

# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

## Die nicht seltenen Ausreden in den Arztpraxen

(März 2016)

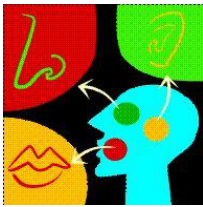
Tagtäglich sind die Wartezimmer bei den niedergelassenen Ärzten überfüllt. Lange Wartezeiten nehmen die Patienten in Kauf, um vom Doktorin durchschnittlich 5 - 6 Minuten beraten oder behandelt zu werden. Am Schluss erhält der kranke Patient dann eine Verordnung oder Überweisung für die fachärztliche Weiterbehandlung ausgehändigt. Wie die finanzielle Vergütung und Abrechnung für/vom Arzt dann stattfindet, bleibt für den Patienten unbekannt oder dieser erhält vom Arzt eine falsche Auskunft. Dabei ist Unwissenheit bei dem Praxisinhaber auch weit verbreitet.

### Warum ist das so?

Jede Praxis erhält quartalsmäßig ein Budget von der Kassenärztlichen Vereinigung für die Behandlungen der (zurückliegenden) Gesamt-Patienten überwiesen. Das Praxisbudget setzt sich zusammen aus dem gesetzlich festgelegten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) und den Kriterien Punktmenge, Orientierungspunktwert und Regelleistungsvolumen. Sollten nach Ende eines Quartals die Leistungszahlen (Fallwert) in der Praxis den Durchschnittswert der Fachkollegen in den anderen Praxen übersteigen, nimmt die KV als Abrechnungsstelle im nächsten Quartal entsprechend finanzielle Kürzungen vor. Zusätzlich zum Regelleistungsvolumen als Endprodukt des Praxisbudgets rechnen die niedergelassenen Ärzte die freien Leistungen mit der KV ab, die gesondert dem Arzt vergütet werden. Im Einzelnen handelt es sich um ambulante Operationen, Laboruntersuchungen, Ultraschall, EKGs, Enddarmspiegelungen, Lungenfunktionsprüfungen u.a. auf eine weitere besondere Vergütung mit der Bezeichnung „Hausarztzentrierte Versorgung“ gehe ich hier nicht weiter ein.

Zur Klarstellung heißt das für Patienten: Kein Facharzt rechnet mit der zuständigen Krankenkasse des Versicherten seine Leistungen ab. Die Krankenkasse erfährt überhaupt keine namentlichen Behandlungen beim einzelnen Arzt. Die gesetzliche Krankenkasse erfährt nur zusammengefasste Leistungszahlen der Fachgruppen im Landesbereich, die die KV zusammenstellt.

Es ist also völliger Unsinn, wenn der behandelnde Arzt dem einzelnen Patienten vormacht, er bekäme von der Krankenkasse nur einen viel zu niedrigen Betrag der Vergütung für die Diagnostik- oder Therapiemaßnahme. Da diese sich nicht rechnen würden, verweigerte beispielsweise ein Augenarzt die Behandlung. Er mag ja eine interne Betriebsrechnung aufstellen und sein vierteljährliches Budget durch die Anzahl seiner Patienten im Quartal teilen, dann ist es aber absolut unrichtig, dieses fiktives Durchschnittsergebnis dem Patienten als Höchsterstattung einer notwendigen Therapie zu erklären.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

## Übrigens:

Kein zugelassener Arzt darf eine erbetene Hilfe bei Schmerzen verweigern. Sollte eine notwendige Therapie verweigert werden, dann kann der Praxisinhaber seine Zulassung verlieren. Einen Antrag auf Entzug der Zulassung für den Arzt leitet die eigene Krankenkasse aber nur höchst selten ein. Nur strafrechtliche Anklagen haben Aussicht, dass die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung die Aberkennung der Zulassung ernsthaft prüfen.

Lemwerder, März 2016

Günter Steffen