

## KOMMENTAR

Wolfgang Roscher, Facharzt für Allgemeinmedizin, Karlsruhe



**D**ieser Geburtstag verlief besinnlich. Vorbei die von Optimismus überschäumende Aufbruchstimmung der jungen Jahre. Jenseits der Sechzig blickt man mit gemischten Gefühlen in die Zukunft. Wie soll es weitergehen?

Diese Frage bewegt auch bedeutend Jüngere. Angesichts der miserablen Rahmenbedingungen für Hausärzte halten viele Kolleginnen und Kollegen nach anderen Tätigkeitsfeldern Ausschau, die sie ernähren könnten, oder schielen unverhohlen nach dem Ruhestand, was ganz und gar nicht

Ein Dasein ohne Zwänge, unbehelligt von Wirtschaftlichkeitsprüfungen? Wer diesen Versprechungen glaubt, wird sich wundern. Die Prüfer sitzen nicht mehr in der KV, sondern in der AOK – keine angenehme Vorstellung. Und was ist, wenn die AOK ihre hochgesteckten Sparziele nicht erreicht?

Nein, ich mag kein Handlanger einer Kasse sein, die Patienten seit eh und je das Blaue vom Himmel verspricht, vertragstreuen Ärzten jedoch in den Rücken fällt wie keine andere. Erst kürzlich zog ich mir den Hass eines ganzen Clans

besser ohne EBM, Hausarztverträge und DMP.

Regelleistungsvolumina, Kopfpauschalen und Punktwertverfall ade! In schlaflosen Nächten habe ich mich schließlich dazu durchgerungen, die Kassenzulassung zurückzugeben. Seit dem 1. Juli 2008 bin ich nur noch als Privatarzt tätig, Selbstzahler können sich zum einfachen GOÄ-Satz privat behandeln lassen.

Trotz des ausliegenden Informationsblatts herrschte in den vorangegangenen Wochen großer Gesprächsbe-

### KASSENARZT ADE

## Vorerst kleinere Brötchen backen

meinem Naturell entspricht. Aber die Vorstellung, sich weiter mit diesen Widrigkeiten und immer neuen Zumutungen herumschlagen zu müssen, dämpfte die Feierlaune und versetzte mich ins Grübeln.

Wieder eine Änderung des EBM, die den Mangel auch nur mehr schlecht als recht verwalten wird, die nächste ist schon angekündigt. Ziffernlisten herauf und herunter, Ausschlüsse, Definitionen – Präambeln und Vorreden nicht zu vergessen . . . entsetzlich!

Da muss man aufpassen, nicht falschen Propheten auf den Leim zu gehen. Der AOK-Hausarztvertrag als Rettungsanker? Mir graust vor dem, was Hausarzt-Verband und Medi mit der Gesundheitskasse ausbaldowert haben. Noch ein Vertrag! Paragrafen in Hülle und Fülle, zeitraubende Vertragsschulungen in Form auswärtiger Seminare und andere Scheußlichkeiten oblag, neue Formulare natürlich auch.

Hat noch niemand bemerkt, dass sich diese Mehrarbeit bei dem geringen Honorarplus ausschließlich für AOK-Versicherte angesichts deren geringen Anteils an der Klientel – bei mir gerade mal 20 Prozent – nicht rechnet, es sei denn, man begnügt sich mit Honoraren in der Größenordnung von Mindestlöhnen?

zu, weil ich der ein wenig inkontinente Oma unter Hinweis auf die geltenden Bestimmungen die Verordnung der gewünschten Slipeinlagen verweigerte. Eine jahrzehntelange Arzt-Patienten-Beziehung zerbrach, weil eine AOK-Mitarbeiterin am Telefon die Auskunft erteilt hatte, diese stünden der Oma selbstverständlich zu, denn „die AOK bezahlt, was der Arzt verordnet“. Das geht seit Jahren so, sei es mit Krankbetten oder Toilettensitzen für Pflegefälle, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräten etc. An der Fähigkeit zur Vertragstreue dieser Krankenkasse darf gezweifelt werden.

Wie kann Medi gleichzeitig die Werbetrömmel für den Systemausstieg rühren? Entweder bremsen oder Gas geben! Beides gleichzeitig ist, diplomatisch formuliert, schwer verständlich. Wahrscheinlich dient das Korbmodell lediglich als Faustpfand im standespolitischen Machtpoker – Ausgang ungewiss. Mir geht das zu lange, ich habe die Nase voll.

Ich will in den mir verbleibenden Jahren meine Zeit nicht länger als bürokratischer Griffelspitzer und Mangelverwalter vergeuden, sondern kranken Menschen helfen, und das gelingt, so reife in mir die Gewissheit,

darf. Ausgerechnet anspruchsvolle Patienten kamen nicht selten mit altbekannten Sprüchen wie: „Aber meine Kasse zahlt doch gut . . . nie Probleme gehabt.“ Denjenigen, die so ihre völlige Ahnungslosigkeit dokumentieren, pflege ich anhand der geltenden Pauschalen, Budgets und Ausschlüsse vor Augen zu führen, wie wenig Geld für ihre Behandlung zur Verfügung steht. Da dämmert auch dem Einfältigsten, dass dieses System eine individuelle Behandlung nicht hergibt.

Wie viele letztendlich das Angebot annehmen, sich privat behandeln zu lassen, wird im Wesentlichen davon abhängen, ob die Krankenkassen Kostenerstattung gewähren. Die zieren sich erwartungsgemäß. Alle Ausstiegsbefürworter sollten sich aber darüber im Klaren sein, dass ein flächendeckender Systemausstieg ohne Sicherstellung der Kostenerstattung zum Scheitern verurteilt ist. Vermutlich muss erst ein Patient seinen Anspruch durch sämtliche Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit pauken, und das kann dauern.

Ich habe mich darauf eingestellt, vorerst kleinere Brötchen zu backen. Die frisch gewonnene Freiheit ist mir das wert. ■