

Neu Anspach im Dezember 2021

Gesundheitspolitisch bedingte Einschränkungen der kassenärztlich-chirurgischen Versorgung im Hintertaunus ab Januar 2022

Sehr geehrte kassenversicherte Patientinnen und Patienten,

aufgrund der zunehmenden Reduzierung der Leistungen für Kassenversicherte kommt es ab Januar 2022 zu erheblichen Einschränkungen der kassenärztlich-chirurgischen Versorgung im Hintertaunus.

Wie Sie vermutlich wissen, hat die Gesundheitspolitik die medizinische Versorgung von kassenärztlich Versicherten in der Vergangenheit immer weiter eingeschränkt.

Was Sie vielleicht nicht so genau wissen ist, wie sehr sich Budgetierung und Pauschalisierung auf die nicht-operative kassenärztlich-chirurgische Tätigkeit (*dazu gehört die gesamte Sprechstunden-Tätigkeit, die Versorgung von Notfällen und / oder Unfällen, sowie die chirurgische Nachbehandlung nach Operationen, die in einem Krankenhaus durchgeführt wurden*) auswirkt.

Wir Chirurgen können praktisch nur noch durch Operationen Geld verdienen – für die gesamte nicht-operative Behandlung stellt Ihnen die Gesundheitspolitik – pro Praxis – nur noch Leistungen in Höhe von 25 - 30 € im Quartal (*also für einen Zeitraum von 3 Monaten*) – nicht pro Arztbesuch – zur Verfügung, ganz unabhängig davon, wie oft Sie einen Arztbesuch benötigen.

Wenn man – wie wir – die einzige chirurgische Praxis in einer so großen Region wie dem Hintertaunus betreibt ist es unausweichlich, dass man überdurchschnittlich viele Patienten mit zwei Unfällen und / oder zwei Erkrankungen in einem Quartal hat. Und natürlich auch mehr Schwerverletzte, mehrfach-Verletzte und Patienten, die nach einer Operation in einem Krankenhaus eine Nachbehandlung benötigen, die mehr als einen Arztbesuch erfordert.

Die Behandlung aller dieser Fälle wird von der Gesundheitspolitik praktisch nicht vergütet. Wenn wir diese Patienten behandeln, dann bekommen wir das nicht bezahlt und die Betriebskosten, die selbstverständlich auch bei der nicht bezahlten Behandlung von Kassenversicherten anfallen, müssen wir dann aus eigener Tasche bezahlen.

Ungeachtet dessen haben wir in unserer Praxis bisher immer alle Patienten behandelt, die Hilfe brauchten, unabhängig vom Versicherungsschutz.

Bemerkenswerter Weise kennt unsere ausufernde Bürokratie eine Ziffer für unvergütete Arzt-Patientenkontakte, die 99990. So können wir nachvollziehen wie viele Behandlungen wir aus eigener Tasche bezahlt haben.

In den letzten 10 Jahren kamen in unserer Praxis mehr als 30.000 nicht-vergütete Behandlungen von Kassenversicherten zusammen, im Schnitt 3.000 pro Jahr. Die Behandlungskosten, die wir dafür aufbringen mussten, betragen mittlerweile über 1.000.000 € (*i.W. eine Million Euro*), durchschnittlich 100.000 € im Jahr.

Wir haben dieses Geld von den Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten abzweigen müssen, was mit den Jahren immer schwieriger wurde:

Jahr für Jahr steigen die Kosten, aber die letzte Erhöhung der Gebührenordnung für Privatversicherte erfolgte 1996 – vor 25 Jahren. Seither ist nicht einmal mehr ein Inflationsausgleich erfolgt. Um die Kosten für die Behandlung von Kassenversicherten – und gleichzeitig die höheren Betriebskosten zu bezahlen, reichen die Einnahmen aus der Behandlung der Privatversicherten einfach nicht mehr aus.

Mittlerweile – jetzt – sind wir praktisch zahlungsunfähig. Alle Reserven sind aufgebraucht, dennoch können wir nicht alle Rechnungen bezahlen. Wir können einfach nicht mehr. Im Alter von 58 Jahren muss ich jetzt einen Kredit von über 50.000 € beantragen – in der Hoffnung unsere Praxis weiter betreiben zu können, um unsere Rechnungen zu bezahlen und um die Kosten für die Behandlung unserer Patienten finanzieren zu können.

Wir haben das Bundeswirtschaftsministerium, das Bundesgesundheitsministerium, die Hessische Staatsregierung und kommunale Politiker über diese Umstände informiert und um Unterstützung gebeten.

Die Resonanz ist bemerkenswert: unser „gesetzlicher Versorgungsauftrag“ sei mit der bezahlten Behandlung der Kassenversicherten erfüllt, die anderen Patienten sollten wir nicht behandeln, sondern fortschicken. Eine Bezahlung der Behandlung, auch der schwer Erkrankten und / oder der schwerverletzten Kassenversicherten in unserer Praxis wird kategorisch abgelehnt.

Auf meinen Einwand hin, wir seien die einzige chirurgische Kassenarztpraxis im gesamten Hintertaunus erklärte man mir, dass der Hintertaunus chirurgisch überversorgt sei (*zum besseren Verständnis: Die Gesundheitspolitik ist auch verantwortlich für die Bedarfsplanung – und nach deren Bedarfsplanung ist der Hintertaunus auch dann noch chirurgisch überversorgt, wenn hier gar kein Chirurg mehr tätig ist*).

Aus den oben genannten Gründen können wir die kostenlose Behandlung der Kassenversicherten leider nicht mehr so fortführen, wie bisher.

Es macht uns ebenso traurig wie wütend – für einen Chirurgen gibt es kaum etwas Schlimmeres, als ihm die Möglichkeit zu nehmen, Hilfsbedürftige zu versorgen. Aber die Vergütungspraxis der Gesundheitspolitik lässt uns keine Wahl mehr. Wenn wir mit wehenden Fahnen untergehen, können wir nicht einmal mehr den Patientinnen und Patienten helfen, deren Behandlung bezahlt wird.

Fazit: Wir können den finanziellen Untergang der letzten kassenärztlich-chirurgischen Praxis im Hintertaunus nur noch abwenden, in dem wir weniger Kassenversicherte behandeln.

Da die meisten Patientinnen und Patienten es kaum glauben können, dass ihre nicht operative Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bezahlt wird, hier eine kurze Erklärung der Fakten:

„Die Grundpauschale (07210 - 07212) ist laut EBM einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, unabhängig der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, der Diagnosen, Indikationen oder Therapien.

Der Wert der Grundpauschale ist eine Durchschnittskalkulation, die auch alle weiteren Kontakte mit einkalkuliert, auch wenn diese nie stattfinden, zum Beispiel Patienten die nur einmal im Quartal kommen.

*Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als „**Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.** (EBM Allgemeine Bestimmungen 3.1) Die KBV legt diese Regelungen im EBM fest.“ (Die KBV ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und untersteht der Rechtsaufsicht des Gesundheitsministeriums).*

Diese Grundpauschalen, in der Höhe nach dem Alter der Versicherten gestaffelt, **betragen zwischen 25 und 30 €, die einmalig im Quartal vergütet werden.** Für die Politik sind Sie **ein einziger Behandlungsfall**, liebe Kassenversicherte, auch wenn Sie zwei, fünf oder 10 mal – egal wie oft – im Quartal unsere Behandlung in Anspruch nehmen müssen.

Natürlich ist eine fachärztlich-chirurgischen Behandlung für 25 € – 30 € im Quartal nicht kostendeckend möglich. Zum Vergleich: für 25 € bekommen wir eine Viertelstunde EDV-Support und mein Friseur nimmt 28 € – aber nicht im Quartal, sondern pro „Behandlung“.

Der Gesetzgeber garantiert allen Kassenversicherten lediglich eine ausreichende, zweckmäßige **und wirtschaftliche** Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse (§ 72, Abs. 2, SGB V).

Gleichzeitig **verbietet er eine unwirtschaftliche Behandlung** in § 12, SGB V: Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind können Versicherte nicht beanspruchen und dürfen Leistungserbringer nicht bewirken.

Indem die Gesundheitspolitik entscheiden hat, Ihre Behandlung nicht mehr zu vergüten, verbietet sie Ihnen gleichsam die Behandlung in Anspruch zu nehmen, die Ihnen der Gesetzgeber eigentlich mal garantiert hatte.

Für Sie, sehr geehrte Patientinnen und Patienten, bedeutet das:

Um Ihr Recht auf eine ausreichende chirurgisch-kassenärztliche Behandlung in Anspruch nehmen zu können, müssten Sie praktisch für jeden einzelnen Arzt-Besuch in einem Quartal, eine andere kassenärztlich-chirurgische Praxis aufsuchen, da bereits der jeweils zweite Besuch in der selben Praxis nicht vergütet wird und Sie keine unwirtschaftlichen Leistungen in Anspruch nehmen dürfen.

Warum unsere Gesundheitspolitik entschieden hat, dass Sie für jede kassenärztlich-chirurgische Behandlung im einem Quartal eine andere chirurgische Praxis – jede andere kassenärztlich-chirurgische Praxis in ganz Deutschland – aufsuchen dürfen, nur die nicht, in der sie anbehandelt wurden, entzieht sich meiner Kenntnis. Aus ärztlicher Sicht ist das weder sinnvoll noch zielführend, es spart kein Geld und es entspricht auch keinesfalls dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Uns ist völlig klar, dass es hier zahllose Kassenversicherte gibt denen es nicht möglich ist, ständig in den Vordertaunus zu fahren, insbesondere schwer- oder mehrfach-Verletzte, frisch operierte und sehr alte Patientinnen und Patienten – schließlich haben wir alle diese Patienten seit Jahren auf unsere eigenen Kosten behandelt.

Einige unserer Patienten haben uns angeboten, die Kosten für ihre Behandlung zu bezahlen, aber leider ist es nicht statthaft, von Kassenversicherten Geld für die Behandlung zu nehmen, die sie anderswo auch umsonst bekommen können. Für diejenigen, die sich das überhaupt nicht leisten

können, wollen wir Lösungen finden, wir möchten niemanden im Stich lassen. Hier wurde uns von Patienten eine Lotterie vorgeschlagen, bei der wir jeden Tag eine Patientin oder einen Patienten ziehen, dessen Behandlungskosten wir dann übernehmen – was für ein Irrsinn!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

es tut uns unbeschreiblich leid, Ihnen zukünftig nicht mehr die gute nicht-operative kassenärztlich-chirurgische Behandlung anbieten zu können, wie Sie es von uns gewöhnt sind.

Wir haben alles versucht um die Politik dazu zu bewegen, Ihnen eine angemessene und wohnortnahe Behandlung im Hintertaunus anbieten zu können, so wie der Gesetzgeber das vorgesehen hat. Vater Staat sieht das leider ganz anders und er setzt sich da kompromisslos durch, ohne Rücksicht auf Verluste.

Noch einmal – um Missverständnisse zu vermeiden:

alle oben genannten Einschränkungen betreffen ausschließlich nicht-operative Behandlungen von Kassenversicherten. Die operativen Behandlungen können wir – in der bekannten Qualität – uneingeschränkt weiter durchführen. Privatpatienten und BG'liche Patienten (Arbeitsunfälle etc) sind von den Einschränkungen selbstverständlich nicht betroffen.

Zu guter Letzt eine Bitte: lassen Sie Ihren Unmut wegen der Ihnen dadurch entstehenden Unannehmlichkeiten nicht an unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus – sie geben jeden Tag ihr Bestes, um Ihnen zu helfen. Wenn Sie sich – ganz zu Recht – beschweren möchten, dann richten Sie sich doch bitte an die Gesundheitspolitik und ihre parastaatlichen Exekutivorgane

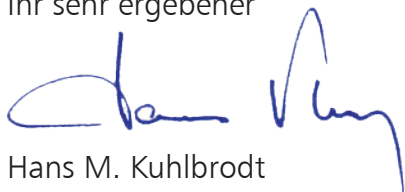
Sprechen Sie uns an – wir helfen wo wir können

(in dem Spielraum, den uns der Gesetzgeber und die Gesundheitspolitik noch lässt).

Mit den besten Wünschen

für die Feiertage, den Jahreswechsel
und Ihre Gesundheit,

Ihr sehr ergebener



Hans M. Kuhlbrodt

Arzt für Chirurgie | Unfallchirurgie | Notfallmedizin

Spezielle Unfallchirurgie | D-Arzt