

Das Ende einer Hausarztpraxis in Deutschland

Die Erfahrungen eines Hausarztes in Deutschland zeigen die drastischen Konsequenzen behördlicher Sparmassnahmen für die einzelne Praxis und den ganzen Berufsstand. Der Autor hat deshalb seine zwar gut frequentierte, aber unrentable Praxis in Köln nach zehn Jahren aufgegeben und ist in die Schweiz gezogen.

Klaus Ferdinand

Als ich die Praxis meines Vorgängers 1997 übernahm, hatte dieser etwa 600 gesetzlich krankenversicherte Patienten pro Quartal. Die Praxis lag in einem mittelständischen Kölner Stadtteil. Angebote wurden Leistungen, die in Deutschland für eine Hausarztpraxis typisch sind. Dazu gehörten Ergometrie und Sonographie, nicht jedoch Röntgen und Praxislabor.

Etwa 90 Prozent meiner Patienten waren gesetzlich versichert. Die ärztlichen Honorare wurden bis 2008 über ein kompliziertes Punktesystem mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet. Die KV wiederum erhielt das Geld für den HonorarTOPf über einen hochkomplexen Schlüssel von den rund 270 gesetzlichen Krankenkassen. Die übrigen 10 Prozent meiner freiwillig, privat versicherten Patienten erhielten von mir direkt eine Rechnung mit Leistungspositionen nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Die GOÄ ist ähnlich aufgebaut wie der Tarmed in der Schweiz.

Verteilung der Punktbudgets

Für die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten wurde mir bei Praxisstart das Punktbudget meines Vorgängers von 1993 zugestanden. Für diese damals recht kleine Praxis entsprach das Budget gerade dem Punktedurchschnitt der Kölner Hausärzte. Ausschlaggebend bei der Festlegung des individuellen Punktbudgets 1993 war die Anzahl der zum Stichtag betreuten Patienten. Wer viele Patienten hatte, erhielt ein entsprechend grosses Budget zugesprochen, das in den folgenden Jahren dann zur Abrechnung zur Verfügung stand. Bei kleineren Praxen mit weniger Patienten war das Budget entsprechend geringer. Es durfte bei steigenden Patientenzahlen bis maximal zum Kölner Durchschnitt (620 000 Punkte) gesteigert werden. Dies war bei meiner Praxis der Fall.

Die 620 000 Punkte pro Quartal wurden 1997 mit je 5,1 Cent kalkuliert. Die zur Verfügung stehenden Punkte wurden während eines Quartals mit Leistung «gefüllt». Beispiele: EKG 120 Punkte (6 Euro), eine grosse Untersuchung 600 Punkte (31 Euro), ein Hausbesuch 420 Punkte (21 Euro) und so weiter. Bei etwa 600 Patienten reichten die Budgetpunkte aus, und das Honorar entsprach weitestgehend der tatsächlich geleisteten Arbeit.

Beginn der Abwärtsspirale

In den folgenden Jahren stieg die Patientenzahl kontinuierlich, wie man es sich für eine Praxis eigentlich wünscht, und 2002 erreichte ich die magische Zahl von 1000 Patienten pro Quartal. (Dabei handelte es sich um 1000 verschiedene Patienten in drei Monaten.) Ein Patient entspricht einem Behandlungsfall, unabhängig davon, ob er in diesen drei Monaten einmal oder zwanzigmal meine Leistung beansprucht (inklusive Hausbesuche usw.).

Die Arbeitszunahme konnte ich nur mit der zusätzlichen Arbeitskraft meiner Weiterbildungsassistenten bewältigen. Deren Gehalt wurde von der Ärztekammer im Rahmen einer Weiterbildungsförderung finanziert. Trotz höherer Patientenzahlen musste ich aber aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen mit dem gleichen Budget auskommen. Gleichzeitig geschah Folgendes: Die Kölner Facharztgruppe Allgemeinmedizin forderte insgesamt mehr Leistungen per Quartalsende aus dem KV-Topf an, und damit sank automatisch der Punktwert. Für mich bedeutete dies, dass der Punktwert von 5,1 Cent (ca. 32 000 Euro pro Quartal) in den folgenden Jahren allmählich auf 4,2 Cent (ca. 26 000 Euro) fiel. Dies, obwohl ich mehr Leistungen erbrachte, das heisst per Quartalsende bei der KV mehr Punkte zur Abrechnung einreichen musste.

Ich hatte also nicht nur den Verlust der nicht erstatteten (also gratis erbrachten) Leistungen meiner Patienten «Nr. 601 bis 1000» zu verkraften, sondern zusätzlich den schleichenden Punktwertverfall meines ohnehin zu klein bemessenen Budgets. Trotz mehrerer Anträge, mein Individualbudget den tatsächlichen Praxisbedingungen anzupassen, erhielt ich bis 2007 lediglich das 1993 auf 600 Patienten berechnete Budget.

Quersubventionierung, um über die Runden zu kommen

Wie konnte ich mich trotzdem weiter über Wasser halten? Immerhin gab es kleinere Beträge, die ausserbudgetär bezahlt wurden: zum Beispiel Impfungen (ca. 4 bis 8 Euro), Vorsorgeleistungen (ca. 30 Euro), Sonderverträge (HIV-Behandlung 75 Euro pro Quartal und Patient) und später Hausarztverträge (2 bis 15 Euro pro Quartal und Patient). Grotesk bei diesem System ist, dass das dafür verwendete Geld zuvor vom HonorarTOPf abgeschöpft wurde (wodurch der Punktwert zusätzlich verfiel), bevor es dann in dieser ausserbudgetären Form an mich zurückfloss. Die versteckte Botschaft des Gesetzgebers lautete dabei: «Lieber Doktor, wir alle müssen sparen. Ich nehme dir etwas von deinem HonorarTOPf weg, wenn du aber mehr arbeitest und vor allem mehr Formulare ausfüllst, kannst du es dir teilweise zurückverdienen.»

Die zweite und gleichzeitig wichtigste finanzielle Stütze war das Honorar der Privatpatienten, welches etwa 25 Prozent des Gesamtumsatzes meiner Praxis ausmachte. Mit diesem Geld konnte ich von 2002 bis 2007 meine fallenden KV-Einkünfte quersubventionieren, sodass ich



Dr. Klaus Ferdinand mit seinen Assistentinnen in der Kölner Praxis

finanziell über die Runden kam. Wenn man bedenkt, dass sich 90 Prozent der Deutschen im gesetzlichen Versicherungssystem befinden, ist es für die wenigen freiwillig privat versicherten Patienten eine Zumutung, dieses offensichtlich nicht funktionierende System durch ihre Beiträge an die Privatkrankenkassen mitzutragen.

Resignation statt Protest

Im weiteren Verlauf waren dann die politischen Aktivitäten der Gruppe «Kölner Ärzte» ein Schlüsselerlebnis. Dieser Zusammenschluss von Haus- und Fachärzten brachte in Zusammenarbeit mit überregionalen Gruppen bis zu 100 000 Ärztkollegen auf die Strasse. Der Protest wurde zwar vorübergehend in der Öffentlichkeit und in den Medien intensiv wahrgenommen, vererbte jedoch später eher in Resignation und Depression. Die Stimmung unter den Kollegen wurde immer schlechter. Es kam zu Kleinkämpfen zwischen Ärzteorganisationen und Fachgruppen – zur Freude der Politiker, die sich ins Fäustchen lachten. Deren einzige Maxime ist schliesslich Sparen, damit die Wähler keine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge hinnehmen müssen und die Pfründe der gesetzlichen Krankenkassen weiter erhalten bleiben. Angesichts der desolaten Situation der Hausärzte in Deutschland und der düsteren Zukunftsaussichten bin ich glücklich, in der Schweiz einen Neuanfang gemacht zu haben.

Auch in der Schweiz funktioniert die versteckte Honorarkürzung

Was könnte der Ruf nach Sparmassnahmen vor dem Hintergrund der steigenden Krankenkassenprämien für die Praxisärzte in der Schweiz bedeuten?

Sicher ist, dass Sparmassnahmen von den Politikern dort angesetzt werden, wo sie den geringsten Widerstand erwarten, also bei den Ärzten und Patienten.

Meine langjährigen Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass von der Ärzteschaft diskrete, zunächst kaum spürbare Honorarkürzungen noch am ehesten hingenommen werden. Dies geschah kürzlich auch hier in der Schweiz mit der An-

derung der Analyseliste im Juli 2009. Ich glaube, die meisten Ärzte betrachten diese Honorarsenkung als verkraftbar, da sie gerechnet auf den gesamten Jahreserlös noch nicht so sehr ins Gewicht fällt. Auch hier in der Schweiz funktioniert also die versteckte kleine Honorarkürzung.

Den freien Fall des Punktwerts verhindern

In Deutschland kamen zwar bei der über Jahre geführten Salamatik der Honorarkürzungen immer wieder Proteste auf, die aber rasch wieder vererbten. In der Schweiz existiert bereits ein flottierender Punktwert, der abhängig ist von der Höhe der im Kanton erbrachten ärztl-

Die Entwicklung erkennen – nicht verdrängen

Die warnende Stimme einer Ärztin, die Deutschland den Rücken gekehrt hat und hier nun eine gleiche Entwicklung befürchtet:

Auch in der Schweiz gibt es Alarmzeichen: flottierende Punktwerte, Senkung der Labortarife, geplante Einführung einer Praxisgebühr, bedrohliche Wirtschaftlichkeitsverfahren wegen Arzt- und Medikamentenkosten, Senkung der Marge bei der direkten Medikamentenabgabe, der Praxis vorgeschaltete Fernberatung und steigende Ängste der Öffentlichkeit gegenüber den Gesundheitskosten und dem unausweichlichen Prämienanstieg.

Wir sollten deshalb versuchen, die Entwicklung zu erkennen – und nicht zu verdrängen. In Deutschland ist das Gesundheitssystem in den letzten Jahren immer wieder massiv umgekrempelt worden, aber immer zulasten der Grundversorger. Der Hauptgrund, weshalb das in Deutschland so gut funktioniert hat, ist die Spaltung der Ärzteschaft in die zwei Lager Grundversorger und Fachärzte. Die Taktik der Politiker war divide et impera, und das Resultat hat ihnen recht gegeben.

Meine Überzeugung, dass wir nur zusammen stark sind, beruht auf den Erfahrungen, die ich aus Deutschland mitbringe. Unsere gemeinsamen Ziele sollten sein: die berufliche Freiheit mit Therapiehoheit zu bewahren und dies zu einem guten Honorar, ohne Prostitution. Wir sind nicht angestellte Leistungserbringer, wir sind selbstständig! Wir sollten nicht warten, bis der Leidensdruck noch grösser wird, denn dann könnte es zu spät sein, um etwas zu verändern. Wir sollten umdenken und jetzt zusammenhalten, das macht uns stark.

Dr. med. Michaela Haller

Das Ende einer Hausarztpraxis in Deutschland

chen Leistungen. Dies entspricht der deutschen Budgetdeckelung und kann den weiteren freien Fall des Taxpunktwerts einleiten und damit den Honorarverfall.

Viele Kollegen in Deutschland haben sich damals in ähnlicher Situation in ein Hamsterrad begeben und geglaubt, den

Honorarverfall durch mehr Leistungsanforderungen kompensieren zu können. Die Umverteilungen von Honoraren zwischen Spitalärzten, Fachärzten und Hausärzten haben in Deutschland zusätzlich zu einem Kampf um Honoraranteile geführt. Die deutsche Ärzteschaft wurde dadurch gespalten und politisch erfolg-

reich geschwächt. Die Hauptgründe für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen aber werden von den Politikern hüben wie drüben nicht ausreichend kommuniziert: die Veränderung der Bevölkerungsstruktur mit immer älteren und polymorbiden Patienten sowie die vom Bürger gewünschte maximale Aus-

schöpfung technischer Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. ♦

*Dr. med. Klaus Ferdinand
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Ormsrain 7, 8706 Meilen*