreieckverhältnisses Arzt – Patient – Krankenkasse auf eine Dyade Arzt-Patient (also „Privatisierung“ der sozialrechtlichen Beziehung)
4. Daraus folgt die Forderung nach Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit für Patienten und Arzt (Änderung des SGB V).
5. Blockierung der e-card Entwicklung, solange nicht Finanzierung, Haftung der Ärzteschaft und Datensicherheit geklärt sind.

Das sind bei Gott keine neuen Ideen, aber sie haben den Reiz der Klarheit, Einfachheit und sie werden von ca. 50.000 Ärzten der Allianz vertreten. Das ist nicht Nichts. Bisher gab es eine solche gemeinsame konzeptionelle Ausrichtung der niedergelassenen Ärzte über Fachgrenzen hinweg nicht. Die Allianz muss jetzt durch Politisierung der Ärzteschaft und durch politisches Handeln – i. e. Gespräche mit den maßgeblichen Politikern ihre Notwendigkeit beweisen. Hierbei ist eine gewisse Radikalität (siehe Marburger Bund) unverzichtbar, denn wir haben es mit Gegenspielern zu tun, die keine besondere Sentimentalität für Ärzte hegen. Frau Schmidt wurde gnadenlos unterschätzt von den Standesvertretern – sie hat sich als hartgesottener und beratungsresistenter erwiesen, als uns lieb sein kann. Sie will die Sozialisierung des Gesundheitswesens – zumindest in ihrer Vision der Bürgerversicherung. Und zur Erreichung dieses Ziels sind ihr alle Mittel recht. Sekundiert wird sie dabei bekanntlich durch den „Quasselkasper“ Lauterbach (so die Bezeichnung auf einem Plakat der Demonstration in Berlin) der sich zum Großberater gefragt und ungefragt aufschwingt. Da das Geld an allen Ecken fehlt und der Sozialstaat auf dem Weg in den Bankrott ist, werfen viele jetzt begehrlche Blicke auf die PKV, die Vorsorge betrieben hat mit ihren Altersrückstellungen. Auch CDU-Vertreter sind nicht dagegen gefeit, hier einen Verfassungsbruch zu riskieren – Geld muss her lautete die Devise. Und es gibt nirgendwo noch welches... Ich zitiere einen bekannten Gesundheitspolitischen Nachrichtendienst: „Die neueste Narretei dieses Polit-Schwätzers (i. e. Lauterbach ERS) ist die unglaublich dreiste Behauptung, die GKV subventioniere die PKV, weil die Ärzte und Krankenhäuser allein von Privatpatienten nicht leben könnten. Deshalb gehöre die PKV abgeschafft. Von unterschiedlich hohen kalkulatorischen Fixkostendeckungsbeträgen hat dieser Scharlatan vermutlich noch nie etwas gehört. Da kann es nicht verwundern, dass bei der Privaten Krankenversicherung höchste Alarmstufe herrscht. So warnt der PKV-Verband in einer Pressekonferenz am 14. Juli dringend davor, mit der Einführung einer Steuer auf Krankenversicherungspolice das Versicherungsneugeschäft kaputt zu machen und damit die gesamte Kalkulation der Assekuranz in eine Schiefelage zu bringen.“ (OPG 16/2006, 15. Juli 2006). Mit einer Steuer auf die Police der Versicherten oder mit Beteiligungen am Risikostrukturausgleich verteuern sich die durchschnittlichen Kosten einer Police um ca. 300-400 € pro Monat, was für viele unerschwinglich wäre (insbesondere die neuen Kunden).

MEDI hat als einzige Gruppierung einen klaren Maßnahmenkatalog formuliert und auch einen Zeitfahrplan verabschiedet, der ab 1. Juli greifen soll. Die politischen Player werden uns mit großer Aufmerksamkeit beobachten, da wir nur dann politische Potenz haben, wenn wir nicht nur drohen, sondern auch handeln.

Der Ausstieg aus den DMPs ist eine solche Prüfmarke, die wir zu diskutieren und ggf. zu beschließen haben. Die Urabstimmung darüber hat ein paar Haken: entscheiden tun oft Ärzte von Fachgebieten, die überhaupt keine DMPs machen und somit nicht (unmittelbar finanziell) betroffen sind. Michael Eckstein, hat einmal die Ergebnisse der Walldorfer Diskussion zusammengefasst (s.o.). Daraus geht deutlich hervor, dass es ökonomischer Unsinn ist, auf DMPs zu beharren. Interessanterweise mehren sich die Signale, dass DMPs gestoppt werden sollen (so die jüngste Positionierung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Kassen und Ärzten) – was die einzig scharfe Waffe, die wir gegenüber den Kassen stumpf machen würde.

Gegenüber den Patienten lässt sich argumentieren, dass sie auch so in die Chroniker-Überforderungsregelung geraten und kein Praxisgebühr zahlen müssen und dass der Beitritt zu einer günstigeren Kasse richtig Geld spart – mehr als die ausgefallene Praxisgebühr. Es muss natürlich eine Kasse sein, die gleichzeitig gute Kopfpauschalen an die KV zahlt. Wir wissen, welche Kassen das sind und werden darüber berichten. *Gegenüber den Kollegen* ist das stichhaltige Argument die Verbesserung der Situation qua Teilgemeinschaftspraxis und der Zeitgewinn, der ökonomisch besser woanders einzusetzen ist.

Die von uns formulierte Forderung von 5,11 € für den Punktwert ist auch solch eine Prüfmarke. MEDI hat auch hier seine Schulaufgaben gemacht und die Vertreterversammlung und den Vorstand der KV BW dazu gebracht ohne Wenn und Aber in die Verhandlungen vor das Schiedsamt zu gehen. Auch hier werden wir von den politischen Playern aufmerksam beobachtet, ob wir etwas Weiteres tun.

Wer jetzt noch meint, nicht aktiv werden zu müssen, hat die Zeichen nicht erkannt. Die Forderungen die wir gestellt haben sind plausibel, sie sind sinnvoll und sie setzen politische Wegmarken. Sie tun weh – nicht zuletzt einem selbst, aber sie sind unverzichtbar.

Politisch hat also unser Kampf gerade erst angefangen – die Proteste sind der Anfang. Dennoch ist klar, dass Praxis-schließungen als solche, ohne begleitendes Konzept und Maßnahmenkatalog längerfristig obsolet werden – keiner wird auf die Dauer folgen, der nicht den Sinn dieser Maßnahmen in einem größeren Zusammenhang versteht. Diesen werden wir in Sindelfingen zu besprechen und zu beschließen haben. Die politische Arbeit, die vor uns liegt ist riesig und wir brauchen ein eindeutiges Mandat von unseren Mitgliedern, diese tun zu können im definierten Rahmen.

Ich erinnere an die Basisforderung der NAI von 2001 „Wo GKV war, soll PKV sein“ – die im Kern alle unsere Forderungen einschließt: kapitalgedeckte und strukturelle Elemente der PKV sind zunehmend in die GKV zu implementieren, um dies zukunftsfähig zu machen. Wir werden sehen, ob die Gesundheitspolitiker in der Lage sind das umzusetzen. Dies wird auch das Schisma gegenüber der CDU/CSU werden, wenn sie nicht in der Lage ist über verbale Forderungen hinaus („Die PKV muss erhalten werden“ (MERKEL) klare Konzepte und verlässliche Entscheidungen zu treffen.

An die Freie Ärzteschaft richte ich die Mahnung, sich der Allianz anzuschließen, damit alle Kräfte, die eine Veränderung des Systems in unserem Sinne wollen, auch wirklich an einem Strang ziehen. Es könnte uns sonst passieren, dass der Protest plötzlich wegbricht und wir nicht nur nichts erreichen sondern zurückgeworfen werden. So ist das in der Politik – genau wie im wirklichen Leben um meinen Freund Michael Ruland zu zitieren.

Anhang
DR. MICHAEL ECKSTEIN

Ausstieg aus den DMP – Was bedeutet dieser Schritt für die niedergelassenen Ärzte/innen ?

Am 30.06.06 findet in Sindelfingen die nächste Großveranstaltung zum Ärzteprotest der niedergelassenen Kollegen/innen statt. In Sindelfingen wird u.a. über weitere Protestaktionen und Maßnahmen diskutiert und dann auch eine Urabstimmung durchgeführt. Jede Praxis sollte an diesem Tag in Sindelfingen vertreten sein. Eine der wesentlichen Maßnahmen, über die abgestimmt wird, ist der vollständige Ausstieg aus allen DMP. Der Ausstieg aus den DMP ist sicher eine unserer „schärfsten Waffen“ mit weitreichenden Konsequenzen für die Krankenkassen – aber auch mit Veränderungen in der einzelnen Praxis.

1. Nach **betriebswirtschaftlichen** Gesichtspunkten rechnen sich DMP nicht. Nach einer Beispielrechnung der KV Berlin und der KBV vom September 2005 folgen dem Aufwand nicht die entsprechenden Erlöse. Da die Berechnungen auf dem kalkulatorischen **Mindestlohn** basieren, dürfte in der Realität das Missverhältnis zwischen Aufwand und Erlös sogar noch größer sein.

Zeitaufwand DMP:

Zeitaufwand für die Information, Beratung, Einschreibung, Erst- oder Folgedokumentation, Patientenpass und Versand (nicht für die eigentliche Patientenversorgung !):

LEISTUNG	AUFWAND	VERGÜTUNG
<u>ERSTDOKUMENTATION</u>		
DMP Diabetes	35 Min. x 0,79 € = 27,65 €	24-30 €
DMP KHK	35 Min. x 0,79 € = 27,65 €	24-30 €
 <u>Folgedokumentation</u>		
DMP Diabetes	20 Min. x 0,79 € = 15,80 €	21-27 €
DMP KHK	15 Min. x 0,79 € = 11,85 €	22-28 €

Ein oft gehörtes Argument für die DMP ist das zusätzliche Geld, das zunächst mal in Euro und nicht in Punkten in die Praxis fließt. Manche Kollegen argumentieren, dass sie bei der heutigen Ertragslage nicht auf diese zusätzlichen 1500 bis 2000 Euro verzichten könnten. (Aus diesem Grund lassen sich auch viele Kollegen immer noch für Barmer-Verträge und für AOK-Hausarztverträge kaufen. Genauso wie Patienten mit 10 Euro Einsparungen bei der Praxisgebühr von den Kassen geködert werden, lassen sich Kollegen von diesem scheinbaren Zugewinn blenden)

WIE SIEHT DIE ALTERNATIVE OHNE DMP AUS ?

Durch den Wegfall der gesamten monströsen DMP Bürokratie (Bögen, Listen, Disketten, telefonische Rückfragen, neue Einschreibebögen bei Datenverlust, Unterschriftenblätter etc.) hat jeder Praxisinhaber und das Praxisteam zunächst mal wieder mehr Zeit.

Rechnen wir als Aufwand pro Quartal für eine Diabetes mellitus Folgedokumentation nur 20 Minuten pro Patient (Bögen, Patientenpass, Versand, zusätzliche Beratungen zum DMP, Telefonate). Bei 30 DMP Patienten kommen wir auf 30 x 20 Min. = 600 Min. = 10 Stunden ! Bei 60 DMP Patienten sind dies schon 20 Stunden !!

Werden diese 20 Stunden dafür verwendet, sinnvolle IGEL-Leistungen zusätzlich zu implementieren oder z.B. über eine Privatsprechstunde mehr PKV-Erlöse zu generieren, kann der Umsatz der Praxis trotz Wegfall der DMP Gelder sogar noch gesteigert werden.

Eine ideale Alternative zum Wegfall der DMP ist der Beitritt zur **Teilgemeinschaftspraxis**, die am 28.06.06, um 11.00 Uhr im PALATIN in Wiesloch von MEDI-Mitgliedern gegründet wird. Diese TGP eröffnet im Selbstzahler- und PKV Bereich viele Chancen, sowie für Hausärzte als auch für Fachärzte.

Wird der eingesparte Aufwand für die DMP Bürokratie für Leistungen innerhalb der TGP verwendet, kann jede Praxis an einem expandierenden Markt teilhaben. Dieser Gesundheitsmarkt außerhalb der Kassenmedizin belief sich 2005 auf 40 Mrd. Euro (!) und wird für 2006 auf 70 Mrd. Euro (!!) geschätzt – und dies mit weiter steigender Tendenz. Es wird geschätzt, dass jede Praxis in einer funktionierenden TGP einen **erheblichen Umsatzzuwachs** erreichen kann. Die durch Wegfall der DMP-Gelder frei werdenden Ressourcen können so optimal für sinnvolle und ertragreiche Gesundheitsleistungen eingesetzt werden.

Was bedeutet ein vollständiger DMP-Ausstieg in politischer Hinsicht ?

Die bisherigen Protestaktionen waren wichtig, um die Solidarität der niedergelassenen Kollegen/innen zu festigen. Die gemeinsamen Aktionen mit bis zu 50000 Beteiligten haben das Bewusstsein gestärkt, etwas erreichen zu können. Aber dabei darf es nicht bleiben – es muss über Protestversammlungen hinausgehen. Bei den politisch Verantwortlichen und z.T. auch noch in der Öffentlichkeit werden wir noch nicht entsprechend wahrgenommen. Erst wenn Widerstand und Protest zu empfindlichen Maßnahmen führt, kann sich auf politischer Ebene etwas bewegen.

Unser Widerstand wird an unseren Maßnahmen und an unserer Konsequenz gemessen. Lassen wir uns von den bisherigen Veranstaltungen nicht täuschen. Wir haben konkret noch wenig erreicht. Der Ausstieg aus den DMP trifft die Krankenkassen an einer empfindlichen Stelle, da mit Hilfe der DMP riesige Geldsummen bewegt und verschoben werden. Allein die AOK erhielt letztes Jahr über 12 Mrd. (!) aus dem Risikostrukturausgleich. Durch einen vollständigen Stopp der DMP wird dieser Geldverschiebbahnhof ganz empfindlich gestört – dann kommt garantiert Bewegung in die Sache – dann werden wir als Macht auch von politischer Seite wahrgenommen.

Wir werden allerdings auch von Öffentlichkeit und Politik an der Durchführung unserer beschlossenen Aktionen gemessen. Wenn wir es nicht erreichen, dass eine große Zahl der Kollegen sich den DMP verweigert, bleibt unsere ganze Protestaktion ein Papiertiger und wir würden für eine lange Zeit zum passiven Spielball in einem sich verändernden Gesundheitssystem. Dann bekämen wir genau dieses Gesundheitswesen, das wir dann verdient hätten – die ambulante, wohnortnahe und patientengerechte Versorgung wäre endgültig Vergangenheit. Keiner dürfte sich auf lange Zeit mehr beschweren, man hätte es nicht vorausgesehen. Wir wissen bereits heute, wohin der Weg gehen soll –also müssen wir auch heute etwas dagegen tun.

Es reicht nicht, Ende 2005 in Sindelfingen den DMP Ausstieg anzudrohen und jetzt diesen Schritt nicht konsequent umzusetzen. Wir haben nicht so viele Mittel, um Druck auszuüben – der DMP Ausstieg wäre sicher eine unserer besten Möglichkeiten. Langfristig wäre nur noch der kollektive Ausstieg aus dem System konsequenter.

ZUSAMMENFASSUNG

In Sindelfingen wird am 30.06.06. unter anderem über den DMP-Ausstieg diskutiert. Jede Praxis sollte dort vertreten sein, denn in einer Urabstimmung wird über die weiteren wichtigen Maßnahmen des Ärzteprotestes abgestimmt.

Der Ausstieg aus den DMP bedeutet keinesfalls eine Verminderung der ökonomischen Ertragskraft der einzelnen Praxis. Durch Nutzung der durch Wegfall der DMP-Bürokratie frei werdenden Ressourcen sind Umsatzzuwächse im Selbstzahler- und PKV Bereich möglich und zu erwarten. Die Beteiligung an der Teilgemeinschaftspraxis bedeutet Teilhabe an einem stark expandierenden Gesundheitsmarkt.

Eine unserer schärfsten politischen Waffen bei unseren Protestaktionen ist der DMP-Ausstieg. Hier wird ein empfindlicher Punkt im Geldverkehr der Krankenkassen getroffen, in dem derzeit ca. 14 Mrd. hin- und hergeschoben werden.

Also: Keine Angst vor dem Ausstieg aus den DMP. Langfristig wird jede Praxis davon profitieren !