

# Vom Umgang mit uns Ärzten

*Oder: der steile Absturz vom Halbgott in Weiß zum Prellbock eines maroden Gesundheitswesens und zur Melkkuh von pseudolegalisierten Geschäftemachern aller Art*

Monika Danninger

***Im Umgang mit uns Ärzten ist eine erhebliche Veränderung seitens der Politik, der Krankenkassen, der KVen, der Medien, der Patienten und sogar seitens der sogenannten Landesvertretungen und sonstigen ärztlichen Vereinigungen eingetreten. Während sich unsere Vorgänger noch als „Halbgötter in Weiß“ betiteln lassen mussten, sind wir jetzt zum Prellbock für ein marodes Gesundheitssystem geworden und werden unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung zu allen möglichen arzt-fremden Dienstleitungen gezwungen und dabei noch skrupellos abkassiert. Rückblickend auf jahrelange Klinik- und Praxiserfahrung wird dieser Eindruck mit Beispielen belegt.***

Ich blicke auf 17 Jahre Niederlassung als Frauenärztin, neun Jahre Kliniklaufbahn sowie sechs Jahre und drei Monate Medizinstudium zurück und beobachte einen extremen Wandel im Umgang mit uns Ärzten. Daran beteiligt sind gleichermaßen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, sämtliche Ärztevereinigungen, Landesvertretungen und Berufsverbände, die Politiker, die Medien, die Patienten und Patientenverbände.

Während unsere Vorgänger sich bestenfalls als Halbgötter in Weiß betiteln lassen mussten, wird das Ansehen des Arztes jetzt von allen oben genannten Seiten und in immer größerer Geschwindigkeit demontiert. Parallel dazu wird unsere Arbeitskraft missbraucht und wir werden mit pseudolegalen Mitteln sogar dazu gezwungen, diesen Umstand auch noch zu finanzieren. Hierfür möchte ich im Folgenden einige Beispiele anführen.

Geradezu über Nacht und vollkommen ohne Widerstand seitens unserer

Standes- und sogenannten Interessenvertretungen wurde die Praxisgebühr am 1.1.2004 eingeführt. Schon am nächsten Morgen wurden wir im Radio und von interviewten Patienten als Abzocker beschimpft. Ärzte kamen nicht zu Wort.

## 10 Euro Praxisgebühr – eine unendliche Geschichte

Kein Reporter oder Journalist war offensichtlich informiert über die Tatsache, dass die 10 Euro Praxisgebühr zu 100 Prozent an die Kassen fließen und wir Ärzte für Fehlbeträge mit unserem eigenen Einkommen haften müssen, ohne jegliche finanzielle Entschädigung für den zusätzlich zu bewältigenden Verwaltungsaufwand in unseren Praxen. Bis heute – über acht Jahre nach Einführung der Praxisgebühr – führe ich in meiner Praxis immer noch leidige Diskussionen um fällige 10 Euro.

Meiner Meinung nach ist es sowieso weder berufs- noch rechtskonform, uns selbstständige und eigenverantwortliche Ärzte zum Einkassieren von

Kassengeldern zu verdonnern. Erst jetzt – acht Jahre zu spät, denn die Krankenkassen haben sich bereits an diese Einnahmequelle gewöhnt – ruft die KVB zu einer Unterschriftenaktion auf, um die Praxisgebühr wieder abzuschaffen.

## Elektronische Versichertenkarte, Karten mit Patientenfoto und neue Lesegeräte

Die Grenzkontrollen wurden im vereinigten Europa großherzig abgeschafft, um sie durch die Hintertür in unseren Arztpraxen wieder einzuführen und uns – wiederum unentgeltlich – auch noch diese (eigentliche staatliche) Kontrollarbeit aufzuzwingen. Wir wurden wiederum gezwungen, Zeit und Geld zu investieren, um die erforderlichen neuen Kartenlesegeräte anzuschaffen; Dinge, die weder uns noch unseren Patienten etwas nützen.

Darüber hinaus wird mit Einführung der elektronischen Versicherungskarte und der geplanten zentralen Datenspeicherung sowohl der Patient als auch der Arzt vollkommen gläsern, kontrollierbar und in der Folge problemlos manipulierbar.

## Ständiges Anzweifeln unserer ärztlichen Kompetenz

Um in Deutschland Arzt werden zu können, muss das Abitur seit Jahren mit einem Einser-Schnitt bestanden werden; anschließend beträgt die Grundstudienzeit sechs Jahre und drei Monate. Im Rahmen des Studiums sind in den Semesterferien zwei Monate Krankenpflegepraktikum, drei Monate Famulatur und am Ende ein praktisches Jahr, mit Einsätzen an Wochenenden und Feiertagen, ohne Bezahlung abzuleisten. Im Gegenteil: Wir mussten sogar unser Mittagessen in der Kantine, die Fahrtkosten und – falls erforderlich – die Unterkunft am Einsatzort bezahlen. Das AiP ermöglichte es anschließend, einen approbierten Arzt dann noch mit dem Drittel eines

Assistenzarztgehalts (bei Vollzeitbeschäftigung) abzuspeisen. Danach absolviert man seine Ausbildung zum Allgemein- oder Facharzt. Je nach Fachrichtung dauert eine derartige weitere Ausbildung mindestens vier, meist aber sechs Jahre. Für den, der dies alles tapfer hinter sich gebracht hat und seinen Beruf als Arzt verantwortungsbewusst ausüben wollte, gehörte es seit jeher dazu, sich beruflich regelmäßig fort- und weiterzubilden.

Mir ist bislang kein anderer Berufsstand bekannt, bei dem dies so selbstverständlich praktiziert wird und zusätzlich so viel eigene Freizeit und Geld bereitwillig geopfert wird. Dennoch wird uns Ärzten neuerdings ständig unterstellt, dass wir unsere Patienten nicht nach dem neuesten Stand behandeln – angeblich, weil uns die erforderlichen Kenntnisse dafür fehlen würden. Tatsächlich werden unsere diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten durch die uns aufoktroierten Praxisbudgets und androhten Regresse seitens der Krankenkassen und der (Gesundheits-)Politik erheblich eingeschränkt bzw. unmöglich gemacht.

### Entmündigung und Abkassieren unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung

Anlässlich des Inkrafttretens des neuen Gendiagnostikgesetzes fand im Frühjahr dieses Jahres in der Landesärztekammer eine ganztägige Fortbildung für diejenigen Ärztinnen und Ärzte statt, die sich im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit Erbkrankheiten auseinandersetzen haben. Für 50 Euro Gebühr hörte man reichlich Gesetzestexte, aber auch wirklich interessante Themen aus dem Gebiet der sich rasant entwickelnden Humangenetik von sehr kompetenten und engagierten Referenten. Warum man am Ende dieser Veranstaltung eine – für mich – sinnlose Prüfung bestehen musste, ist mir gänzlich unverständlich. Das Ganze gipfelte dann noch darin, dass

man wie ein unmündiger Schüler – der sich mit 18 Jahren in Eigenverantwortung seine Entschuldigungen selbst schreiben durfte! – aufgefordert wurde, nicht zu schwätzen oder gar abzuschreiben.

Als selbstständige Ärztin, die sich berufshaftpflichtversichern muss, um ärztliche Fehlentscheidungen – oder was man gerade dafür hält – gegebenenfalls vor Gericht zu verantworten, verbitte ich mir derartiges Verhalten vor allem von unseren sogenannten Standesvertretungen, die ich durch meine (Zwangs-)Beiträge finanzieren muss!

Wir haben unsere Facharztprüfungen nachweislich bestanden und arbeiten bereits Jahre und Jahrzehnte mit Erfolg in unseren Fachgebieten. Dennoch werden wir aufgefordert – und das in immer kürzer werdenden Abständen –, uns nochmals zu zertifizieren und zu rezertifizieren, um dafür auch noch nach Strich und Faden abkassiert zu werden. Diese Maßnahmen werden neuerdings beinahe schon für jedes Organ und Krankheitsbild von uns eingefordert. Wir haben uns bereits durch das Bestehen unserer Facharztprüfungen, durch die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden ärztlichen Fortbildungen und unsere jahrelange tägliche ärztliche Tätigkeit reichlichst qualifiziert und zertifiziert!

Das gleiche Zertifizierungs- und Rezertifizierungsspiel wird mit unseren Geräten gespielt. Wieso man nach dem Kauf eines nagelneuen Ultraschallgerätes Ultraschallbilder aller Schallköpfe gegen Bezahlung von 50 Euro bei der KV zur sogenannten Qualitätsprüfung einreichen muss, kann nicht einmal schlüssig erklärt werden. Selbst als mein Neugerät nach einem Jahr gegen ein baugleiches Neugerät mit nur anderer Seriennummer ausgetauscht werden musste, hatte ich obengenannte Prozedur zu wiederholen, natürlich wiederum gegen Zahlung von 50 Euro. Dieses Vorgehen wird bei un-

serer KV unter „Qualitätssicherung“ verbucht! Nachdem ich meinen Unmut bei der sogenannten „Anlaufstelle Bürokratieabbau“ der KVB äußerte, erhielt ich nach etwa einem Jahr schriftlich die Mitteilung, dass man sich um Abhilfe bemühen würde.

Unter der Überschrift „Qualitätsmanagement“ wird meines Erachtens nur sinnloser Bürokratiemüll zum Selbstzweck produziert, wertvolle Zeit verschwendet und nur die Basis dafür bereitet, uns auch noch skrupellos abzukassieren. Ich habe nichts gegen sinnvolles Qualitätsmanagement, aber was für Großbetriebe mit häufigem Personalwechsel gegebenenfalls durchaus sinnvoll sein kann, darf nicht kritiklos auf – meist überschaubar große – Arztpraxen übertragen werden. In einer Arztpraxis dürfte meines Erachtens die Checkliste zum Thema Qualitätssicherung nicht länger als zwei DIN-A4-Seiten sein.

### Intransparente Bezahlung und Regresse

Während es in anderen Berufsgruppen, zum Beispiel auch bei unseren Arzthelferinnen, selbstverständlich ist, Überstunden und Feiertagsarbeit mit entsprechenden Zuschlägen abzugelten, wird uns bei Überschreiten des Budgets (also bei Mehrarbeit) deutlich weniger bezahlt. Qualitativ leistungsstarke und hochwertige



Medizin kann aber nicht nach Budget bezahlt werden, schon allein aufgrund der Tatsache, dass die Patienten auch nicht nach Budget erkranken und der medizinische Fortschritt somit auf der Strecke bleiben muss. Die Versorgung des Kassenspatienten – und das sagt ihm niemand, am wenigsten seine eigene Krankenkasse – muss laut SGB V § 70 nur „ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie muss in der gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“.

Dass jeder Arzt sich angesichts dieser Situation über Privatpatienten – ohne die wahrscheinlich jede Kassenarztpraxis trotz Ganztagsarbeit schon pleite wäre – freut, sollte eigentlich nur Verständnis und die Erkenntnis hervorrufen, dass bei unserem Gesundheitssystem etwas grundlegend schief läuft. Privatpatienten können im Allgemeinen medizinisch bestmöglich versorgt werden und sie werden gleichzeitig wie mündige Bürger behandelt, denn sie erhalten auch die Arztrechnungen, womit sie in die Lage versetzt werden, diese zu überprüfen. Für uns Ärzte bedeutet die Behandlung eines Privatpatienten, dass wir ohne Budgetgrenzen und Regressandrohungen das medizinisch Sinnvolle und Effiziente veranlassen oder leisten können und aufgrund der gestellten Privatrechnungen mehr finanzielle Planungssicherheit haben.

### **Ausufernde, sinnlose, für uns und unsere Patienten teure Bürokratie**

Beim Thema Bürokratie wären der ICD-10-Codierungswahn, die Einführung der fünfstelligen Abrechnungsziffern und vor allem die DMP-Programme zu nennen. Mit den DMPs wird sicherlich kein einziger Patient besser behandelt (dies wäre auch juristisch kaum vertretbar), wohl aber bekommen die Krankenkassen über interne Umverteilungsmaßnahmen mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, während unsere

Arbeit im Vergleich wieder einmal auf Erdnussniveau bezahlt wird. Vorher muss das DMP-Programm aber erst einmal käuflich von uns erworben werden, und anschließend dürfen wir uns regelmäßig (jedes Quartal) mit dem Einspielen eines neuen Updates beschäftigen – all inclusive, versteht sich. Zur Teilnahme am DMP-Programm werden wir auf perfide Weise gezwungen, denn vonseiten der daran gut verdienenden Krankenkassen wird den Patienten suggeriert, dass die an den DMP-Programmen teilnehmenden Ärzte die besser qualifizierten seien und die Patienten dort ärztlich besser betreut würden.

### **MVZs und sonstige undurchsichtige Konstrukte im sogenannten Gesundheitsmarkt**

Schon beim Wort „Gesundheitsmarkt“ sollten die Alarmglocken klingeln, denn es besagt bereits, worum es geht. Mit Krankheiten und deren Behandlung lässt sich kein Profit erwirtschaften; es wird immer eine gesellschaftliche und finanzielle Unterstützung nötig sein. Erst durch die Heilung einer Erkrankung und die Gesunderhaltung der Bevölkerung entsteht der langfristige Gewinn für den Einzelnen und die Allgemeinheit.

Durch die unbegrenzte Zulassung obengenannter Einrichtungen sehe ich letztlich nur den freien Arztberuf gefährdet bzw. geopfert, da dort „Manager“ nach rein wirtschaftlichen Aspekten Diagnostik und Therapie der dort abhängig angestellten Ärzte steuern.

Das Interesse an der Fortführung einer Kassenarztpraxis tendiert ja bereits gegen Null, denn kaum jemand will heute unter den geschilderten Voraussetzungen noch das Wagnis einer Niederlassung als Kassenarzt eingehen. Es fehlt seit Jahren jegliche Planungssicherheit durch ständige sinnlose bürokratische Veränderungen und gleichzeitige finanzielle Beschränkungen.

Die jungen Kollegen wandern lieber in die Schweiz, nach Skandinavien oder nach Australien aus, da sie dort bessere Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten vorfinden. Ein Umstand, den wir uns aufgrund der zeit- und geldaufwändigen Ausbildung eines Mediziners und aufgrund des demografischen Wandels nicht im Geringsten leisten können.

### **Internetpranger der Krankenkassen und Vorwurf der Korruption**

Als Fortschritt wurden uns die kasseneigenen Internetbewertungen unserer ärztlichen Qualität durch unsere Patienten verkauft. Man darf uns jetzt – wie im Mittelalter, aber hier auch noch anonym – über das Internet an den Pranger stellen, ohne uns auch nur die geringste Möglichkeit einzuräumen, uns dagegen zu wehren. Ist das noch grundgesetzkonform? Wieso dürfen nicht wir oder unsere Patienten die Krankenkassen oder sonstige Institutionen entsprechend bewerten?

Korruption wird und wurde uns unterstellt, wenn wir Geschenke (bei mir Kugelschreiber und Klebezetelblöcke) von einer Pharmafirma annehmen, während die Krankenkassen sogenannte Rabattverträge abschließen.

Bei nahezu jedem ausgestellten Kassenrezept erhält der Patient ein anderes Präparat als angegeben und wir Ärzte dürfen dies – selbstverständlich wiederum kostenlos – erklären. Wenn man sich auf Drängen der Patienten dazu hinreißen lässt, „aut idem“ anzukreuzen, muss man gegebenenfalls mit seinem Einkommen haften und/oder darf seine Freizeit für umfangreiche medizinische Begründungen opfern.

Kürzlich stellte ein Gericht fest, dass selbstständige Ärzte keine Beamten sind und somit auch nicht so behandelt werden dürfen. Das Urteil könnte immerhin eine aussichtsrei-



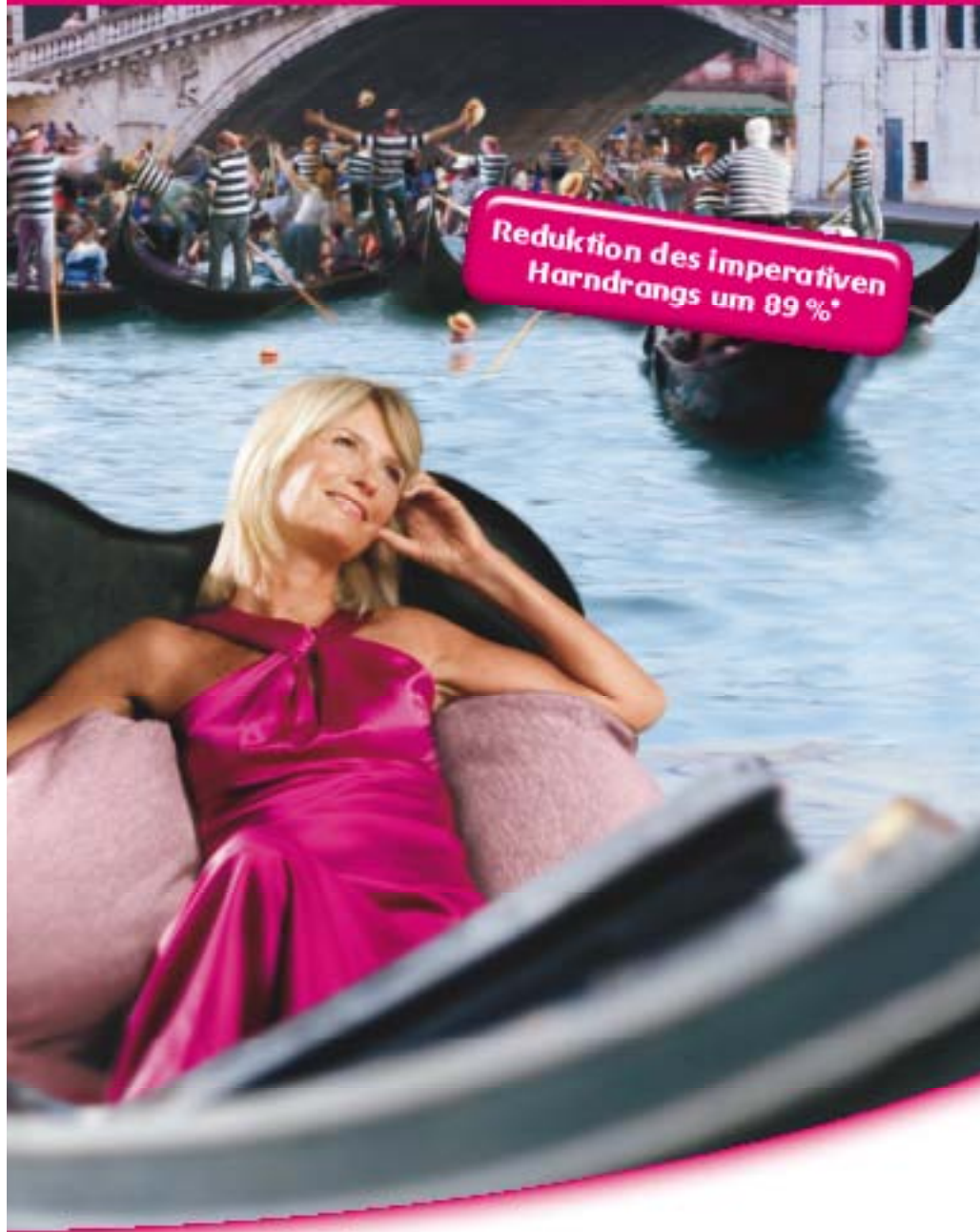
che Basis für längst überfällige Veränderungen sein.

## Fazit

Es ist höchste Zeit, dass sich unsere sogenannten Standesvertretungen wieder ihrer Aufgaben bewusst werden und diese mit entsprechendem Einsatz wahrnehmen; denn ansonsten sind sie ganz einfach sinnlos. Sie haben dafür zu sorgen, dass wir Ärzte in die Lage versetzt werden, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung – ohne Selbstaufgabe seitens der Ärzte – zu ermöglichen. Sie haben in unserem Namen sicherzustellen, dass die Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt erhalten bleibt und nicht durch den Kontrollzwang verschiedenster Institutionen durchlöchert wird. Sinnlose Bürokratie, Missbrauch unserer ärztlichen Arbeitskraft und den ständigen pseudolegalen Zugriff durch Geschäftemacher aller Art unter dem Deckmantel der „Qualitätssicherung“ müssen unsere Standesvertretungen von uns abwehren.

Dass wir der Politik und den Politikern keinesfalls vertrauen können, war kürzlich im Zusammenhang mit dem Meldegesetz zu sehen, welches in der ursprünglichen Form den freien Handel mit persönlichsten Daten ermöglicht hätte und den Kommunen auch noch (Kopf-)Geld eingespielt hätte.

# Entspannung erleben – Harndrang unter Kontrolle



\*Daten nach: Haab F et al. Eur Urol 2005; 47:376-384.

**Vesikur® 5 mg Filmtabletten / Vesikur® 10 mg Filmtabletten Wirkstoffe:** Solifenacinacrinat **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält: artemisch wirksamer Bestandteil 5 mg bzw. 10 mg Solifenacinacrinat, entsprechend 3,8 mg bzw. 7,5 mg Solifenacin. Sonstige Bestandteile: Maisstärke, Lactosemonohydrat, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Macrogol 8000, Talkum, Triandiolid (E171), Eisen(II)-oxid bzw. Eisen(III)-oxid und  $\alpha$ -H<sub>2</sub>O (E172) **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Therapie der Dranginkontinenz und/oder der Pollakiurie und des imperativen Harndrangs, wie sie bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase auftreten können. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Inhaltsstoffe, Harnverhaltung, Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwere Magen-/Darm-Erkrankung sowie bei Patienten mit einem Risiko für diese Erkrankungen. Keine Anwendung bei Hämodialysepatienten oder Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. Keine Anwendung bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance  $\leq$  30 ml/min) oder mäßig eingeschränkter Leberfunktion (Child-Pugh-Score 7 bis 9), die gleichzeitig mit einem CYP3A4-Inhibitor (z.B. Ketoconazol, Ritonavir) behandelt werden. Die Tagesdosis beträgt 5 mg Solifenacinacrinat bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz, einer mäßig eingeschränkten Leberfunktion oder bei Patienten, die gleichzeitig mit einem starken CYP3A4-Inhibitor behandelt werden. Keine Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Bei der Verschreibung für Schwangere ist Vorsicht geboten, die Anwendung in der Stillzeit ist zu vermeiden. **Nebenwirkungen:** Dosierungsabhängige anticholinerge Nebenwirkungen können auftreten: sehr häufig (> 10%): Mundtrockenheit (11% bei 5 mg, 22% bei 10 mg); häufig (1-10%): Verstopfung, Übelkeit, Verdauungsstörungen, Bauchschmerzen, verschwommenes Sehen; gelegentlich (0,1-1%): Magenreflux, trockene Kehle, Harnwegsinfekt, Zystitis, Schläfrigkeit, Geschmacksstörung, Augentrockenheit, Müdigkeit, Ödeme der unteren Gliedmaßen, Trockenheit der Nase, trockene Haut, Schwingkristalle beim Harmlassen; selten (0,01-0,1%): Schwindel, Kopfschmerz, Kolikschmerz, Kolikobstruktion, Koprethese, Erbrechen, Lethargie, Anaschlag, Harnverhaltung; sehr selten (0,001-0,01%): Halluzinationen, Verwirrung, Übelkeit, Angioödem. Verlängerungen des QT-Intervalls und Torsade de pointes wurden in Zusammenhang mit einer Behandlung mit Solifenacin berichtet; Häufigkeit und Kausalität von Solifenacin kann nicht verlässlich bestimmt werden. **Warnhinweis für Patienten mit Zuckerunverträglichkeit:** enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig.** Stand der Information: September 2011. **Astellas Pharma GmbH, Postfach 500166, 80071 München.**



## Autorin

**Dr. med. Monika Danninger**  
Niedergelassene Frauenärztin  
Ettinger Straße 22  
85057 Ingolstadt