



© mapoli-photo – Fotolia.com

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns Auswahl und Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Medizin à la AOK/MDK?

Versuch einer Zusammenfassung

Zahlreiche Leserbriefe und Zuschriften haben uns in der Redaktion des „Bayerischen Ärzteblatts“ auf den Beitrag „Medizin à la AOK/MDK?“ erreicht. Auch haben wir eine Reihe von Gesprächen und Telefonaten mit betroffenen Ärztinnen und Ärzten geführt. Bei den Zuschriften und Redaktionsgesprächen handelt es sich im Wesentlichen um drei Kategorien:

1. Leserbriefe, die keine sind, weil sie sich nicht direkt zum Beitrag sondern generell äußern.
2. Leserbriefe/Gespräche, die nicht veröffentlicht werden sollen (wollen) und
3. Leserbriefe/Gespräche von betroffenen Ärztinnen und Ärzten in Krankenhaus, Praxis und MDK, die bereit sind zur Publikation. Diese waren in Heft 7-8/2011, Seite 435 ff. abgedruckt, weitere Leserbriefe dazu finden Sie im Anschluss. Zu den Aussagen:

Prüfung

Generell werden die Rechnungsprüfungen in Krankenhäusern durch den MDK ohne kollegialen Dialog als ein weiterer Schritt zur De-professionalisierung der Ärzte gewertet. Dass jede zweite Krankenhausabrechnung angeblich falsch sein soll, wird stark angezweifelt. Die MDK-Gutachten werden oft sowohl inhaltlich-medizinisch als auch sozial-ethisch als unhaltbar empfunden. Die Zusammenarbeit habe da-

rüber hinaus wenig Kollegiales sondern mehr Prüfendes an sich. Auch der Eindruck, dass MDK-Ärzte nach dem Umfang der von ihnen erzielten Kürzungen von Krankenhausrechnungen – der so genannten Retaxierungsquote – beurteilt werden, hat sich verdichtet.

Fälle

Die Betroffenen schilderten – auch aus Patientensicht – eine Vielzahl von konkreten Fällen, in denen Krankenhausärzten „eine inhumane Krankenhausbehandlung“ abverlangt wurde. Dabei handelten die geschilderten Beispiele nicht nur von der Problematik um die „untere Grenzverweildauer“, vielmehr ging es um ein Verweigern von teuren und aufwändigen Therapien und letztendlich um „hochpreisige Patienten“. Viele der erfolgten, notwendigen Behandlungen seien vom MDK im Nachgang einfach als „nicht sachgerecht“ deklariert worden. Klagen über nicht gerechtfertigte Leistungskürzungen durch den MDK erreichten uns auch aus den Reihen der Niedergelassenen, hauptsächlich aus dem Pflegebereich.

Druck

Sicher, so die weit verbreitete Auffassung, sei diese Entwicklung Ausfluss des „nicht mehr durchschaubaren DRG-Systems“, der „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ geschuldet oder passiere einfach aus rein „monetären Gründen“. Dennoch müsse man sich dem ökonomischen Primat des MDK bzw. der gesetzlichen Krankenkassen widersetzen, um „Patienten nach den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften“ weiter korrekt behandeln zu können. Andererseits wird auch über systematisches High-Coding und demoralisierende Behandlung von MDK-Kollegen in einzelnen Krankenhäusern berichtet.

Erschrocken waren wir darüber, wie auf beiden Seiten bei diesem Thema die „Nerven blank liegen“.

Hat sich das Paradigma des Pseudo-Wettbewerbs im Gesundheitswesen mit seinen ausufernden Kontrollmechanismen schon ausreichend ad absurdum geführt? Oder ist die Zeit noch nicht reif für die Etablierung einer Vertrauenskultur unter den Akteuren des Gesundheitswesens?

*Dr. Rudolf Burger, M. Sc. und
Dagmar Nedbal (beide BLÄK)*

Zum Artikel von Dr. Rudolf Burger, M. Sc., und Dagmar Nedbal in Heft 6/2011, Seite 332 f.

Ich bin zwar niedergelassener Allgemeinarzt und in Ihrem Artikel nicht explizit angesprochen worden, würde mich aber dennoch gerne dazu äußern, da das Problem wahrhaftig nicht nur im stationären Bereich auftritt. Nehmen Sie das Problem einer Fahrt zum Krankenhaus für eine definitiv ambulante Behandlung eines pflegebedürftigen, bettlägerigen oder verwirrten Patienten. Auch hier ist der MDK gleich bereit, die Notwendigkeit dieser Fahrten anzuzweifeln. Aus dem Pflegebereich könnte man Bücher schreiben über die „Höchstleistungen“ des MDK in der Bewertung von Dingen, welche man dem Patienten doch zumuten könne (zum Beispiel einer 90-jährigen, behinderten, Ehefrau eines schwer pflegebedürftigen Ehemannes).

In allen Fällen sind die Probleme zum einen die Folge einer Bürokratie, die nicht auf den Gedanken kommt, mal in der Wirklichkeit des handelnden Arztes nachzufragen und – dies scheint mir viel schlimmer – eines MDK, der sich buchstäblich zum Büttel der Bürokratie machen lässt. Auch Ärzte, die durch zeitliche Überlastung oder auch durch mangelndes Interesse gebremst werden, sind an dieser Spirale der Leistungsdegression beteiligt.

Es gibt nur ein Mittel und das lautet Standhaftigkeit zu meiner Entscheidung, welche sich unter Umständen in einem Widerspruch zur Kassenmeinung bewegt. Ich sollte und muss den Mut haben, mich bei Kassen unbeliebt zu machen. Ich bin immer wieder überrascht, was oft noch geht, wenn ich nach längerer Diskussion drohe, die Presse einzuschalten. Ich bin oft verblüfft, dass Kassensachbearbeiter sogar auf die Drohung reagieren, ich würde sie wegen unterlassener Hilfeleistung nicht als Kassenangestellte sondern privat via Patient verklagen lassen, da sie ja die reale Situation kennen und sich nicht mehr hinter bürokratischem Unwissen verstecken könnten nach dem Telefongespräch mit mir. Streit darf auch ruhig mal telefonisch bis zu überregionalen Kassenleitern gehen. Es ist erstaunlich, wie viel sich dann oft bewegt.

Es ist schon verblüffend, wie sehr sich die Mühe lohnt, bei Widersprüchen gegen eine Einschätzung einer Pflegestufe, die offensichtlich nicht der Realität entspricht. Über zirka sechs Jahre, seit etwa 2000 bis zirka 2006 habe ich dies (via Patient) achtmal gemacht. Ich habe mich der Mühe unterzogen und mich bei der zweiten Einschätzung nahezu kommentarlos nur daneben gesetzt, aber vorher mitgeteilt,

dass ich der Hausarzt der Patientin/des Patienten sei. Ergebnis: Einmal gleiche, für mich danach auch erklärliche Einschätzung, einmal von eins auf drei, einmal von null auf zwei, fünfmal jeweils eine Höherstufung (entweder von eins auf zwei oder von zwei auf drei). Ein Schelm, wer sich was dabei denkt. Hinzu kamen reichlich Streitereien entsprechend dem vorherigen Absatz.

Und das lohnt sich. Inzwischen bin ich mit den Ersteinschätzungen bezüglich Pflegebedürftigkeit überwiegend sehr zufrieden. Auch andere Dinge regulieren sich allmählich.

Ich glaube, man hätte sehr schnell die Presse auf seiner Seite, welche sich dann plötzlich auch durchaus auf die Seite der Ärzte stellen dürfte.

Was ich allerdings schon sehr ärgerlich finde, ist die – mir fällt kein anderes Wort dafür ein – Feigheit, mit der sich die einzelnen MDK-Ärzte hinter den Kassen zu verstecken scheinen. Die Kasse blockt hier völlig und es ist wirklich sehr schwer bis unmöglich, sich mal mit einem dieser Kollegen zu unterhalten, wie sie zu ihrer Einschätzung bestimmter Fälle gekommen sind.

Die Konsequenz aus dem beschriebenen ist die Gleiche, wie aus Ihrem oben erwähnten Artikel: Man muss den Mut haben, sich unbeliebt zu machen und natürlich leider von der ohnehin schon knappen Zeit etwas opfern.

Kassen und Politik haben, sofern alle Seiten versuchen, auf dem vielbescholtenen, kaum definierbaren, aber doch immer erkennbaren, Mittelweg zu bleiben, keine Chance, sich hinter irgendwelchen Hürden oder Kostenargumenten (siehe Hinweis auf die in Ihrem Artikel erwähnten Mehrfachtransporte) zu verstecken. Aber es muss eine gewisse Einigkeit der widersprechenden Parteien herrschen.

Inzwischen bin ich mit der hiesigen AOK richtig zufrieden, soweit man dies bei den politischen Vorgaben sagen kann. Man kann wieder miteinander relativ gut reden und hat das Gefühl, die Kasse versucht, in ihrem Rahmen doch etwas für die Leute zu bewegen – was bei den meisten anderen Kassen leider noch lange nicht der Fall ist.

Dr. Rainer Bachmann, Arzt, 86911 Dießen

Zum gleichen Thema

Ich arbeite als MDK-Gutachterin im Bereich stationäre Versorgung, das heißt ich prüfe unter anderem die Krankenhausrechnungen der

AOK, von denen jede Zweite falsch sein soll. Meinem eigenen Eindruck entspricht diese Angabe nicht. Es gibt sicher Kliniken, in denen die Kodierung noch verbesserungswürdig ist und die auch die Dauer der stationären Krankenhausbehandlung ohne Nachteil für den Patienten verkürzen könnten. Aber jede zweite Krankenhausrechnung als falsch zu bezeichnen, scheint mir doch etwas gewagt.

Die Angabe im *Bayerischen Ärzteblatt*, dass durch eine Begehung im Krankenhaus, bei der keine Diskussion zwischen Krankenhausarzt und MDK-Arzt mehr stattfinden darf, eine De-professionalisierung beider Ärzteguppen stattfinde, empfinde ich als vollkommen richtig.

Letztlich werden wir MDK-Ärzte von den Krankenkassen nur an unserer Retaxierungsquote gemessen, die offenbar hier in Bayern „schlechter“ ist als anderswo und die man durch die Vermeidung einer Falldiskussion jetzt erhöhen möchte.

Ich kann nur davor warnen, dass wir MDK-Ärzte uns dem zunehmenden Druck der Krankenkassen beugen und entgegen unserem ärztlichen Gewissen entscheiden.

Wir sollten stets bedenken, dass wir unabhängige Gutachter sind und einen Fall gemäß unseren medizinischen Kenntnissen beurteilen sollten und nicht gemäß dem Wunsch der Krankenkassen nach höheren Retaxierungsquoten.

A. König, MDK Bayern

Zum gleichen Thema

Mit großer Erleichterung haben wir festgestellt, dass das Problem nicht gerechtfertigter Leistungskürzungen im stationären Bereich durch den MDK zwischenzeitlich von den Gremien der Bayerischen Landesärztekammer zur Kenntnis genommen wird.

Aus unserer Sicht kann es den Beleg- und auch den Hauptabteilungen nicht mehr zugemutet werden, dass Patienten nach den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften korrekt stationär behandelt werden und dass dann im Nachgang diese Behandlungen in Art und Umfang als nicht sachgerecht deklariert werden.

In der aktuellen Presseinformation der AOK Bayern 23/2011 wird den Krankenhäusern sogar eine „fehlerhafte“ Krankenhausrechnung in jedem zweiten Fall unterstellt.

Glücklicherweise tritt aufgrund des sich anbahnenden Ärztemangels in Praxis und Klinik

jedoch eine Veränderung der Machtposition zwischen den Krankenkassen/MDK und unseren Versicherten/uns Ärzten ein.

Es wird künftig schwieriger sein, für definierte elektive Leistungen einen zeitgerechten Operationstermin zu erhalten. Dies betrifft insbesondere Eingriffe bei Arthrosen von Knie- und Hüftgelenken, Eingriffe bei Hernien und Eingriffe am Venensystem.

Um ungerechtfertigte Vorwürfe der Kassen und des MDK nach der stationären Behandlung („ex post“) zu vermeiden, sehen wir nur eine vernünftige Lösung:

Insbesondere die Dauer des stationären Aufenthaltes sollte im Vorfeld (somit bereits vor der stationären Aufnahme) zwischen Patient und Krankenversicherung unter Vorlage der „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ und gegebenenfalls eines zusätzlichen Antrags auf stationäre Behandlung durch den einweisenden Arzt beantragt werden.

Dieses Vorgehen ist auch von den gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich gewünscht. Wir verweisen auf die Rückseite des so genannten „Einweisungsscheins“. Hier ist wörtlich dargelegt:

„Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.“

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.“

Wir gehen in unserer Praxis bei stationär zu behandelnden Patienten folgendermaßen vor:

1. Erstellung eines aussagekräftigen Befundberichts mit Stellungnahme zur Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung.
2. Erstellung eines Antrags mit Begründung zur Dauer der stationären Behandlung für die zuständige Krankenkasse.
3. Erstellung eines „Einweisungsscheins“ zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse.

Nur wenn die zuständige Krankenkasse (gegebenenfalls mit Prüfung durch den MDK) die Notwendigkeit und Dauer der von uns für erforderlich gehaltenen stationären Behandlung akzeptiert (hier: Varizeneingriffe mindestens

zwei Übernachtungen), wird mit dem Versicherten ein stationärer Operationstermin vereinbart.

Sollte diese Genehmigung von der Krankenkasse abgelehnt werden und ein ambulanter Eingriff aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, kann der Eingriff in unserer Belegabteilung nicht stattfinden. Der Versicherte muss dann Druck auf seine Krankenkasse ausüben. Dies führt dann in der Regel zur Unterzeichnung des von uns vorgelegten Antrags durch den zuständigen Krankenkassenmitarbeiter bzw. zur Ausstellung einer entsprechenden Genehmigung.

Da sich (Wille des Gesetzgebers) zwischenzeitlich auch die Krankenkassen untereinander in Konkurrenzdruck befinden und sich letztendlich nur durch den Leistungsumfang unterscheiden können, hat der Patient selbstverständlich auch die Möglichkeit, von einer Krankenkasse, die die Genehmigung nicht erstellt, zu einer Krankenkasse zu wechseln, die im Vorfeld eine Genehmigung des Eingriffs avisiert.

Durch dieses Vorgehen ist die Krankenkasse/der MDK gezwungen, „ex ante“ eine Entscheidung zur Notwendigkeit der stationären Behandlung zu treffen. Dies müssen ja auch wir Ärzte tun! Es ist immer einfacher im Nachhinein und am Schreibtisch über die Notwendigkeit stationärer Behandlungen zu entscheiden als im Vorfeld.

Die unerhörten Vorwürfe fehlerhafter Krankenhausrechnungen möchten auch wir zurückweisen. Letztendlich liegt das Fehlverhalten bei den Krankenkassen: In den Krankenhäusern und von deren Angestellten korrekt erbrachte Leistungen (hier: präoperative Untersuchungen, Hotellerie, Übernachtung usw.) werden von den Krankenkassen nicht erstattet und sollen umsonst erbracht werden.

Unser Aufruf an alle stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen: Wenn zusammen mit dem Versicherten die Indikation und die Dauer des stationären Aufenthaltes festgelegt ist, muss dies im Vorfeld durch die zuständige Krankenkasse genehmigt werden. Liegt diese Genehmigung nicht vor, muss sich der Patient entweder ein Krankenhaus suchen, welches bereit ist, die Leistung zum Dumpingpreis zu erbringen, oder er wechselt einfach seine Krankenkasse.

Die geschilderte Problemsituation wurde ja zwischenzeitlich auch vom Deutschen Ärztetag erkannt. Hier ist ausdrücklich (*Deutsches Ärzteblatt*, Heft 23, Seite A1324) eine „Änderung der Finanzierung des MDK“ gewünscht.

Zitat: „Da Abläufe und Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen ohnehin schon sehr stark durch die Krankenkassen geprägt werden, kommt es durch die Beeinflussung der Medizinischen Dienste zu einer zusätzlichen Verschiebung der Marktmacht zugunsten der Krankenkassen und zu Ungunsten der Versicherten und Leistungserbringer.“

Dr. Peter Heilberger, Facharzt für Chirurgie, 90441 Nürnberg

Zum gleichen Thema

Der Gesundheitsfonds ist ein Moloch. Gemeinsam mit dem Finanzierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Realisierung von Zusatzbeiträgen durch die GKV führt er zur nachweisbaren Zunahme von Leistungsverweigerungen für die Patienten und zu Vergütungsverweigerungen für die Teilnehmer der ambulanten und stationären Versorgung. Die Beschwerden der Patienten und Angehörigen, der Mediziner, der Therapeuten, der Mitarbeiter der Pflege, die uns als Bürgerinitiative Gesundheit erreichen, nehmen zu und werden in der Sache intensiver.

Dazu gehört auch das Verhalten des MDK. Dieser wird bekanntlich voll finanziert von den gesetzlichen Krankenkassen und bestimmt über die individuellen Leistungen im Bereich der Therapie, Pflege und Rehabilitation. Nach dem althergebrachten Motto: „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“, agiert der MDK augenscheinlich mit Leistungskürzungen, Leistungsverweigerungen für die Patienten und Angehörigen. Gleichzeitig erfolgt eine nachhaltige Einmischung des MDK in die Therapiefreiheit des Mediziners oder die Behandlungsfreiheit der Mitarbeiter der Pflege.

Die Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e. V. fordert aus diesem Grund die Umgestaltung des MDK zu einer Servicegesellschaft für die Versorgung im Gesundheitswesen, und zwar finanziell unabhängig von der GKV. Damit könnten zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen werden: das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter des MDK können für die Unterstützung der Akteure der Versorgung, Behandlung und Betreuung effektiv genutzt und außerdem wirksam auf die Anforderungen der Versicherten/Patienten/Bürger ausgerichtet werden.

Auflösung der Fortbildungsfragen aus Heft 7-8/2011, Seite 400 f.

Alle Fragen bezogen sich auf den Artikel „Neues aus der Laboratoriumsmedizin“ von Dr. Siegmund Braun.

Wenn Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantwortet haben und diese bis zum Einsendeschluss bei uns eingegangen sind, gibt es von uns zwei Fortbildungspunkte. Drei Punkte erhalten Sie, wenn Sie alle zehn Fragen richtig beantwortet haben. Gleiches gilt, wenn Sie die Fragen online beantwortet und uns diese zum Einsendeschluss gesandt haben.

Insgesamt haben über 2300 Ärztinnen und Ärzte einen ausgefüllten Fragebogen eingereicht.

Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c	d	e
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein weiterer Vorteil wäre die externe Kontrolle der gesetzlichen Kassen durch den eigenständig agierenden MDK und somit eine Entmachtung der GKV im Sinne einer zukunftsorientierten Versorgung.

Dazu müssen Bürgerinnen und Bürger und die Organisationen, Personen und Institutionen der Versorgung ihre Kräfte und Aktivitäten bündeln – sonst nimmt die „Kostentollwut“ im Gesundheitswesen noch mehr zu und zerschlägt effektiv arbeitende Strukturen.

Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e. V., 10117 Berlin

Hausärztlichen Nachwuchsfördern

Zum Artikel von Dagmar Nedbal in Heft 1-2/2011, Seite 28

Einige Gedanken zum hausärztlichen Nachwuchsmangel.

Mit ein Hauptgrund für den Nachwuchsmangel ist das Gejammere vieler Kollegen, wie schlecht es uns geht, und es sind gerade diese Kollegen, die den Systemausstieg vor einem Jahr mit ihrer Stimme verhindert haben.

In der Realität ist es meines Erachtens so, dass eine ordentlich geführte Hausarztpraxis sich immer noch rentiert, sodass man eine ausreichende Lebensqualität hat und eine Familie ernähren kann. Also aufhören zu jammern.

Es gibt wohl keinen akademischen Berufsstand, der nach dem Staatsexamen so „unfertig“ ist wie der Arzt, – unfertig für die Kassenmedizin meine ich. Das geht zum Beispiel beim jetzigen Facharzt für Allgemeinmedizin schon an, der auch mit frisch erhaltenem Facharztstitel durch Zusatzqualifikationen (zum Beispiel psychosomatische Grundversorgung, Notfallmedizin, Suchtmedizin) seine Qualifikation beweisen muss und dies geht die restlichen Jahre seines Arztlebens ständig so weiter. Ich verweise hier nur auf die ganzen DMP-Programme, Hautkrebscreening, Dickdarmprophylaxe usw. Wohlgermerkt handelt es sich hier nicht um tatsächliche Weiterbildung, sondern um Krankenkassenwünsche, denen die Ärzteschaft völlig hilflos ausgeliefert ist, denn medizinischen Sinn haben viele dieser Programme nicht, außer, dass sie unseren Verwaltungsaufwand ständig vermehren. Forderung: Nach der Allgemeinartzprüfung keine Zusatzanerkennungen notwendig!

Die Übermacht von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Ärztekammer. In beiden Gre-

mien sind sehr oft approbierte Ärzte tätig, die seit vielen Jahren nicht ärztlich tätig sind und jetzt dem arbeitenden Volk durch Richtlinien und Regularien das Leben schwer machen. Ja, es ist richtig, die Vollversammlungen treffen die Entscheidungen, aber zeigen Sie mir eine Verwaltung, in der die Entscheidungen nicht von den so genannten Fachstellen gesteuert werden! Beide Körperschaften leben aber von den Geldern ihrer Mitglieder. Deshalb: Einrichtung von Kontrollgremien bei Kammer und KV, von denen aus Beschwerden der Mitglieder direkt beim Vorstand landen und dort behandelt werden müssen!

Der Weiterbildungskatalog für Allgemeinmedizin ist meines Erachtens gigantisch und so aufwändig, dass ein Einzelkämpfer auf dem Land diesen in den wenigsten Fällen erfüllt. Das heißt, es gibt kaum einzelne Kollegen, die die volle Weiterbildungsbefugnis besitzen. Ist das normal, wobei die meisten Forderungen im Weiterbildungskatalog ehemals im Krankenhaus erfüllt werden! Forderung: Alle Kollegen, die mehr als 20 Jahre hausärztlich tätig sind, bekommen 24 Monate Weiterbildungsbefugnis (es wäre interessant zu wissen, wie viel Prozent der Hausärzte – wohlgermerkt in Einzelpraxis –, die volle Weiterbildungsbefugnis haben).

Die Abrechnung ist natürlich eines der größten Probleme. Zum Einen wird das System ständig verändert und erneuert, hier Pauschale, dort Einzelleistungsvergütung, diese Kasse rein ins Hausarztmodell, jene raus, nächsten Monat wieder ganz anders und daneben 100 bis 150 Patientenkontakte pro Tag. Dann darf sich die größte Kasse erlauben, sich nicht ans Gesetz zu halten, darf Honorare in Millionenhöhe einbehalten und braucht sich nicht an Vorgaben des Gesetzes zu halten – und die Politik schaut zu! Forderung: Die Honorarzahlung muss regelmäßig erfolgen und die Honorarvereinbarungen müssen mindestens sechs Jahre Gültigkeit haben.

In der Zeitung war zu lesen, dass die Kassen mehrere tausend Arztstellen streichen wollen – wer entscheidet eigentlich, wo es in der medizinischen Versorgung in Deutschland langgeht? Ich sehe hier eine Entwicklung, die mich an die Macht der Banken im täglichen Leben erinnert. Beide leben von unserem Geld, jonglieren damit nach Lust und Laune und schreiben uns dann vor, was wir davon haben sollen! Forderung: Stoppt die Allmacht der Kassen jetzt!

Dr. Götz Erhard, Facharzt für Allgemeinmedizin, 94110 Wegscheid

Willkommen in Rudis Welt

Die Lebenshilfe-Kollektion im RUDI-Design®

Die beliebten fröhlichen, bunten Figuren von Rudi Diessner, einem Künstler mit Down-Syndrom, schmücken die Produkte der Lebenshilfe. Diese und weitere Geschenkideen sowie exklusive Produkte aus Behinderten-Werkstätten finden Sie unter: www.lebenshilfe-shop.de

zugunsten der  **Lebenshilfe**