

Kommentar

## Ungünstige Prognose

„Guten Tag! Schön, dass Sie den ärztlichen Gesundheitservice von Dr. Müller Dr. Meier gewählt haben! Bitte legen Sie nicht auf. Im Moment sind leider alle Leitungen besetzt, aber um Sie so schnell wie möglich mit dem richtigen Mitarbeiter zu verbinden, einige kurze Hinweise. Wenn Sie einen Termin brauchen und Kassenpatient sind, drücken Sie bitte die 1. Wenn Sie als Kassenpatient eine Überweisung zum Facharzt brauchen, drücken Sie bitte die 2. Wenn Sie privat versichert sind, sagen Sie bitte *Bearbeiter* und bleiben am Apparat ...“

In ein paar Jahren wird sich so eine zunehmend ökonomisierte und auf abstrakte Versorgungsziele ausgerichtete Medizin anhören, wenn Sie Ihren Hausarzt anrufen. Falls es den dann noch gibt.

Möglicherweise kommt das Spracherkennungsprogramm aber auch von einer Anlage des Ihnen nächstgelegenen Gesundheitszentrums. Dieses wiederum hat inzwischen die Kassenarztsitze der ehemaligen Haus- und/oder Fachärzte aufgekauft und lässt hier nun in einem Zwei- bis Dreischichtbetrieb möglichst günstig angestellte Ärzte für den Gesundheitskonzern arbeiten, der seinen Aktionären eine Rendite von 15 bis 20 Prozent versprochen hat. Denn mit Krankheit oder Gesundheit lässt sich gutes Geld verdienen, wenn man einerseits die betriebswirtschaftlich lukrativeren Krankheiten behandelt und andererseits bei den Personal- und Sachkosten spart. Dass das zumindest eine Zeit lang funktioniert, belegen die wirtschaftlichen Erfolge der privaten Klinikbetreiber und Klinikketten. Ob das aber langfristig die qualitative und menschenzugewandte Medizin zu erhalten hilft, ist doch mehr als fraglich. Und ob wir als Patienten das wollen, ebenfalls.

Dass ein völlig intransparent gewordenes, bürokratisches, von Regulatorien und kaum noch verständlichen Bestimmungen durchwirktes System besonders gut geeignet ist, die medizinische Versorgung von Menschen zu steuern und zu bessern, glaubt außer einigen sogenannten „Gesundheitspolitikern“ eigentlich niemand. Aber genau das wird gerade weiter entwickelt und ausgebaut. Im Gebäude der Hierarchien und der föderalen Strukturen gehen regelmäßig alle

zunächst halbwegs vernünftigen Ideen verloren und kommen dann bei den Betroffenen als unverständliche, lähmende und kontraproduktive Gängelung an. Ein Beispiel aus der letzten „Reform“ des Gesundheitswesens, die uns auch den Gesundheitsfonds beschert hat:

Im Rahmen der Umverteilungen und Neuberechnungen wird einem erfolgreich und, im Vergleich zu Kliniken, kostengünstig arbeitenden Chirurgen und Kinderchirurgen in München plötzlich mitgeteilt, sein „Regelleistungsvolumen“ (RLV) werde nun auf einen bestimmten Betrag von soundsoviel im Quartal begrenzt („Auf Grundlage dieser Daten ermittelt sich [sic] das RLV wie folgt ...“). Die Berechnungen stützten sich auf die Patientenzahl des gleichen Quartals im Vorjahr, als ob alle immer in jedem Jahr gleich krank würden, auf einen „arztgruppenspezifischen Fallwert“, auf eine „Durchschnittsfallzahl Arztgruppe/- Schwerpunkt“ und eine „Morbiditätsquote“, sie ermitteln „sich“ also irgendwie selbst.

Wie solche Berechnungen zustande kommen und von wem die angewandte Formel wie und warum genau so Verwendung findet, bleibt unklar.

Bei eingehender Betrachtung und Nachrechnen der kryptischen Zahlen erschließt sich mühsam:

Einerseits, dass für die Versorgung eines chirurgisch behandlungsbedürftigen Patienten ein Honorar von ca. 22,5 Euro zur Verfügung gestellt wird; und zwar nicht pro Behandlung, sondern pro Quartal (das ist Umsatz – nicht Verdienst). Außerdem erfährt der erstaunte Leser, dass auf Grund einer morbiditätsbezogenen Abstufung von der Entlohnung für die Arbeit an Kindern 15 Prozent abgezogen wurden, als ob das Nähen einer Platzwunde eines tobenden Kleinkindes auf Grund des Morbiditätsfaktors schneller ginge und einfacher wäre als die Versorgung eines kooperativen Erwachsenen. Andererseits wird der erwirtschaftbare Gesamtbetrag auf den Gruppendurchschnitt des Vorjahresquartals begrenzt, unabhängig von tatsächlich erbrachten Leistungen.

Solche Mitteilungen, die sich jeder Nachvollziehbarkeit widersetzen, werden scheinbar von den unteren Hierarchieebenen des Verteilungssystems vollkommen unreflektiert und kritiklos

nach weiter unten durchgereicht. Andernfalls hätten sie den betroffenen Chirurgen schlicht davon in Kenntnis gesetzt, dass seine Dienste nicht mehr erwünscht sind und dass er bitte seine Praxis schließen soll. Von dem angebotenen „Honorar“ kann er, mit oder ohne Kinderbehandlungs-Malus, nicht einmal die Praxismiete bezahlen. Da geht es nicht um die „Zweitvilla am Gardasee“, das „erstklassige Kassieren“ oder „Abzocke auf dem Rücken der Patienten“, sondern um Abschaffung eines guten, funktionierenden ambulanten medizinischen Betreuungssystems.

Das ausgewählte Beispiel ist keineswegs ein Sonderfall, sondern einer von vielen, besonders unter den kleineren Facharztgruppen. Einer sehr engagierten, hoch qualifizierten Rheumatologin wurde auf Nachfragen wegen der Unterdeckung ihrer Leistungen (Honorar aller ärztlichen Leistungen: derzeit 34 Euro – auch hier ist damit der Umsatz bezeichnet, ohne Abzug von Krankenversicherung, Altersvorsorge, Steuer etc., bei Kosten pro Patient und Quartal im gleichen Bereich) sinngemäß von einem hohen Kassenvertreter mitgeteilt, dass die gute und qualitativ hochstehende betreuungsintensive Versorgung, die sie erbringt, für Kassenpatienten nicht mehr erforderlich sei, weil sie doch genauso gut und wesentlich billiger von einem Hausarzt oder Orthopäden übernommen werden könne. Dabei lindert gerade die schnelle und effiziente Therapie chronischer Rheumakranker aus der Hand des Spezialisten nicht nur persönliches Leid, sondern sie spart der Gesellschaft langfristig enorm viel Geld. Nicht oder nur ungenügend behandelt, führen entzündliche Rheumaerkrankungen häufig und innerhalb weniger Jahre zu Berufsunfähigkeit und Frühberentung.

Bei einem derartigen Vorgehen handelt es sich eigentlich um eine perfide Form der Kündigung des quasi scheinselfständigen Kassenarztes, bei der, über den Kopf des Leistungsempfängers (Patient) hinweg, dem ja für den Kassenbeitrag ständig eine gute Versorgung eingeredet wird, eine massive Verschlechterung der medizinischen Behandlung bewusst in Kauf genommen wird. Andererseits soll der Leistungserbringer (Arzt) 90 Prozent seiner Arbeitszeit entweder unbezahlt oder eben nicht mehr leisten.

Selbst wenn Teile dieser „Reform“ wieder rückgängig gemacht oder modifiziert werden sollten,

ist doch der Vertrauensverlust erheblich. Welcher freie Unternehmer würde unter solchen Bedingungen noch jemanden einstellen oder in Innovationen investieren?

Wie verworren, ineffektiv und undurchschaubar muss ein System sein, in dem solch schwachsinnige Vorgaben allen Ernstes mit Stempel, Siegel und Unterschrift an denkende Menschen verschickt werden? Und das auch noch ohne Fristen. Wie kann denn überhaupt angenommen werden, dass eine hoch qualifizierte und anspruchsvolle Arbeit – egal welche – für z.B. 7,50 Euro „Flatrate“ pro Monat zu haben ist? Welcher Handwerker wäre denn bereit, für den Gegenwert einer Kinokarte alle eventuell anfallenden Arbeiten im Haus für einen Monat zu erbringen?

Leider ist das nicht Realsatire, sondern die kaum noch subtile Aufforderung zur Aufgabe der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit. Wer will das? Die Patienten sind es nicht. Die Ärzte auch nicht. Die vielen ArbeitnehmerInnen in den Praxen sicher erst recht nicht. Wem wird das langfristig nützen?

Zweifellos gibt es bei dieser „Reform“ im hausärztlichen Bereich auch geringfügige Zuschläge oder Arztgruppen, die (diesmal noch) besser wegkommen. Aber wenn die Bezahlung nicht von der Leistung, sondern von der Größe der Arztgruppe und ihrem lobbyistischen Geschick abhängt, zeugt das nicht gerade von Weitsicht, Fachkompetenz und Überblick bei den Gesundheitsfunktionären.

Mangel an Demokratie, hierarchische Strukturen, Intransparenz, Inkompetenz und blinder Vorschriftenglaube waren in unserer Geschichte noch nie gute Voraussetzungen für ein positives Ergebnis. Oder, um medizinisch zu bleiben: insgesamt ungünstige Prognose.

*Mathias Wendeborn*