

Bemerkungen zur Selbstentmündigung der deutschen Ärzteschaft

Der gesundheitspolitische Kommentar
von DIPL.-POL. EKKEHARD RUEBSAM-SIMON

Einerseits gibt es eine zunehmende materielle Enteignung weiter Teile der niedergelassenen Ärzte in Deutschland – durch ein chaotisches, intransparentes Vergütungssystem der eigenen Selbstverwaltung, andererseits eine aberwitzige, kenntnisarme Diskussion über Selektivverträge nach §§73ff. SGB V. Die Protagonisten dieser Diskussion scheinen ohne Selbstzweifel zu sein, sie wird damit zur Projektionsfläche je eigener Wahrnehmungen.

Die absurde Argumentationskultur im „änd“/facharzt.de habe ich seinerzeit schon scharf kritisiert. Auch Franz Josef Müller, Volkswirt, Gründungsvater der Freien Ärzteschaft“, hat dies wahrgenommen und seine „splendid isolation“ aufgegeben und sich wieder in das berufspolitische Getümmel begeben – offenbar konnte er es aufgrund der politischen Wirkung der Selektivverträge nicht lassen... Im **brain2doc.de**-Portal hat er, wie es seine Art ist, logisch und widerspruchsfrei die Systematik dieser Verträge und die damit verbundenen Konsequenzen analysiert. Die meisten seiner Einschätzungen kann man ohne weiteres teilen. Besonders wertvoll sind die Übersichten zur strategischen Bedeutung der verschiedenen Vertragstypen: <http://brain2doc.de/downloads/tabellarische-uebersicht-ueber-strategien-brai.pdf>.

Er wagte es, Anfragen an die Freie Ärzteschaft und Bündnis Direktabrechnung bezüglich der Umsetzung des *Kostenerstattungsprinzips* zu richten. In beiden Antworten wird die Existenz von „Marktmacht“ geleugnet. Das zeigt symptomatisch die Politikunfähigkeit der deutschen Ärzteschaft. Die ständige Wiederholung der Forderung nach Kostenerstattung an den Gesetzgeber hilft eben nicht weiter... Wenn schon Aktivitäten, dann lieber Neugründungen von Interessenvertretungen, vielleicht hilft das ja irgendwie, irgendwem, irgendwann. **Die Frage der Marktmacht bleibt, wie Müller richtig erkannt hat, die entscheidende Frage.**

Der Gesetzgeber *wollte* die Ärzte bewusst in den Wettbewerb stellen, da er über den geltenden EBM die billigsten Dienstleister bekommen kann. Über den Wettbewerb werden die Regelleistungsvolumina zur *Normalbezahlung* der Ärzte gemacht. Nach den gesetzlichen Regelungen sollte die Vergütung eigentlich berechenbar werden – das Gegenteil trat ein: Nie hatten wir soviel Vorbehalte und Vorläufigkeiten im System wie gerade jetzt. Das sollte den für ihre Forderungen auf den Staat vertrauenden Protagonisten von Kostenerstattung und Direktabrechnung eigentlich zu denken geben.

Silke Lüder, Exponentin der FÄ, die ich persönlich wegen ihres Einsatzes gegen die eCard sehr schätze, hat bspw. ein Traktat geschrieben, daß die Allianz aus MEDI, Hausärzteverband, Verbänden (welche?), CSU und Kassen den Wechsel zu mehr Freiheit bei den Ärzten verhindern würde. Diese Allianz hat es nie gegeben. MEDI hat sich immer eindeutig gegen Ulla Schmidt positioniert, als einziger Verband ganz klar für Schwarz-Gelb Stellung bezogen und den Wahlkampf durch eine Großaktion mit Plakatierung in sämtliche Praxen Baden-Württemberg getragen (was z. B einige Mitglieder gekostet hat). Die unzutreffende Behauptung führt zu unzutreffenden Schlussfolgerungen. Den Wechsel zur Freiheit verhindern die Ärzte leider selbst.

Falsch ist bei den Selektivvertragsgegnern die *Gleichsetzung* von Hausärzterverband und MEDI - auch wenn sie bei den Selektivverträgen *Bündnispartner* sind. Der Hausärzterverband spricht nur für Hausärzte und richtet seine Strategie glasklar danach aus, Marktmacht auszubauen. Das ist ihm in etlichen Regionen nur in Zusammenarbeit mit MEDI-Deutschland, NAV Virchow-Bund und dem Bundesverband der Genossenschaften (BVÄG) möglich. MEDI dagegen vertritt Haus- *und* Fachärzte und ist insbesondere an der *Verknüpfung* von 73.b- und 73.c-Verträgen interessiert. Der Hausarztverband hat den Sinn dieser strategischen Partnerschaft auch in diesem Punkt erkannt. Dass der Hausärzterverband sich mit Ulla Schmidt bestens verstand, war für die Entwicklung der Vertragsgestaltung sicherlich wichtig, für MEDI peripher. Der Gesetzgeber hat den Ärzten damit gleichzeitig *einen Weg aus dem SGB-V-System* ermöglicht, ein Gedanke, den viele in dieser Tragweite erst allmählich erkennen, vermutlich ist das ein nicht beabsichtigter Kollateralnutzen. Die Kritik an der Partnerschaft MEDI – Hausärzterverband ist unzutreffend, und offenbart Denkstrukturen, die ausschließen, dass zwei Partner mit unterschiedlichen Interessen zum gegenseitigem Nutzen zusammenarbeiten, um – nach Müller - Marktmacht zu realisieren. Praktische Politik und Fundamentalkritik gehen nicht gut zusammen.

MEDI hat in den letzten Jahren zahlreiche Veranstaltungen zum *Systemausstieg* gemacht, hat Körbe aufgestellt und nach Unterstützern gesucht. Die Beteiligung der Ärzte liegt durchschnittlich unter 50%, das verantworten die Ärzte selbst. MEDI hat wie keine andere Ärztegruppierung bisher, außer dem bayerischen Hausärzterverband, einen solchen ehrgeizigen Versuch gewagt. Im baden-württembergischen Hausarztvertrag steht übrigens, im Gegensatz zum bayerischen Parallelvertrag, *kein* Verzicht auf den Systemausstieg. Im Gegenteil, MEDI hat die Laufzeit der Körbe um nochmals 3 Jahre verlängert für den Fall dass die Körbe plötzlich relevant würden. MEDI ist auf diese Situation vorbereitet, sollte sie denn kommen. Es wäre unverantwortlich wenn aufgrund dieser konkreten Erfahrung beim Systemausstiegskonzept keine alternativen Strategien entwickelt worden wären, z.B. die hausarztzentrierte Versorgung mit angeschlossenen Facharztverträgen, das Konzept der Teilgemeinschaftspraxen usw.usf.

Ob der Weg des bayerischen Hausärzterverbandes, der eine homogene, kampferprobte Gruppe vertritt und alles auf eine Karte gesetzt hat und damit scheiterte, besser war, darf bezweifelt werden. Die Vertreter der „allumfassenden Wahrheit“ haben Hoppenthaller auf dem Ärztetag der Basis seinerzeit zugejubelt.

HZV-Vertragsgegner kritisieren weiter:

1. *Ärzte seien „Außenstelle“ der Krankenkassen.* Wie das? Nur durch den Hausarztvertrag werden wir doch nicht zur Außenstelle der AOK, der Betriebskrankenkassen und den weiteren Krankenkassen, die folgen werden! Wir sind im gleichen Sinne Außenstelle der AOK wie jeder andere Arzt Außenstelle der KV ist, nur mit dem feinen Unterschied, dass wir diesen Vertrag selbst gestalten, ihn freiwillig abschließen, kündigen und verbessern können, wenn wir das für notwendig erachten. Dazu braucht es legitimierte politische Macht, die wir von unseren Mitgliedern bekommen.
2. Angeblich seien im baden-württembergischen hzv-Vertrag die *weitestgehenden eCard-Anwendungen* versteckt...Es waren MEDI-Mitglieder in der Landesärztekammer Baden-Württemberg (nämlich Johannes Dietmar Glaser und ich), die seinerzeit dafür

gesorgt haben, dass Ulla Schmidts eCard in Baden-Württemberg keine Chance bekam, und MEDI-Mitglieder in der KV-Baden-Württemberg die für den Ausstieg Heilbronn gesorgt haben. MEDI hat sich immer knallhart gegen die eCard nach dem Muster Ulla Schmidt positioniert, dieser Vorwurf ist ebenso falsch wie ehrenrührig. Die Abrechnungs- und Diagnosedaten, die über den Konnektor zur HÄVG gesandt werden, sind qualitativ nichts anderes als die längst bekannten bei der KV transportierten Daten.

3. Der *Konnektor* von ICW ist derjenige mit dem höchsten Sicherheitsstandard innerhalb der Europäischen Gemeinschaft, eine Punkt zu Punkt-Hardware-Verbindung – der in Österreich verwendete ist deutlich schlechter. Bisher ist er nicht zu hacken gewesen. Er ist deshalb, wegen der paar Prozent mehr Sicherheit, auch entsprechend teuer. Wegen der einheitlichen hardware-Verbindung unterschiedlicher Arzt-Verwaltungssysteme ist das Beharren auf einem Konnektor sinnvoll.

4. Arztbriefe werden bisher *nicht* elektronisch verschickt, lediglich die Abrechnungs- und Diagnosedaten, wie bisher schon im GKV-System. Dennoch ist die Versendung von Arztbriefen zu einem späteren Zeitpunkt sicherlich möglich und auch sinnvoll – sie verschwinden übrigens auch nicht in den Computern von ICW....„Das Arztgeheimnis bald für immer abgeschafft durch die Implementierung der weitestgehenden eCard-Anwendungen“ wird vermutet. Antwort: Nichts davon stimmt, die sog. Patientenakte ist in naher Zukunft nicht am Horizont, sie würde nicht umfangreicher sein, als das, was der Arzt bisher in zahllosen, von der Industrie zur Verfügung gestellten „Patientenpässen“ handschriftlich ausfüllt.

5. „Die Ärzte werden angeblich mit genauesten *Anweisungen* versehen, was sie nach der Meinung von AOK und Co zu tun und zu lassen haben, welche Medikamente gelb, rot und grün evidenzbasiert zu verordnen sind.“ In der Tat ist die „Ampelphilosophie“ der Medikamentenverordnung einigermaßen ingenieus ausgetüfelt. Sie soll helfen, die Verträge zu refinanzieren und das Geld da zu holen, wo es seit Jahren im Überfluss verdient wird, nämlich bei der Pharmaindustrie. Es gibt übrigens *keine* Anweisungen der AOK, die Priorisierung der Medikamente im Verordnungsalgorithmus erfolgt im Einvernehmen der ärztlichen Sachverständigen von Hausärzterverband und MEDI - die AOK hält sich hier heraus. Sie flankiert mit Rabattverträgen zusätzlich die Verträge, sehr zum Vorteil der Patienten, da diese Medikamente dann zuzahlungsbefreit sind. Es handelt sich bei der Medikamentenverordnung sehr wohl um ein *Anreizsystem*, nicht um ein Befehlssystem. Wer anders verordnet, wird nicht sanktioniert, verliert aber eventuell einen Bonus bei der Verordnung der Medikamente. Das erscheint mir unbedingt intelligenter, als das Richtgrößen-Regressionssystem der KV. Dass es sinnvoll ist, die Verordnung von Medikamenten evidenzbasiert zu steuern, weiß jeder, der sich intensiver mit den Methoden und Marketingstrategien der Pharmaindustrie auseinandergesetzt hat. Die Freiheit des Arztes besteht nicht darin, die Trickereien und Täuschungen der Pharmaindustrie als Preisnachteil an die Patienten weiterzugeben.

Die Position von MEDI bezüglich der eCard hat sich somit um kein Jota geändert. *Wir wollen keine Zentralserver bei Krankenkassen oder staatlichen Stellen*, die alle Daten über Patienten zusammenführen – Herr über die Daten bleiben Hausarztverband und MEDI, niemand sonst. Wir sind aber sehr dafür, in Zukunft die elektronische Vernetzung der Ärzte voranzutreiben, um die Möglichkeiten der IT- Technik zu nutzen. Jedes Universitätsklinikum, zahlreiche Krankenhausketten sind über eine solche Technik inzwischen längst vernetzt und tauschen Patientendaten miteinander aus. Gleiches gilt für etliche Ärztenetze und MVZ's (wie zum Bsp. das Polikum in Berlin, bei dem ca. 80 Ärzte so miteinander verbunden sind. Im Saarland gibt es eine palliativmedizinische Plattform, die über VPN zahlreiche Leistungserbringer miteinander vernetzt hat. Dabei gestalten sie eine gemeinsame elektronische Patientenakte. Wir akzeptieren nur ein Vernetzungssystem, das den höchstmöglichen Sicherheitsstandard bietet. Das Gleichsetzen von eCard und elektronischer Vernetzung in Baden-Württemberg im Rahmen der hzV-Verträge ist polemisch verbrämte Unkenntnis der Kritiker, sonst nichts.

MEDI hat seine politische Position immer deutlich gemacht, das MEDI-Programm von 2009 beschreibt alle diese Punkte detailliert, die Kritiker waren also informiert oder hätten es zumindest sein können. Die Auseinandersetzung mit ihnen ist jedoch aus einem anderen Grunde unverändert extrem wichtig: ***Sie besorgen – tragisch zu nennen - das Geschäft der KVen und der KBV, die den einzigen Weg aus dem Zwangssystem der GKV verhindern wollen.*** Wenn „Systemausstieg hard“ über Körbe nicht funktioniert, weil die deutschen Ärzte sich das nicht zutrauen, so bleibt nur noch „Systemausstieg light“ - nämlich Selektivverträge nach §§73b + c. Diese Verträge sind *Kompromisse* zwischen *Vertragspartnern*, die entscheidenden Drangsalierungen aus dem Zwangsverwaltungssystem der KV sind damit Vergangenheit. Mit der ausgehandelten Vergütungshöhe können Ärzte wieder betriebswirtschaftlich abgesichert und dauerhaft Ihre Praxis führen.

Freie Ärzteschaft und Bündnis Direktabrechnung werden mit ihrer politischen Positionierung zu den Selektivverträgen objektiv zum politischen Gegner, nicht zum Feind. Umgekehrt erleben wir allerdings häufig Feindschaft; eigentlich bedauerlich, da bei vernünftiger Betrachtung erhebliche gemeinsame Schnittmengen vorliegen. ***Damit tragen diese Verbände Mitverantwortung für die weitere Politikunfähigkeit und Selbstmündigung deutscher Ärzte.***

Die entlarvende Unfähigkeit, einen konkreten Weg aus der GKV heraus qua Kostenerstattungsprinzip aufzuzeigen, die offenkundige Leugnung und Weigerung, entsprechende politische Macht zu entwickeln, um das GKV-System in unserem Sinne abzuändern, zeigt sich in ihrer Antwort an Franz-Josef Müller. (*siehe: <http://brain2doc.de/offene-briefe/brief-an-fae-bd-bfaev-und-signa-1612010/index.html>*). Wer glaubt, Kostenerstattung würde ohne kostenbegrenzende Maßnahmen bei der anstehenden Novellierung der GOÄ vom Gesetzgeber zugelassen, ist auf einem Holzweg. Übrigens ist die PKV zurzeit mit ähnlichen Ideen unterwegs.

Wir müssen als Ärzte natürlich auch eine Mitkontrolle über die Novellierung der GOÄ erhalten, die simple Einführung von Kostenerstattung würde weder mehr Geld ins System bringen, noch strukturell etwas ändern. Ob die Bundesärztekammer mit ihrer fragilen Machtbalance der verschiedenen Ärztekammern hierfür ein Garant ist, sei dahingestellt. Besser ist die Mitgestaltung durch (körperschafts)freie Verbände und deren Unternehmen. Woher die Gewissheit kommt, die Sozialpolitiker, egal aus welcher Partei, würden die Verhältnisse zu unseren Gunsten verändern, nur weil wir Ärzte sind und lautstark „Direktabrechnung!“ fordern, erschließt sich mir immer noch nicht.

Leider hat der verbale Radikalismus, gekoppelt mit politischer Selbstentmündigung, in Deutschland eine lange Geschichte. Ein Mehr an politischem Pragmatismus gekoppelt mit einer angelsächsischen Fairness-Grundhaltung in der Diskussion miteinander täte (selbst) uns gut. Elende Beschimpfungen des politischen Gegners in Fäkalsprache brauchen wir nicht - allerdings ist eine eindeutig klare Positionierung in der Grundhaltung unverzichtbar. Für paranoide Verschwörungstheorien haben wir keine Zeit und keine Veranlassung. *Warum die Gegner der Selektivverträge nicht verstehen, dass sie selbst an der Perpetuierung der Unfreiheit im deutschen Gesundheitssystem mitarbeiten, diese damit stabilisieren, verstehe ich allerdings nicht....es sei denn man verwendet psychologische Kategorien.* In denen macht es natürlich Sinn, dass man dem anderen genau das unterstellt, was man selber tut, aber nicht wahrnimmt.