

Erläuterungen zur Rückgabe der kassenärztlichen Zulassung zum Ablauf des Jahres 2017



Dr. med. Henning Jäschke

Allgemeinmedizin | Notfallmedizin
Sportmedizin | Chirotherapie | Akupunktur
Fliegerarzt | Taucherarzt | Gelbfieberimpfstelle

Tel. 02641 91153-0
Fax 02641 91153-20

Bergstraße 2 (Vitahris)
53474 Bad Neuenahr
info@jaeschke-vitahris.de
www.jaeschke-vitahris.de

Liebe Patientinnen und Patienten,

nach langem Zögern und reiflicher Überlegung habe ich mich dazu entschieden, meine **Zulassung zur Betreuung gesetzlich krankenversicherter Patienten zum 31. Dezember 2017 zurückzugeben.**

Ich habe mir diese Entscheidung wirklich nicht leicht gemacht, sind mir doch viele meiner Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus – im Laufe der Jahre sehr ans Herz gewachsen.

Es sind vornehmlich drei Faktoren, die mich – wie bereits etliche meiner Kolleginnen und Kollegen vor mir – zu diesem doch schwerwiegenden Entschluss bewogen haben.

Diese sind:

1. der durch gesundheitspolitische Entscheidungen und Gesetze immer höhere Bürokratieaufwand
2. die mehr als unbefriedigende Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den gesetzlichen Krankenkassen
3. die zeitliche und personelle Überlastung meiner Praxis, die es nicht mehr zulässt, jeder/m unserer Patientinnen/Patienten die Betreuung und zeitliche Verfügbarkeit zukommen zu lassen, die sie/er verdienen

Zu 1. Gesundheitspolitische Vorgaben und Bürokratie

Nach einer Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2012 verbringt ein niedergelassener Arzt durchschnittlich 26 Prozent seiner Arbeitszeit mit Bürokratie. Entgegen dem von vielen Seiten immer wieder geforderten Bürokratieabbau hat sich dieser Wert in den letzten Jahren weiter erhöht und dürfte inzwischen wohl deutlich über 30 Prozent liegen. Ich verbringe inzwischen fast die Hälfte meiner Arbeitszeit mit der Erledigung von „Schreibkram“.

Um die Behandlung der Patienten nicht durch Kürzung der Praxisöffnungszeiten zu gefährden, sehe ich mich, wie die meisten meiner Kollegen, dazu genötigt, für die Erledigung bürokratischer Aufgaben, allein die stundenfreien Zeiten zu opfern.

Diese zunehmende Bürokratie ist im Wesentlichen gesundheitspolitisch erdachten Steuerungsmechanismen zuzuschreiben, mit denen der Gesetzgeber versuchen will, dem angesichts der zunehmenden Überalterung unserer Gesellschaft steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung zu begegnen. Aber die „am grünen Tisch“ festgelegten Maßnahmen erweisen sich zumeist als realitätsfern und in der täglichen Praxis als ungeeignet.

Dass allein der demographische Wandel bereits eine Zunahme behandlungsintensiver Erkrankungen zur Folge hat, und dies zu einem steigenden Bedarf insbesondere an hausärztlicher Versorgung führt, hat auch die Politik unlängst erkannt.

Umso unverständlicher ist es, dass sich gerade der Hausarzt in der täglichen Praxis mit einem Gesundheitssystem konfrontiert sieht, welches durch Bürokratie und Lobbyismus fehlgeleitet ist. Dieses System begegnet ärztlicher Leistung – statt mit Wertschätzung – mit ständigem Misstrauen, was sich nicht zuletzt in immer neuen gesetzlichen Regelungen niederschlägt. Seit dem Jahr 2015 gab es allein für den Bereich des Gesundheitswesens bis heute 23! abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren.

In keinem dieser Gesetze ist auch nur eine einzige Formulierung zu finden, welche das Wichtigste einfordert: dass nämlich Ärzte und Pflegekräfte **ausreichend Zeit** für die Betreuung ihrer Patienten haben müssen!

Folge dieser Gesetzgebung ist statt dessen ein immer enger geschnürtes wirtschaftliches Korsett, welches sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Versorgung, zu „Drehtürmedizin“ zwingt. Der Hausarzt wird dabei – allein aus wirtschaftlichen Beweggründen – zum „Facharzt für Überweisungsmedizin“ herabgestuft, was die Krankenkassen gern mit der Umschreibung des „Lotsen im Gesundheitssystem“ verklären.

Wie alle anderen Kassenärzte, so wird auch der Hausarzt in regelmäßigen Abständen mit immer neuen und völlig praxisfernen Vorgaben und „Zielquoten“ konfrontiert. Damit glaubt die Politik, die aus dem zunehmenden Versorgungsbedarf folgende Kostensteigerung des Gesundheitssystems im Griff zu halten. Man versucht die Patienten und ihre Erkrankungen in Schemata zu pressen, lässt dabei den „individuellen Faktor Mensch“ jedoch im Wesentlichen unberücksichtigt.

Dem Wunsch des Arztes nach bestmöglicher Betreuung seiner Patienten stehen somit Vorgaben und Zielquoten gegenüber, für deren Einhaltung der Arzt auch noch persönlich in Haftung (Regress) genommen wird, und bei deren Überschreitung er mit seinem privaten Vermögen gerade steht.

Ein dem antiken Gott der Heilkunst, „Asklepios“, zugeschriebener und von dem berühmten Arzt des 16. Jahrhunderts „Paracelsus“, übernommener bedeutender Satz lautet: *„Heile zuerst mit dem Wort, dann mit der Medizin und erst dann mit dem Messer.“* Angesicht der immer älter werdenden Bevölkerung hat diese Aussage in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Dennoch scheint dieser Leitsatz gerade in den Augen unserer Gesundheitspolitiker und Lobbyisten kaum mehr Vorrang zu haben. Statt dessen bestimmen Begriffe wie „Effizienz“, „Zweckmäßigkeit“, „Wirtschaftlichkeit“ und „Ökonomie“ die Gesetzgebung zum Gesundheitswesen.

Dabei steht doch wohl außer Frage, dass gerade die „sprechende Medizin“, die ganz persönliche Zuwendung des Arztes zum Patienten, gefördert werden, im Vergleich zur „Apparatemedizin“ deutlich mehr Bedeutung erfahren und auch dementsprechend honoriert werden müsste!

Mit den derzeitigen politischen Vorgaben des Gesundheitssystems kann ich mich als Arzt, der sich dem Wohl seiner Patienten verpflichtet fühlt, schon seit längerer Zeit nicht mehr identifizieren!

Zu 2. Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen

Die Gesetzlichen Krankenkassen reagieren auf Patientenfragen gerne mit den nachfolgenden Worten:

„Der Arzt darf Ihnen das verschreiben, was er medizinisch für notwendig hält.“

Die dem Kassenarzt auferlegten Beschränkungen werden gegenüber dem Patienten dabei ganz bewusst verschwiegen. Stattdessen wird dem Kassenarzt nur allzu gerne der „schwarze Peter“ für die Einhaltung von Zielquoten und Budgets bei der Verordnung von Medikamenten und Heilbehandlungen zugeschoben. Dies hat zur Folge, dass die Krankenkassen den Arzt quasi als „Prellbock“ benutzen, welcher sich gegenüber dem Patienten in Diskussionen für Dinge rechtfertigen muss, für die er weder verantwortlich ist, noch diese für angemessen hält.

Wie den Gesundheitspolitikern, so ist auch den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sehr wohl bewusst, dass die Lücke zwischen tatsächlichem Bedarf und den dafür bereitgestellten finanziellen Mitteln immer weiter auseinander klafft.

Sehr wohl ist bekannt, dass der Kassenarzt schon allein aus wirtschaftlichen Gründen dazu gezwungen wird, dem Patienten des öfteren sinnvolle Leistungen vorzuenthalten, weil diese entweder nicht kostendeckend oder überhaupt nicht vergütet werden, bzw. weil Budgets und Zielquoten ihn daran – unter Androhung von Strafe – hindern.

Dem Arzt bleibt somit letztlich keine andere Wahl, als „Schmalspurmedizin“ zu betreiben – ein unerträglicher Zustand!

Im Sozial-Gesetzbuch Gesetzliche Versicherungen V (SGBV) sind die Fragen der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. In §12 Absatz 1 wird das **Wirtschaftlichkeitsgebot** vorgeschrieben:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder wirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

An diese, als Maßgabe festgelegten „**WANZ-Kriterien**“ (**wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig**) hat sich der Kassenarzt zu halten. Jede im individuellen Fall sinnvolle Maßnahme oder Medikation, die über diese Vorgaben hinausgeht, hat der Kassenarzt zu verantworten, ausführlich zu begründen und zu rechtfertigen und im Zweifel finanziell selbst zu tragen. Honorarkürzungen sind dann keineswegs Ausnahmen, sondern alltägliche Erfahrung.

Als Ergänzung noch ein paar **Fakten und Zahlen, die Sie kennen sollten, um einzuschätzen, was der gesetzlichen Krankenkasse Ihre Versorgung, also Ihre individuelle Gesundheit wert ist:**

Die Leistungen Ihres Hausarztes werden – **völlig unabhängig davon, wie oft Sie als Patient in der Praxis zur Untersuchung/Behandlung vorstellig sind** – gemäß dem sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) **pro Quartal (3 Monate) mit einer „Versichertenpauschale“ vergütet.**

Für das gesamte 3. Quartal 2017 lag die Höhe dieser Pauschalvergütung für die **Behandlung z. B. eines 74-jährigen Patienten** bei gerade einmal **16,53 Euro.**

Hinzu kommt noch die Vergütung einer „**Vorhaltepauschale**“ von **15,16 Euro**, welche „*die Vorhaltung zur Erfüllung von Aufgaben der zur hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen*“ honorieren soll. Diese bekommt die Praxis, ebenso wie die o.g. Versichertenpauschale, aber nur dann vergütet, wenn der Patient mindestens ein Mal im Quartal vorstellig wird.

Arbeitsabläufe, in denen der Arzt sich in postalisch zugegangene umfassende Befundberichte einliest, diese in der Patientenkartei erfasst, zugehörige Diagnosen hinterlegt oder auch Rücksprache mit Kollegen hält, werden ebenso wenig vergütet, wie die Beantwortung von Kassenanfragen, die Erinnerung von Patienten an notwendige Verlaufskontrollen oder umfassende Gespräche mit Angehörigen usw..

Sofern der Patient also im laufenden Quartal nicht persönlich in der Praxis vorstellig und die Versichertenkarte eingelesen wird, so erhält die Praxis für die oben genannten und für weitere „**Verwaltungsleistungen**“ **keinen einzigen Cent.**

Dies führt Sinn und Zweck der Vorhaltepauschale, nämlich die Vergütung der „*Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung*“ ad absurdum!

Nicht unerwähnt lassen will ich die Behandlung eines chronisch kranken Patienten, der im Regelfall mehrfach im Quartal die Praxis aufsucht, was der gesetzlichen Krankenversicherung eine zusätzliche einmalige Vergütung von **17,90 Euro pro Quartal** wert ist. Diese wird jedoch wiederum nur dann vergütet, wenn der Patient innerhalb von vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens drei mal vorstellig wird.

Wie werden nun technische Leistungen in der Hausarztpraxis vergütet?

Dazu nur einige wenige Beispiele:

- Durchführung und Auswertung eines Belastungs-EKG: 21,06Euro
- Durchführung und Auswertung einer Langzeitblutdruckmessung : 8,21Euro
- Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse: 8,95Euro
- Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes: 16,53Euro

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Erwerb, Wartung, messtechnische Kontrollen und Reparaturen der technischen Geräte (die Kosten für ein handelsübliches Sonographiegerät liegen derzeit bei ca. 25.000,- Euro) ausschließlich durch die Praxis zu finanzieren sind.

Und wie werden sonstige Leistungen vergütet? Auch dazu einige Beispiele:

- Erstellung eines Medikamentenplanes für den Patienten incl. des Abgleichs sämtlicher Wirkstoffe auf Wechselwirkungen und Interaktionen: 4,11Euro
(wird unabhängig von der Häufigkeit der Erbringung maximal 1x pro Jahr vergütet)
- Durchführung einer umfassenden Gesundheitsuntersuchung: 31,91Euro
- zusätzliche Durchführung eines Hautkrebsscreenings: 17,90Euro
- Krankenbesuch im häuslichen Umfeld: 22,32Euro

Und dann gibt es noch jene **Leistungen, die** – unabhängig von der Häufigkeit ihrer Erbringung – **überhaupt nicht vergütet** werden, da sie bereits mit der Versichertenpauschale abgegolten sind.

Auch dazu einige Beispiele:

- Durchführung eines EKG
- Durchführung einer Infusion
- Durchführung einer Blutabnahme
- Durchführung einer Wundversorgung bzw. Wundkontrolle incl. Verbandanlage
- Erstellung eines Krankheitsberichtes
- Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, usw..

Bei all dem darf nicht unerwähnt bleiben, dass Leistungen bei Überschreitung des Budgets, welches sich an einem „Fachgruppendurchschnitt“ orientiert, nur noch „abgestaffelt“ vergütet werden. Die „Abstaffelung“ bewirkt eine Honorarkürzung von meist mehr als 80%. Ein Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse z.B. ist dann nicht einmal mehr 2 Euro wert.

Mit den genannten Beträgen werden nicht nur die Leistungen des Arztes, sondern die der gesamten Praxis vergütet. Hiervon sind sämtliche laufenden Kosten der Praxis zu decken, wie z.B. Kreditabzahlung, Personalkosten, Versicherungen, Steuerberatungskosten, Mietkosten, Verbrauchskosten, Materialkosten, Telefonkosten, Reparatur- und Wartungskosten, Rücklagen für technische Neuanschaffungen, Renovierungskosten usw..

Dies soll genügen! Vergleiche mit den Kostenforderungen in anderen Dienstleistungsbereichen, wie z. B. dem Kfz-Handwerk, sind wohl kaum erforderlich um zu verdeutlichen, welchen Stellenwert unsere Politik den Leistungserbringern im Gesundheitssystem einräumt...

Zu 3. Zeitliche und personelle Überlastung

Als Patientin oder Patient unserer Praxis wird Ihnen nicht entgangen sein, dass unser gesamtes Team seiner Aufgabe mit „Leib und Seele“ nachkommt. Es gibt allerdings Grenzen, deren Überschreitung ich weder meinen Mitarbeiterinnen zumuten, noch letztendlich mir selbst gegenüber verantworten kann.

Was für unsere Patienten gilt, muss selbstverständlich auch für meine Mitarbeiter, aber auch für mich selbst gelten. Gesundheit ist das höchste und wichtigste Gut.

Dass die Arbeitszeiten des Praxisteam weit über die offiziellen Praxisöffnungszeiten hinausgehen, wird Ihnen nicht entgangen sein. Eine Arbeitszeitbelastung von 50 Wochenstunden für meine vollbeschäftigten Mitarbeiterinnen ist weiterhin untragbar, ebenso wie die mittlerweile zur Normalität gewordene Arbeitszeit von 60 bis 70 Wochenstunden für mich auf Dauer nicht ohne gesundheitliche Konsequenzen bleibt, und auch für meine Familie nicht weiter erträglich ist.

Die Belastungsgrenze des gesamten Praxisteam ist seit geraumer Zeit erreicht und auch wegen zwischenzeitlich unvorhersehbarer und unabwendbarer Personalengpässe deutlich überschritten.

Sie kennen mich als Arzt „mit Leib und Seele“! Ein solcher möchte ich bleiben, um auch weiterhin eine optimale medizinische Betreuung leisten zu können. Das Wohl meiner Patienten lag und liegt mir stets am Herzen. Ein Wechsel zur „Drehtürmedizin“ kommt für mich niemals in Frage! Dies kann und will ich nicht verantworten! Wenn ich nunmehr meine kassenärztliche Tätigkeit – nach einem langen und intensiven Überlegungsprozess – beende, so ist dies ausschließlich den oben genannten Gründen zuzuschreiben.

Mit Aufgabe der Kassenzulassung wird meine Praxis eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung **ab dem 01. Januar 2018** nicht mehr anbieten können.

Ich bedanke mich für Ihr uns entgegengebrachtes Vertrauen in den vergangenen acht Jahren und bitte meine gesetzlich versicherten Patienten um Ihr Verständnis.

Sofern Sie als gesetzlich versicherter Patient von einer Weiterbehandlung auf Selbstzahlerbasis absehen wollen oder müssen, so bedaure ich zutiefst, wenn ich Sie dadurch als Patienten verliere. Gleichwohl wünsche ich Ihnen, dass Sie sich dann sehr bald einer/m meiner geschätzten Kolleginnen bzw. Kollegen anvertrauen können.

Ihr Dr. med. Henning Jäschke