

1. Situationsanalyse

Der Arzt ist ein freier Beruf.

Patienten warten zu lange auf Facharzttermine.

Des Bundesgesundheitsministerium unter CDU-Führung reagiert darauf ohne vorherige Beratung oder Abstimmung mit den Parteien der ärztlichen Selbstverwaltung mit gesetzlichen Maßnahmen.

Die Einschätzung der Ärzte ist eine sachfremde, beleidigende, respektlose und chancenlose Einmischung in die Freiheitsrechte unseres Berufes.

Diese persönliche empfundene Entrechtung in Richtung Staatsmedizin ist der Grund für die Intensität des Widerstandes, zumal ein viel effektiverer und nicht gesetzlicher Weg im Rahmen der Selbstverwaltung in Sachsen-Anhalt schon effektiv implementiert wurde.

2. Rahmenbedingungen

Der Arzt ist ein freier Berufsstand. Der niedergelassenen Arzt ist dies in seiner Behandlungsfreiheit, seiner Verantwortlichkeit und Haftbarkeit, seinem Selbstverständnis, seiner rechtlichen Stellung (Unantastbarkeit der Schweigepflicht mit nur einzelnen strafrechtlich begründeten Ausnahmen) und unternehmerisch in eigener Verantwortung mit allen finanziellen und haftungsrechtlichen Risiken, fehlender Absicherung im eigenen Krankheitsfall und Altersvorsorge in eigener Verantwortung.

Der angestellte oder beamtete Arzt ist nur in Bezug auf die Unternehmereigenschaft nicht frei, in allen anderen berufsspezifischen Aspekten wohl.

Diese Struktur hat sachlich, fachliche und historische Gründe. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient mit einem weitreichenden Schutz durch die ärztliche Schweigepflicht trägt dem Rechnung.

Zum einen ist die Therapiefreiheit unverzichtbar, weil jeder Mensch eine individuelle Anpassung von Diagnostik und Therapie erfordert. Alle S3-Leitlinien tragen diesem Umstand Rechnung: Ist bei unklarer Gelbsucht das MRT die optimale Leber-Diagnostik, wegen Herzschrittmachers aber nicht möglich, muss auf CT ausgewichen werden. Geht dies wegen Schilddrüsenstörungen nicht, erfolgt es ohne Kontrastmittel, kann wegen Schwangerschaft nicht geröntgt werden, bleibt nur Sonographie etc.

In gleicher Weise muss die Struktur einer Praxis z.B. nach Fachrichtung frei anpassbar sein, um diesen Varianten Rechnung zu tragen, wenn gleich Regeln des Arbeitsschutzes und der Hygiene Grundlinien ziehen.

Eine gesetzliche Regelung, die für alle gleich ist, ist für die Erfordernisse zu starr, egal welchen Inhaltes.

Das ist im Kern der Grund für die Selbstverwaltung, weil hier fachlichen Erfordernissen nachgegeben werden kann.

Zum anderen hält sich der Staat auch in allen anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens aus der Tarifautonomie heraus – mit Ausnahme des Mindestlohns.

Ein zweiter Grund ist die Erfahrung der Gesellschaft mit dem Nationalsozialismus. Josef Mengele ist das drastischste Beispiel dafür, wozu es bei deutschen Ärzten geführt hat, wenn der Staat in die Medizin hineinregiert und die Gesetzestreue über die Gesundheit und das Wohl des Patienten gestellt wird.

Daher lehnen die deutschen Ärzte aus tiefster Überzeugung und ihrer Verantwortung für die Verhinderung einer erneuten Staatsmedizin wie im Dritten Reich und der DDR-Zeit alle Zeichen des Hineinregierens in unseren beruflich erforderlichen Freiraum kategorisch ab.

Wir tun dies nicht nur für unseren Beruf, unsere Mitarbeiterinnen und unsere Patienten ab, sondern auch als freie Staatsbürger. Herr Minister Gröhe ist trotz Mitgliedschaft in der gleichen Partei, wie Herr Spahn ohne solchen anmaßenden Staatsdirigismus und Kompetenzkonzentration, wie sie jetzt angestrebt wird, ab. Die schlecht gesteuerte und unkoordinierte Einführung von TI, elektronischer Gesundheitskarte, DSGVO die

misslungenen Entwürfe für das Pflegestärkungsgesetz und Veränderungen der Klinikfinanzierung unter Beibehaltung der DRGs, der sachfremde Entwurf des TSVG, der Anspruch, im BMG allein entscheiden zu können, was vorher der BGA beurteilt hat sprechen alle die gleiche Sprache: es liegen entweder keine Kenntnisse über die Ursachen der Probleme im Gesundheitswesen vor oder es geht eben nicht um die Patientenversorgung.

Zuletzt hat es diese Bestrebungen unter Ulla Schmidt gegeben. Diese vertrat damals die gleichen Vorstellungen einer Patientenversorgung durch angestellte Ärzte unter Abschaffung der zweiten Facharztschiene. Während sie nach einer finanziellen Analyse, dass dieses Vorgehen das Dreifache des heutigen Systems kosten würde, von diesem Plan Abstand nahm, blieb Prof. Lauterbach bei dieser Vorstellung. Damals noch Aufsichtsratsmitglied von Rhön-Kliniken ist das Ziel einer konzerngesteuerten ambulanten Gesundheitsversorgung weiterhin das Ziel von Rhön und Prof. Lauterbach geblieben, auch wenn er seit seiner Schattenkabinettsmeldung von Herrn Schulz seinen Aufsichtsratsposten niedergelegt hat.

Es ist das Ziel, die ambulante Versorgung schlechtzureden, indem man sie wirtschaftlich austrocknet. Da Patienten aber einen sehr starken Arztbezug haben und diese Machenschaften zu offensichtlich waren, haben Ärzte und Patienten Ulla Schmidt und ihre Regierung abgewählt. Die Ziele von Herrn Lauterbach, Ulla Schmidts erst zum Schluss entmachteten Haupttratgeber, werden heute von Herrn Spahn vertreten. Es ist bisher nur noch nicht klar, wer sein Hauptsponsor ist. Der Eindruck von beratungsresistenter Hybris, die der Ton der Auseinandersetzung statt einer Koordination ausstrahlt, tut sein übriges, um Misstrauen und Verdachtsmomente zu unterstreichen. So wird vom BMG behauptet, es habe nie offizielle Einladungen zu Koordinationsgesprächen gegeben, während wiederholt z.B. von der KV Niedersachsen unterbreitete Informationsgespräche als „über mehrere Monate hin nicht möglich“ schriftlich abgelehnt wurden. Gezielte Unwahrheiten helfen auch in einer Mediendemokratie nur sehr begrenzt weiter.

Als sich das Unruhepotenzial des Aussterbens der Hausärzte politisch zeigte, wurde die Finanzierung der Hausärzte von den Fachärzten getrennt, die vorher über die Verwendung der nicht verbrauchten Hausarztgelder an die Fachärzte miteinander gekoppelt waren.

Die damit einhergehende Entbudgetierung hat mitnichten zu einer grenzenlosen Kostensteigerung bei den Hausärzten geführt. Allerdings hat sich die Versorgungsstruktur verstetigt, weil jetzt auch angestellte ÄrztInnen in den Landpraxen bzw. in Ärztegenossenschaften arbeiten können, die früher entweder nicht hätten gewonnen werden können, oder die finanziell mit einer $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{2}$ Stelle nicht hätten überleben können.

Bundesweit erbringen heute zu Zeiten langer Terminwartezeiten Fachärzte aller Gruppen 129% der Leistungen, die vom Budget gedeckt werden. Das heisst, von vier behandelten Patienten werden nur drei bezahlt. Das ist eine einfache Wahrheit, die sich sehr gut kommunizieren lässt.

Im Kern verlangt das TSVG, dass wir noch mehr Patienten behandeln sollen, die dann nicht bezahlt werden. Denn nicht nur die völlig ineffektiven und überflüssigen Termin-vermittlungsstellen werden aus dem Budget der Ärzte finanziert, sondern auch die angeblich extrabudgetierten Leistungen der freien Sprechstunden werden durch EBM-Bereinigungen gegenfinanziert, statt durch zusätzliches Geld. Dass die Strukturfonds der KVen verdoppelt werden sollen, um mehr Arztsitze aufkaufen zu können, erscheint auch nicht gerade als glaubwürdiger Ansatz, um die Anzahl der Ärzte und damit die Anzahl der zur Verfügung stehenden Arzttermine zu erhöhen.

Die Aussetzung der Niederlassungsbeschränkung für einige Facharztgruppen, ohne um den gleichen Prozentsatz des Arztsitzuwachses auch den Topf der betroffenen Arztgruppen mit mehr Geld zu füllen, hat keine Chance auf konstruktive Ausgestaltung: WER den in Niedersachsen z.B. zu den 300 Kinderärzten zusätzliche 100 zugelassen, müssen alle Praxen mit 75% des vorherigen Budgets auskommen und sind damit kaum mehr wirtschaftlich tragbar. Da Kinderärzte ohnehin chronisch unterfinanziert sind, kann jemand, der sich nicht niederlässt, auf keinen Fall davon leben, wenn es schon nicht reicht, um eine etablierte Praxis am Laufen zu halten. In der Folge werden die Fachärzte, die die Qualifikation für eine Niederlassung mitbringen, die Oberärzte der Kliniken, werden sich klinikfinanziert vor der Tür ihrer Kliniken als Hauseinweiser niederlassen und so der Versorgung auf dem Land noch weiter das wirtschaftliche Wasser abgraben.

Die Abschaffung örtlicher Neugeborenenrettungswagen in einer geburtenstarken Region wie in Papenburg bei Mangel weiterer Finanzierung und Ermächtigung zeigt, dass die Entwicklung sich schon jetzt in die genau die Gegenrichtung dessen entwickelt, was notwendig wäre.

Dazu wird die gesamte ambulante Behandlung in den Kliniken aus dem Budget der niedergelassenen Ärzte bezahlt, zum Teil zum zehnfachen Satz, den ein Niedergelassener erhalten würde.

Der Zugang zu Kliniken ohne vorherige Sichtung durch eine niedergelassenen Portalpraxis sollte außer im extremen Notfall nicht möglich sein. Sollte keine Pflicht hierfür eingeführt werden, sollte eine Selbstbeteiligungsgebühr für Patienten eingeführt werden, z.B. 50 Euro in der Notfallambulanz, 20 Euro in der Facharztpraxis. Letzteres ist aber sicher politisch noch schwieriger für gewonnene Wahlen umzusetzen. Ein sozialer Ausgleich sollte nicht von der Krankenkasse, sondern vom Sozialamt erfolgen.

Dennoch muss dieses Thema angegangen werden: mangelnde Termindisziplin der Patienten (ca. 20% er Facharzttermine werden ohne Absage nicht wahrgenommen, bei Terminen de Terminvermittlungsstellen sind es über 30%, die letztlich nicht wahrge-nommen werden) ist Stunden allein der Verlust an Teminen auf diesem Weg pro Woche so hoch, wie durch fünf zusätzliche Stunden Sprechzeit generiert werden könnten.

Großer Wert ist auch auf die Unterscheidung von Sprechstunde, Patientenversorgungszeit und Arbeitszeit gelegt werden. So fallen bei mir zusätzlich zur Sprechstunde Operationen, Chemotherapien, Hausbesuche, Heimversorgungen, Geriatriebehandlung und Palliativversorgung an. Von Fortbildungen im Rahmen der Onkologievereinbarung, Tumorkonferenzen und drei Qualitätszirkeln innerhalb und außerhalb unseres Ärztenetzes ganz zu schweigen, bevor der administrative Teil der Praxisarbeit beginnt.

Letztlich wären zusätzliche Sprechstunden nur durch Umschichtungen und nicht durch Zusatzarbeitszeit zu organisieren. Statt Hausbesuchen müssten dann die Patienten zum Katheterwechsel per Krankentransport in die Praxis zugeführt werden.

Unter den 3% der Praxen in Deutschland, die nur 20 Stunden Sprechstunde anbieten, sind viele Kollegen kurz vor der Rente. Viele von ihnen überlegen, bei einer Pflichtverlängerung de Arbeitszeit vorzeitig aus dem Berufsleben auszuschneiden. Darunter sind viele kollegen aus den GOUDAH-Fächern, deren Aktivitäten hier gegängelt werden sollen.

3. Lösungsvorschläge

Sachsen-Anhalt hat ganz einfach vorgemacht, wie sich das Problem der fehlenden Facharzttermine sofort, nachhaltig, kostengünstig und unbürokratisch lösen lässt:

Im ganzen Bundesland gab es nur noch zwei niedergelassenen Augenärzte mit je 1500 Terminen pro Quartal. Innerhalb von drei Monaten nach Streichung der Budgetbegrenzung hatten diese Praxen so viele Helferinnen eingestellt, dass effektiv pro Praxis 3500 Patienten pro Quartal behandelt werden konnten.

Das Argument, dass es zu einer exorbitanten Ausgabensteigerung kommen würde, wenn man das mit allen Fachärzten machen würde, ist eine Zumutung. Es suggeriert, dass Hausärzte verantwortungsvoll Indikationen stellen,und Fachärzte nur prassen. Dass es aber sicherlich nicht so sein wird, dass auch nur ein Patient mehr behandelt wird, wenn das auch mehr Umsatz bringt, liegt auf der Hand.

Strukturell gibt es zu den Hausärzten seit ein paar Jahren noch einige weitere Unterschiede, die dem Facharzt auch sehr viel Zeit sparen würden und die Ausbildung weiteren Arztnachwuchses ermöglichen oder zumindest deutlich erleichtern würden:

Neben budgetfrei voll bezahlten Leistungen gibt es eine höherer Anzahl an Mitarbeiter delegierbare Leistungen (VERAH), Hausärzte haben in der Realität keine Berichtspflicht gegenüber den behandelnden Fachärzten, die Gehälter der Ärzte in Ausbildung in der Praxis wird voll von der KV getragen. Aufgrund dieser Struktur gibt es viele große Gemeinschaftspraxen mit mehreren Sitzen in der Hand einzelner Ärzte, so dass KollegInnen angestellt und ohne wirtschaftliche und haftungsrechtliche Risiken arbeiten können. Die technischen Anforderungen und damit die Investitionskosten in der Hausarztpraxis sind zudem erheblich niedriger.

Wir haben vor Ort im Rahmen eines zertifizierten Ärztenetzes (PLEXXON) die sofortige Terminvergabe über kollegiale Terminabsprache schon seit Jahren praktiziert. Dafür wurde eine RLV-Zuschlag von 10% gewährt,

bis die Vertreterversammlung , in der vor allem nicht in Netzen organisierte Ärzte die Stimmmehrheit haben, diese RLV-Zuschläge wieder abgeschafft haben, obwohl es eine gesetzliche Verpflichtung zur Förderung von Ärztenetzaktivitäten gibt.

Egal, wie Sie es drehen und wenden, es wird keine zusätzlichen Leistungen ohne zusätzliches Geld geben.

Die konsequente Art und Weise, wie bisher der Dialog mit den Partnern der Selbstverwaltung der Ärzte gemieden wurde hat erhebliche politische Verwerfungen zur Folge.

Viele unserer Patienten wählen AFD, nachdem sie jahrzehntlang die CDU gewählt hatten, gut zu sehen auch am letzten Landtagswahlergebnis von Niedersachsen. Ein Großteil der Ärzte im Ammerland ist entweder CDU-affin oder wie ich seit Jahren Parteimitglied.

Persönlich bin ich es schlicht leid, mich so stumpf und unverhohlen unverschämt für dumm verkaufen lassen zu sollen, wie ich den momentanen Inhalt, Stil und Form von Herrn Spahn empfinde.

Der Staat hat als Bestimmer in Form eines Gesetzes in einem freien Beruf nichts zu suchen. Die Ablösung einer Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband auf 20 Stunden Sprechzeit kann in keinem Fall akzeptiert werden. Es ist nur zu klar, dass dann solange die „Pflichtsprechzeiten“ so lange erhöht werden können, bis sich niemand mehr Mitarbeiter für diese Stundenzahl leisten kann und die Versorgung von Gesundheitskonzernen übernommen werden kann, wie es jetzt schon bei Großlaboren beginnt.

Daraus wird eine klare Verschlechterung der Versorgungsqualität der Patienten folgen, es wird das Gemeinwesen deutlich mehr kosten, als heute und ich persönlich lehne ein solches staatsmedizinisches System aus den benannten weltanschaulichen Gründen für mich ab.

Wie etwa 1,1% aller Ärzte in Deutschland war ich 20 Jahre Marinearzt und habe meine Ausbildung und meine Pflicht gegenüber dem Staat mehr als abgegolten. Ich tausche meine Entscheidungsfreiheiten nicht für eine staatliche Versorgung ein. Meine Praxis und ich sind keine Staatseigentum und ich lasse mich auch nicht so behandeln!

In der innigen Hoffnung, dass sich Ton, Form, Stil, Inhalt und Methodik im Umgang mit der Gesundheitsversorgung umgehend mäßigen und zu einem Ergebnis mit Augenmaß geführt werden,

übersende ich Ihnen vorab zur Vorbereitung unserer Gespräche dieses Positionspapier .

Arp Blum
Urologe
www.uro-meer.de