

Liquidationen der Ärztinnen und Ärzte untereinander

Gruppenversicherungsverträge für Ärztinnen und Ärzte beruhen auf der Annahme, dass Ärztinnen und Ärzte untereinander sich häufig keine Rechnung stellen. Dies ist zum Teil bis heute jahrzehntelanger Brauch, der nicht zuletzt auf dem hippokratischen Eid beruht. Viele Ärztinnen und Ärzte halten diesen Kodex auch heute noch ein. In der Mai-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* haben wir Sie nach Ihrer Meinung zur kostenlosen oder reduzierten Kollegenbehandlung gefragt und um Leserzuschriften gebeten. Lesen Sie hier die Zuschriften:

In fast 30-jähriger ambulanter Praxistätigkeit bis 2001 habe ich an ärztliche Kollegen nie eine Behandlungsrechnung geschickt, unter anderem auch weil die Tarife der Gruppenversicherungsverträge – wie von Ihnen erwähnt – auf kollegialem Entgegenkommen basierten. Allerdings sind die Krankenkassenbeiträge in den letzten Jahren weit überproportional gestiegen, sodass jetzt wohl nur noch die Versicherungen von einer ärztlichen Ethik/Kollegialität profitieren. Ich selbst habe als Patient im letzten Jahr vom Hals-Nasen-Ohrenarzt, Urologen und Hautarzt keine Honorarforderung erhalten, vom Orthopäden (einschließlich Röntgen) eine niedrige Rechnung über Gebührenordnung für Ärzte 1,0-fach, vom Zahnarzt regelmäßig eine überhöhte Forderung nach dem 3,5-fachen Satz (einschließlich Gebührenziffern, die von der Krankenversicherung nicht anerkannt und nicht erstattet werden).

Dr. Klaus Gloede, Facharzt für Innere Medizin, 83324 Ruhpolding

Bei Privatliquidationen von Kolleginnen und Kollegen berechnen wir in der Nuklearmedizinischen Klinik wegen der von uns zu erbringenden Abgaben an den Klinikträger den 1,8-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte und begründen dies mit folgendem Schreiben:

„... wie Sie der beiliegenden Rechnung entnehmen können, mussten wir bei Ihnen von den früher geübten Verfahren der kostenlosen Kollegen-Behandlung abweichen. Der Grund hierfür ist, dass wir auf Basis der EDV-erfassten nuklearmedizinischen Leistungen auch in Ihrem Fall die Sachkosten und Materialkosten sowie die Beteiligung der Mitarbeiter dieser Untersuchung an die Verwaltung des Klinikums abführen müssen. Für Ihr Verständnis bedanke ich mich ...“

Professor Dr. Klaus Hahn, Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Klinikums Großhadern der LMU München, 81377 München

Ich halte die angeregte Diskussion über obiges Thema für zeitgerecht und notwendig, da „gestylte“ Rechnungen auch innerhalb der Ärzteschaft gerade im Hinblick auf die gespannte finanzielle Situation vermehrt auftreten (eigene Erfahrungen und die befreundeter Kollegen).

Durch die Delegation des Abrechnungswesens an externe Firmen, die ja an einem hohen Umsatz ökonomisch interessiert sind, wird dieses Verhalten gefördert.

Es ist mir rätselhaft, wie die Kollegen, die eine „gestylte“ Rechnung an Mitglieder des eigenen Berufsstandes, die ja oft mit der geltenden Gebührenordnung vertraut sind, durchgehen lassen, moralisch damit fertig werden. Während meiner dreißigjährigen freiberuflichen Tätigkeit habe ich mich dem hippokratischen Eid verpflichtet gefühlt, behandelte Kollegen und deren Familienangehörige und habe nur auf eigenen Wunsch eine moderate Rechnung gestellt, auch um ihnen den häufig vorhandenen Druck zu nehmen, naturelle Dankesbeweise zu schulden.

Was mich besonderes in der zur Diskussion gestellten Angelegenheit stört, ist die Tatsache, dass zwischen den behandelnden und behandelten Kollegen gar nicht oder nur selten über eine Liquidation geredet wird. Wie leicht ließe sich dieses Problem durch ein kollegiales Gespräch untereinander im Einverständnis regeln.

Dies anzuregen wäre doch eine schöne Aufgabe für die Mitglieder des Ausschusses ambulante/stationäre ärztliche Versorgung der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Dieter Hönicke, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 82340 Feldafing

Ich kann mich noch erinnern vor 20 bis 25 Jahren Rechnungen für mich und meine Kinder zum Selbstkostenpreis oder einfachen Satz erhalten zu haben.

Bei einem längerem stationären Aufenthalt im eigenen Krankenhaus (ich arbeite als Oberarzt im Krankenhaus München-Bogenhausen) wurde nur von einem Chefarzt auf die Liquidation verzichtet, ansonsten wurde der übliche Steigerungssatz in Rechnung gestellt. Mittlerweile bin ich schlauer, gehe als Selbstzahler ins Krankenhaus und bekomme ein Ersatztagegeld von meiner Privatkasse. Im ambulanten Bereich wird bei mir und unseren Kindern „gut zugelangt“ soll heißen 2,3- bis 3,5-fach – wobei jede zweite Position mittlerweile als schwierig und damit 3,5-fach angesetzt wird. Zumindest in den Bereichen, von denen ich auch etwas verstehe, halte ich das in der Regel für zumindest nicht nachvollziehbar.

Am „wildesten“ treiben es allerdings die Zahnärzte – 3,5-fach praktisch durchgehend. Von manchen Kollegen weiß ich von noch deutlich höheren Sätzen (zum Beispiel Chefarzte der Münchner Universitäten, manche Privatkliniken).

Nun mag das alles irgendwie legal sein, die Auswirkungen in Form permanent steigender Beitragssätze spüren wir jedoch alle.

Daher mein Vorschlag und Wunsch: behandeln wir uns doch untereinander auch finanziell wieder etwas kollegialer; es muss ja nicht gleich beim Materialverbrauch enden, aber der einfache Satz (oder etwas höher) für Ärztinnen und Ärzte sowie deren Ehepartner und Kinder würde uns unterm Strich wohl allen nutzen.

Rudolf Hupka, Facharzt für Innere Medizin, 81925 München

Ich muss der Empfehlung, dass Ärzte sich untereinander Rechnungen stellen, vehement widersprechen. Da wir günstige Krankenversicherungsgruppentarife haben, sollte man diesbezüglich auch mit Respekt umgehen. Zudem halte ich es für ethisch unmöglich, einem Kollegen eine Rechnung zu schreiben. Ich erwarte dies auch bei Behandlung meinerseits im Krankheitsfall. Labor und Technikleistungen in Rechnung zu stellen, ist vertretbar. Aber die Untersuchung und Beratung ist unter Kollegen eh schwierig und daher eher als kollegiales Gespräch anzusehen. Gerade in der heutigen Zeit, wo überall Geld knapp wird, sollte hier ein Zusammenhalt gezeigt werden.

Zur Diskussion gestellt

Selbst der steinigste Weg entsteht dadurch, dass wir ihn gehen!

*Dr. Markus Ipta, Praktischer Arzt,
95359 Kasendorf*

Der Vizepräsident der BLÄK berichtet mit zweifelndem Unterton von „gestylten“ Rechnungen speziell unter Ärzten. Dabei ist das schon seit vielen Jahren allbekannt. In den Mitteilungen des Ärztlichen Kreisverbandes Rosenheim vom Juni 2003 ist zum Beispiel zu lesen: „Der ÄKV Rosenheim wird derzeit von einer Beschwerdeflut über Rechnungen aus dem privatärztlichen Bereich/GOÄ überrollt ... Seit Jahren beobachte ich mit Erschütterung, dass nicht einmal mehr die interkollegiale Honorarbremse wirkt ...“. Früher habe ich Kollegen immer kostenlos behandelt. Heute, wo ich keine Krankenversicherung mehr besitze, konnten nach einem Unfall keiner von vier angesprochenen „Kollegen“ mir eine Tetanusauffrischimpfung geben, mit den unterschiedlichsten Ausflüchten. Nach Schließung der Reha-Klinik, deren ärztlicher Leiter ich war, musste ich als Allgemeinmediziner feststellen, dass ich „nicht zur Berufsausübung zugelassen und qualifiziert“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 3/2001, Seite 145) sei, als Folge der vorletzten Gesundheitsreform. Weiterbildungen in vielen Bereichen spielten dabei keine Rolle. Daraufhin musste ich alle privaten Rentenversicherungen auflösen, sodass ich jetzt statt der angepeilten Rente von 2000 Euro von 500 Euro leben muss, wovon ich keine Versicherung bezahlen kann. Auf Entgegenkommen im ehemaligen ärztlichen Kollegenkreis ist dabei nicht zu rechnen. Im Gegenteil wollte eine Privatpraxis mir ungerührt den vierfachen Satz in Rechnung stellen.

Dr. Rolf Klimm, Arzt, 83093 Bad Endorf

Bezüglich Ihres Beitrages sehe auch ich, dass bei der Liquidation bei Behandlung von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ein besonderer Kodex besteht.

Als pragmatische Lösung schlage ich den einfachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte vor. Hiermit sollten die Kosten für die Praxis bzw. die Abgaben an die Krankenhausträger gedeckt sein. Ich selbst wende dieses Verfahren seit geraumer Zeit an.

*Privatdozent Dr. Theodor Klotz, MPH,
Facharzt für Urologie, 92637 Weiden*

Meine Anmerkungen zur Meinungsermittlung:

Selbstverständlich ist es das gute Recht und begründete Notwendigkeit eines Arztes, auch für die Behandlung einer Kollegin, eines Kollegen sowohl die entstandenen Kosten als auch die Vergütung seiner eigenen Tätigkeit durch eine Liquidation einzufordern. Natürlich sollte für die reine ärztliche Tätigkeit an einem anderen Arzt nicht diese Tatsache allein schon zu einem erhöhten Steigerungssatz führen (auch wenn die gültige Gebührenordnung für Ärzte sicherlich seit vielen Jahren angepasst hätte werden müssen), wie es zunehmend berichtet wird.

Wenn jedoch eine „namhafte“ Privatversicherung beklagt und damit wohl die Begründung für Gruppenversicherungsverträge für Ärzte in Frage stellen möchte, muss hierzu ganz sicher Folgendes bemerkt werden:

Ein Arzttarif begründet sich nach meinem Dafürhalten vor allem aus der Tatsache, dass sowohl ein Arzt (unabhängig von seiner Fachrichtung) sich selbst, als auch seine bei ihm mitversicherten Familienangehörigen (und zum Teil auch noch einen weiteren Personenkreis) zumindest bei vielen kleineren Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen selbst therapiert und somit (oftmals auch noch durch die Verwendung von Ärztemustern etc.) für die private Krankenversicherung überhaupt keine ersatzpflichtigen Kosten entstehen! Ich möchte hierzu auf eine sehr gute Argumentationskette für die Berechtigung eigener Ärztentarife verweisen, die durch Dr. Wilfried Heinzelmann im *Deutschen Ärzteblatt*, Jg. 100, Seite 250, vom 31. Januar 2003 veröffentlicht wurde.

Nebenbei bemerkt: Die „Solidarität“ vieler, wohl auch dieser „namhaften“ privaten Krankenversicherung, mit den Ärzten und die für Ärzte angebotenen Tarife (ausgenommen natürlich Jungärzte, die nach wie vor geködert werden müssen und leider erst später – wie es mir und vielen anderen reingefallenen Kollegen erging – erkennen, dass die Wahl einer privaten Krankenvollversicherung nach wie vor die lebenslange Bindung = Ausgeliefertsein an die Versicherungsgesellschaft und deren Geschäftsentscheidungen, das heißt konstanten, auch mehrteiligen Prämiensteigerungen – Jahr für Jahr!) gibt es trotz gegenteiliger Werbeaussagen sicherlich nicht! Weshalb sollten wir Ärzte uns dann auf diese Bestrebungen einlassen?

Sollte eine wie immer geartete Möglichkeit geschaffen werden, wieder aus der privaten Krankenversicherung-Vollversicherung ausscheiden zu können, werde ich diese ergreifen.

*Dr. Bruno Kristen, Facharzt für Anästhesie,
83549 Eiselfing*

Ein leidiges Thema! Ich war 42 Jahre niedergelassener Arzt und habe in dieser Zeit weder einem Kollegen der Humanmedizin noch der Veterinärmedizin, auch keinem Zahn-Kollegen je eine Rechnung gestellt. Wir hatten bei der Approbation allerdings auch noch den hippokratischen Eid zu leisten und waren von der Hochschule und dann später von den verschiedenen betreuenden Kollegen her nichts anderes gewohnt!

Freilich, wir leben in einer zunehmend materiellen, alte Werte liquidierenden Welt. Da ist für einen Arzt im Sinne von Hippokrates offenbar auch kein Platz mehr. Das scheint mir jedoch zutiefst bedauerlich! Wir sollten uns noch etwas von der Masse unterscheiden. – Ich habe mir einmal die Arbeit gemacht und interessehalber zusammengerechnet, was solche „Gratisbehandlungen“ innerhalb eines Jahres an „Einnahmeausfällen“ (im Schnitt!) bedeuten ... es ist ein Witz! Selbst die „Unkosten“, wenn sie nicht gerade im Krankenhaus anfallen, spielen keine gravierende Rolle (Röntgen, Verbandstoffe usw.)! Wo bleibt denn unsere Ethik?

Die Gruppenversicherungsverträge kann man bei dieser modernen Abzockerei getrost vergessen. Ich zahle jetzt mit meiner Frau jeden Monat 852,64 Euro bei der Central, mit der ich an sich sehr zufrieden bin, aber das sind fast 25 % meiner Rente mit steigender Tendenz. Von älteren Kollegen erhalten wir keine Rechnung, aber von jüngeren gesalzene! Das ist schon enttäuschend!

Ich lasse dem Kollegen lieber ein kleines Präsent, das die Kasse natürlich nicht zahlt, zukommen, als dass ich eine Rechnung zum Höchstsatz erhalte, die dann die Kasse zahlt. Wer sind wir eigentlich? Krämer? – Lasst uns die Verträge mit den Kassen kündigen, jeder wird, wie vom Staat versprochen, nach dem anerkannten Stand der Medizin behandelt – gegen Rechnung zu den vom Staat erlassenen Gebührensätzen. Es ist eine bodenlose Unverschämtheit, was sich die Politik gegenüber der Ärzteschaft erlaubt!

*Dr. Walther-Friedrich Leuchs, Facharzt für
Allgemeinmedizin, 91564 Neuendettelsau*

Zu diesem Artikel könnte man als alter Arzt (Approbation und Promotion 1943) Bücher schreiben!

Mein Grundsatz: Ich verlange in jedem Falle eine normale ärztliche Rechnung, wenn ich eine Leistung erbracht habe. Die Zeiten, in denen Privatkassen Ärzten Rabatte gewährten, sind längst vorbei! In meiner Kasse (seit 1971 Postbeamten-Krankenkasse) zahle ich die gleichen Beiträge wie Beamte derselben Gehaltsstufe. Sie ist in ihren Leistungen aber trotz gestiegener Beiträge erschreckend zurückgegangen, lediglich ärztliche Rechnungen werden noch einigermaßen bezahlt. Umsonst will ich nicht die Zeit und die Mühe von Kollegen (die diesen Titel noch verdienen!) in Anspruch nehmen, ohne sie zu entlohnen. Den üblichen Wein oder das goldene Schreibgerät usw. hat sowieso jeder schon x-mal erhalten -, und solche Geschenke bezahlen die Krankenkassen auf keinen Fall! Also ist die Rechnung die sauberste Lösung, Hippokrates gilt sowieso schon lange nicht mehr!

Es gibt aber auch heute noch großartige Beispiele:

Der Notarzt, der meine Frau (seit dreieinhalb Jahren im Pflegeheim) bei ihrem Lungenödem im Rettungswagen solange behandelte, bis sie transportfähig und gerettet war, der Otologe, der mir das Hörgerät verschrieb, der Neurologe, der die ersten Anzeichen eines Apoplexes erkannte und mich stante pede ins Krankenhaus einwies, das ich nach zwei Tagen gesund verlassen konnte - sie wollten keine Rechnung schreiben, sie taten es erst auf dringendes Bitten meinerseits und der Erklärung meines oben beschriebenen Standpunkts!

Aber es gibt auch Hyänen unter unseren „Ärzten“!

Der „Kollege“, der von der Nachtschwester zu meiner Frau ins Pflegeheim gerufen wurde, weil sie Fieber hatte (es war dann eine Pneumonie) und nur fragte, ob im Heim Fieberzäpfchen vorhanden seien, die Schwester solle eines geben und, wenn der Zustand sich nicht bessere, nach drei Stunden den Notarzt rufen! Für diese „Leistung“ erhielt ich eine Rechnung von über 40 Euro! Unter Angabe der Diagnose (woher ??) Zystitis.

Der Urologe, der den Katheter meiner Frau setzte und dabei „Sachkosten“ berechnete für Dinge, die ich in der Apotheke für einen Bruchteil der berechneten Preise erhielt. Der, wenn er ins Pflegeheim zu einem Kassenpa-

tienten gerufen wurde, ungerufen zu meiner Frau kam, um den Katheter zu wechseln und auf meine Fragen auch noch zugab, dass er das nur tun wollte, um den Besuch im Heim „rentabel“ zu machen. Solche Leistungen wollte ich meiner Krankenkasse, obwohl sie mich über alle Maßen ärgert, nicht zumuten. Meine Frau wird nun eben gewickelt! Oder der - hier nicht mehr ansässige - Neurologe, der auf die Rechnung mit der Diagnose „PCI“ Gebührenordnungsnummern für „eingehende neurologische und psychiatrische Untersuchung“ setzte, obwohl zumindest die letztere nicht stattgefunden hatte.

Das hat mit „gestylten Rechnungen“ nichts zu tun, das ist noch schlimmer und wirft ein bezeichnendes Licht auf den heutigen Ärztestand!

Wegen der vielen positiven Erfahrungen aber bin ich nicht ganz verzweifelt!

Dr. Egfried Rösser, Facharzt für Allgemeinmedizin, 91154 Roth

Allein die Tatsache, dass ein solches Thema zur Diskussion gestellt werden kann (muss), zeigt mehr als deutlich den unaufhaltsamen Niedergang kollegialer Solidarität und der viel beschworenen Berufsehre unseres Standes.

Ich habe Verständnis dafür, dass man die Sachkosten in Rechnung stellt, aber, dass man

für die intellektuelle Leistung auch noch den höchstmöglichen Satz berechnet, kann wohl nicht durch wirtschaftliche Notwendigkeit begründet werden. Es möge doch jeder Kollege mal darüber nachdenken, wie oft er statistisch gesehen in die Verlegenheit kommt, einen Kollegen behandeln zu müssen und ob dieser Ausnahmefall wirklich ein Loch in seine betriebswirtschaftliche Bilanz reißt. Ich jedenfalls bin durch Honorarverzicht nicht zum Sozialhilfeempfänger geworden.

Mehr möchte ich hierzu nicht sagen, zumal diese Diskussion ergebnislos sein wird, da es gegen den Zeitgeist „Gier“ kein Heilmittel gibt.

Dr. Carl Ferdinand Rosenberg, Facharzt für Chirurgie, 83224 Grassau

Wie in dem Artikel angemerkt, beruhen die günstigen Versicherungstarife auf dem erwähnten Kodex. Warum wird trotzdem liquidiert? Weil wir alle versichert sind und man ja primär nicht aus der eigenen Tasche zahlt, sondern die Versicherungsgesellschaft für die Rechnung aufkommt. Langfristig (auch jetzt schon) werden die Tarife aber an die veränderte Situation angeglichen werden und wir werden genauso viel Beitrag bezahlen wie jeder andere Bürger auch. Es gehen uns aber nicht nur die günstigeren Tarife verloren, sondern auch die Rückerstattungen am Jahresende bei Leistungsfreiheit.

Auflösung des Kreuzworträtsels aus Heft 5/2005, Seite 367.

Das Lösungswort lautet: **COILING**

1	C	H	L	A	M	Y	D	I	E	N						
	6	M	U	R	7	R	8	A	Y	9	M	10	A			
R	11	L	Y	M	E	K	12	G	U	13	N	14	N			
T	14	A	S	15	T	16	I	R	I	T	I	S				
17	I	T	18	O	19	O	T	A	C	20	A	21	M	A		
S	22	A	L	L	E	L	H	23	T	A	Y					
24	O	25	T	26	T	27	U	R	28	A	T	29	I	L	30	L
N	31	R	I	32	O	P	A	33	N	34	O	T	U			
35	D	3	I	C	L	O	F	E	N	A	C					

Zur Diskussion gestellt

Aber es geht nicht nur ums Geld. Ich fand diesen Brauch ein Zeichen von Kollegialität und Verbundenheit eines Standes. Diese sind abhanden gekommen.

Dr. Daniela Schober, Ärztin, 80636 München

Ich habe 15 Jahre lang in meiner Kinderarztpraxis für Kinder von Kollegen keine Liquidation erstellt mit Ausnahme der mir entstandenen Fremdkosten (Labor, Impfseren). Leider war dies umgekehrt seltenst der Fall. Ich sah mich deshalb dann leider gezwungen, ebenfalls meine Leistungen in Rechnung zu stellen. Dabei bin ich aber „auf dem Teppich“ geblieben und habe lediglich mit dem Multiplikator 1,0 gerechnet. Dies selbst war mir dann noch peinlich, wurde aber von den Eltern meiner kleinen Patienten nach erklärendem Gespräch anerkannt.

Ich habe mit Rechnungen von Kollegen oft schlechte Erfahrungen gemacht, die Ausnahmen lassen sich an einer Hand ablesen. Schlechte Erfahrungen bedeutet, dass ich häufig falsche Rechnungen bekommen habe! Insbesondere meine Erfahrungen mit einer großen Unfallklinik sprechen für sich: Wenn man für einen Handschlag bei einer stationären Visite, welche gerade einmal 30 Sekunden dauert, einen kompletten neurologischen Status in Rechnung gestellt bekommt, fragt man sich wirklich, was denken sich diese Kollegen eigentlich. Die Rechnung eines Radiologen, der mir eine Leistung mit dem maximal zulässigen Faktor in Rechnung stellt mit der Begründung „besonders schwierige Lagerung“, habe ich moniert, nachdem ich sah, dass eine ähnliche Rechnung einer Nachbarin die gleiche Struktur aufwies. Daraufhin bekam in eine korrigierte Rechnung, welche um ca. 300 Euro niedriger ausfiel, aber keine Entschuldigung. Nach einer kleinen Wundversorgung meiner Tochter im gleichen Haus wurde unter anderem eine eingehende Beratung sowie ein zirkulärer Verband berechnet. Beide Leistungen waren nicht erbracht worden. Ich habe mit Begleitschreiben die Rechnung um diese Leistungen gekürzt (ca. 35 Euro), was ohne Widerspruch hingenommen wurde.

Mein Vorschlag wäre: Man könnte sich doch unter Kollegen auf einen Multiplikator 1,0 einigen. Dies würde uns Kollegen nicht arm machen, würde jedoch unsere private Krankenversicherung erheblich entlasten. Momentan steigt die Versicherungsprämie deutlich stärker als meine Rente (ein Prozent in drei Jahren). Sollte ich noch lange leben, wird, wenn es so weitergeht, die Rente von der

privaten Krankenversicherung aufgeessen. Schöne Aussichten! Auf jeden Fall muss man aber korrekte Liquidationen erstellen und die Patienten (Kollegen) nicht übers Ohr hauen.

Dr. Eckhard Schrickel, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 82418 Murnau

Altersbedingt (82 Jahre) und damit krankheitsbezogen (Diabetes mit Folgeerscheinungen) habe ich jährlich eine erhebliche Anzahl von Ärzterechnungen. Diese erstrecken sich auf eine Zahl von ca. zwölf Kollegen der verschiedensten Fachrichtungen. Es gibt dabei nur einen einzigen Fall, eine Augenärztin, mit Verlaub schon vorgeschrittenen Alters, die mir für ihre Bemühungen keine Rechnung stellt. Ich bin gut krankenversichert bei der Allianz mit Gruppenversicherungsvertrag für Ärzte und zahle hier nur für zahnärztliche Behandlung zusätzliche Beträge aus eigener Tasche. Aus meiner eigenen früheren Praxiszeit weiß ich, wie es noch des Öfteren der Fall war, dass Kollegen keine Liquidation erstellten. Dies ist aber schon länger her. In diesen Fällen zeigte man sich da aber beispielsweise durch ein Weihnachtsgeschenk erkenntlich. Letzteres war natürlich aus dem eigenen Geldbeutel zu bezahlen. So tue ich es auch jetzt bei der oben erwähnten Augenärztin.

Zusammenfassend möchte ich also sagen, dass ich mit der Regelung, dass Ärzte auch für Ärzte liquidieren, sehr gut fahre. Angebote von Kollegen, dass man nur zahlen sollte, was man vom Versicherungsträger erstattet bekommt, finden allerdings in letzter Zeit überhaupt nicht mehr statt. Erfahrungen, wo überhöht liquidiert wurde, habe ich bisher nicht gemacht. Ich bekam alle Kosten erstattet, ausnahmsweise siehe oben Zahnarzt.

Ich hoffe gern, Ihnen mit meinen Angaben gedient zu haben, die aus einer ca. 15-jährigen Erfahrungszeit bestehen.

Dr. Horst Schubert, Facharzt für Allgemeinmedizin, 82061 Neuried

Kostenlose Behandlung ist einseitig zu Lasten des Helfenden und die Anerkennung in Form mehr oder weniger passender Präsente ungeeignet. 60 Jahre nach Kriegsende dürften auch verarmte Kollegen, die solches Entgegenkommen nötig haben, kaum noch anzutreffen sein. Privathonorar muss differenziert betrachtet werden. Da sind gut zahlende Lehrer zum Beispiel, „Bahner“ und „Postler“ zahlen schon deutlich weniger und in unter-

schiedlicher Höhe. Kassenhonorar von „Gesetzlichen“ mit nachträglich ermitteltem Punktwert, wo eine Kollegengruppe der anderen aus dem gedeckelten Topf „die Happen wegschnappt“, liegt weit unter oben Genannten.

Leben und leben lassen ist ein guter Grundsatz! Dem Arzt mehr Honorar vergönnen als gesetzliche Kassen das tun, nenn ich echte Kollegialität. Aber muss dann gleich dreimal so viel für die gleiche Leistung bezahlt werden? Und das vom Kollegen?

Mit einfachem Satz der Gebührenordnung für Ärzte liegt man doch deutlich über Punktwertehonorar und gleichzeitig so moderat, dass der Gruppenversicherungsvertrag für Ärzte wieder attraktiv werden könnte.

Andernfalls gehen immer mehr Kollegen mit Familie in gesetzliche Krankenkassen und dann hat der behandelnde Kollege eben das Honorar, über das er sich ja zurecht beklagt.

Also ein guter Kompromiss an unsere Mitstreiter: Gebührenordnung für Ärzte einfach bei Kollegen abrechnen und alle sollten zufrieden sein.

Dr. Josef Schult, Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 84011 Landshut

Ich bin äußerst dankbar für die einzige Kollegin, die mir nicht den 2,3- bis 3,5-fachen Satz für ambulante Untersuchung berechnet, da ich aus Kostengründen meine Selbstbetei-



Foto: BilderBox.com

ligung auf 2000 Euro hochgesetzt habe und deshalb alle ambulanten Untersuchungen selbst bezahlen muss. Als ich mit 25 Jahren zur „Vereinten“ ging, hat mir niemand gesagt, dass ich einmal in dem Moment so viel für meine Krankenkasse zahlen muss, wenn ich alt werde und die Krankenkasse nicht mehr wechseln kann. Da meine Rente in zwei Jahren mit 60 Jahren trotz 35-jähriger Einzahlung nur 700 Euro betragen wird, musste ich die Krankenkassenkosten senken auf 340 Euro monatlich mit der besagten hohen Selbstbeteiligung. Da die Mehrheit meiner Kollegen sich nicht scheut, selbst einer Kollegin höchste Sätze und nicht erfolgte Leistungen in Rechnung zu stellen, finde ich es ethisch sehr wertvoll, dass es noch wenige Kollegen gibt, die auf meinen Hinweis der Selbstzahlung nur 1,8-fach berechnen.

Dr. Eva Spiess, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, 81245 München

Ich meine, dass es selbstverständlich ist, Unkosten einem behandelnden Kollegen zu ersetzen, dass aber auch der Usus wiederkom-

men sollte, die eigene Leistung nicht in Rechnung zu stellen. Meine Erfahrung ist, dass dieser gute alte Brauch nur noch sehr selten zu finden ist.

Wenn wir auch im Ruhestand (in dem ich noch nicht bin) bezahlbare Krankenversicherungsbeiträge haben möchten, könnten wir selbst etwas dazu beitragen. Der Wertschätzung gegenüber Kollegen würde damit auch wieder mehr Gewicht gegeben.

Dr. Irmild Steidler, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 93083 Obertraubling

Ich bin verwundert, dass diese seit nunmehr Jahrtausenden geübte Tradition, Kolleginnen und Kollegen samt Angehörigen kostenfrei zu behandeln, „nicht mehr ganz zeitgemäß“ sei. Soll allein die zwingende Notwendigkeit, sich versichern zu müssen (Verpflichtung gegenüber Familie, Banken usw.) dafür erhalten, nun auch Honorare einfordern zu können? So schlecht geht es doch den behandelnden Kollegen noch nicht, als dass sie auch aus dieser Quelle schöpfen müssen. Natürlich

müssen sekundäre Kosten wie Labor, Forderungen der Krankenhausträger usw. weitergegeben werden, doch wenn ich mein Gehirn, das Ultraschallgerät oder die Lungenfunktionsmessenrichtung einschaltete, geschah dies selbstverständlich umsonst – während 22 Jahren in der Praxis. Und ich würde es auch fürderhin so halten.

Wie machen das eigentlich die Juristen, wenn sie sich gegenseitig vor Gericht vertreten müssen? Oder andere vergleichbare Berufsgruppen? Ist gegenseitige Hilfe unter „Kollegen“ eigentlich nicht selbstverständlich? Ich habe erlebt, wie sich ein junger Bauer „den Haxn“ gebrochen hat, sich nicht rühren konnte, aber selbstverständlich die umliegenden Landwirte nach ihrer Arbeit den Hof des Verunglückten solange nötig mitversorgten – ohne Entgelt!

Kurzum: keine Liquidation für Kollegen und Angehörige für persönlich erbrachte Leistungen!

Dr. Frank Warlies, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, 81673 München

Leserforum



Leserbriefe an:
Redaktion Bayerisches Ärzteblatt,
Mühlbauerstr. 16,
81677 München

GOÄ – eine unendliche Geschichte

Zum Leitartikel vom Dr. Klaus Ottmann in Heft 5/2005, Seite 319.

Völlig zutreffend haben Sie in Ihrem Artikel einen Missstand beschrieben, der so nicht hinnehmbar ist.

Leider haben Sie jedoch nicht den Bogen schlagen können zu einer stärkeren Mitverantwortung von uns Ärzten, durch die immer wieder (und sicherlich gelegentlich auch planmäßig) bewusst überhöhte Rechnungen gestellt werden, entweder durch Ansetzen von Leistungen, deren Leistungsinhalt nicht in der gebotenen Form erfüllt ist oder deren Steigerungsfaktor nicht berechtigt ist.

Das Eingeständnis einer beträchtlichen Mitverantwortung der Ärzteschaft an vielen Fehlentwicklungen und Schiefagen in unserem Gesundheitssystem ist leider viel zu selten zu hören, es sind (fast) immer nur die anderen. Auch ohne einen Gang nach Canossa sollte die Ärzteschaft weiterhin ein streitbarer, aber auch pragmatisch und visionär handelnder Teilnehmer am Restaurierungsprozess des Gesundheitssystems sein können.

Dr. Alexander Voigt, Facharzt für Allgemeinmedizin, 97078 Würzburg

Novellierung des Bayerischen Bestattungsgesetzes – Generelle Bestattungspflicht – pro und contra

Zum Artikel von Dr. Ingrid Fickler und Dr. H. Hellmut Koch in Heft 4/2005, Seite 246.

Mit Interesse habe ich den Artikel im *Bayerischen Ärzteblatt* und die Diskussion zu diesem Thema gelesen. Ich habe im Namen des Hospizvereins Regensburg e. V. die Petition zur Änderung des Bestattungsgesetzes gestellt und möchte zur Stellungnahme von Dr. H. Hellmut Koch Folgendes sagen: Bei meiner Petition ging es mir nicht nur um das

Recht der Eltern auf einen Ort der Trauer um ihre kleinen Kinder, sondern auch darum, diesen Kindern Würde zu verleihen, auch den abgetriebenen. Ich gehe einmal davon aus, dass den Müttern und Vätern sehr bewusst ist, dass es bei einem Schwangerschaftsabbruch darum geht, dass ein kleines menschliches Leben beendet wird. Dies ist wohl auch selbstverständlich Thema in den Pflichtgesprächen an den Beratungsstellen für Schwangerschaftskonfliktfragen. Keine Mutter sagt: „Ich bekomme einen Embryo, einen Fötus oder gar einen Zellklumpen, sondern ein Kind.“ Was also kann schlimm für Mutter und Vater sein, wenn sie erfahren, dass ihr Kind beerdigt wird? Ich glaube sogar, dass dies ein Trost ist, vielleicht auch erst nach Jahren. Zumindest berichten uns dies Eltern nach einem Abbruch, die unseren Grabplatz als Gedenkplatz nutzen.

Und selbst wenn erst dadurch auch nur einem Elternpaar bewusst würde, dass es sich bei einem Schwangerschaftsabbruch um die Vernichtung menschlichen Lebens handelt, was wäre daran verkehrt?

Petra F. Seitzer, 1. Vorsitzende des Hospizvereins Regensburg e. V., 93047 Regensburg