

Der Blick ins Negatoskop – oder ein Rückblick auf den Wandel des Grundversorgerdaseins im Laufe der letzten 10 Jahre

B. Weidmann

Als Allgemeininternist hält B. Weidmann einen kritischen Blick zurück auf das standespolitische Geschehen der neunziger Jahre. Er macht Feststellungen, wie bestimmte Vorgaben den Praxisalltag des Grundversorgers verändert haben und stellt deren Sinn wiederholt in Frage. Mit seinem Beitrag will er die Basis nicht nur zu kritischem Denken, sondern vor allem zu standespolitischer Mitarbeit anregen.

Nach 16 Jahren Praxis stelle ich leider fest, dass sich je länger desto mehr eine Lethargie unter uns breit macht. Für standespolitische Belange mag man sich immer weniger engagieren, ja nicht einmal zusammensetzen und diskutieren. Schade!

... schuldig für die Plethora?

Wir hielten nach einem nicht ganz einfachen Studium und einer meist langen Spezialisierungszeit das Recht aufs freie Praktizieren für selbstverständlich. Sollen wir uns schuldig fühlen, dass es damals sowohl Politiker wie auch Exponenten der Bildungspolitik verpasst haben, rechtzeitig den Numerus clausus einzuführen oder eine andere Form von Zulassungsbeschränkung einzuführen, um einer kommenden Plethora vorzubeugen? Ich meine entschieden: «Nein!»

Unser Beruf war attraktiv und könnte wahrscheinlich auch heute noch attraktiv sein, wenn wir uns nicht immer durch leere Versprechen von Politikern und Kassenvertretern leichtgläubig beruhigen lassen würden, wenn wir nicht stets konziliant unter der «Noblesse oblige»-Mine achselzuckend klein begeben würden, wenn wir uns nicht als Privatiers fernab der Standespolitik in unserer Freizeit «nur» mit

(inzwischen als obligatorisch erklärter) Fortbildung, mit Konsum und mit immer weniger Hobbys und Freizeitausgleich abgeben würden.

... Teuerung, Finanzen und Arbeitszeiten?

Pflegepersonal und Lehrer machen Schlagzeilen, wenn sie in der jährlichen Lohnrunde den Teuerungsausgleich, der in der Regel 1–2% beträgt, nicht vollumfänglich vergütet erhalten. Wir haben im Kanton Bern seit 1989 denselben Krankenkassen-, alle seit 1992 denselben UVG-Tarif! Als Assistenz- und Oberärzte waren wir gewohnt, in den Spitälern 50–70 Stunden pro Woche zu arbeiten. Es wurde uns immer gesagt, dass wir froh sein dürften, einmal Medizin studiert zu haben, wofür ja der Steuerzahler enorm viel Geld aufgeworfen hätte. Bis jetzt machten wir keine Sammelklage wegen Ausbeutung durch die Arbeitgeber (Spitäler, Kliniken, Staat). Aber wir haben – vielleicht im Gegensatz zu den künftigen Assistenzärztinnen und -ärzten – davon profitiert, uns an lange Arbeitstage und -nächte zu gewöhnen, was uns während der neunziger Jahre bei Ausbleiben eines Teuerungsausgleichs über die Runden half.

... die rollende Kostenstudie

Seit 1992 füllen wir alljährlich in zwei- bis vierstündiger Arbeit die Formulare für die rollende Kostenstudie aus und geben dabei die Kennzahlen unseres Geschäftes freimütig preis. Verhandlungen mit diesen Kennzahlen haben bisher nichts gebracht. Sie liessen lediglich abschätzen, ob unser Einkommen noch gerade etwa dem eines Sekundarlehrers ebenbürtig sei. Die einen beobachten, die anderen verhandeln nicht oder kommen in ihren Verhandlungen nicht vorwärts. Herr Kollege Probst, Verwaltungsratspräsident der Ärztekasse (wahrscheinlich im Nebenerwerb), stellt im «check up» lakonisch fest: «Wer sein Einkommen in den nächsten Jahren allein aus der Grundversicherung zu erzielen gedenkt, hat vermutlich den Blick fürs Ganze verloren.» Herr Kollege Thomke rügte uns des «Zuvielverdienens», bevorzugt es aber weiterhin, selbständiger Unternehmensberater zu bleiben, und wäre wahrscheinlich nicht fürs Führen einer Landpraxis geschaffen.

... Hoffnung in TARMED?

Seit Jahren bemühen sich Kollegen in ihrer Freizeit mit dem weitumfassenden und immensen neuen Tarifwerk, das auf Arbeits- und Entlohnungsvergleichen mit anderen Intellektuellen beruht und ungefähr 1998 mit einem Anfangstaxpunkt von Fr 1.– hätte starten können. Wegen mühsamer Perfektionierungsarbeit und zaghaften Verhandlungen mit Versicherern und Politikern sowie wegen Querelen in den eigenen Reihen (an denen sich natürlich die Politiker ergötzen) ist es bis anhin noch nicht in Kraft getreten.

Korrespondenz:

Dr. med. B. Weidmann

Bahnhofstrasse 11

CH-3294 Büren an der Aare

... Fortbildung und Hausarztmodelle – eine Vogel–Strauss–Politik?

Im Bezirksverein will man sich offenbar nicht mehr sehen. Standespolitik könnte vielleicht zu emotional ausfallen, und die meisten wissen ja auch nicht viel über den neuen Tarif.

Es scheint viel vorteilhafter und nervenschonender zu sein, wenn man sich mit Fortbildung befasst, den Opinionleaders zuhört und sich so seine Gedanken darüber macht, wie Mengenausweitung bei bestimmten Krankheitsbildern in der Praxis noch gerechtfertigt werden könnte ... oder man übt sich im Hobby Hausarztmodell, das abendfüllende Diskussionen zur Folge hat und für gewisse Kollegen noch als einzige Möglichkeit anzusehen ist, wie man den Konsumpatienten mit Samthandschuhen in die Schranken weisen könnte, bzw. ihm weismachen könnte, dass der Hausarzt noch vor dem Aufsuchen des Spezialisten gesehen werden sollte.

... Ansehen und Solvenz?

Die Attraktivität, unseren Beruf auszuüben, geht verloren. Neben Banken, die wegen zunehmender Insolvenzen unsererseits immer knausriger Kredite gewähren, droht nun auch das Ausbleiben von KK-Rückvergütungen während der ersten Geschäftsjahre einer neueröffneten Praxis – von den Politikern eine interessante Art, den Numerus clausus von hinten anzugehen! Die Beobachtung, dass eingerichtete Praxen in der Stadt Biel sechs Monate ungemietet leerstehen, lässt tief blicken und es ist nicht verwunderlich, dass ältere Kollegen ihre Tätigkeit heute am liebsten noch vor dem 65. Altersjahr aufgeben möchten, da braucht es doch gar keine Alterslimite!

... das öffentliche Image?

Die Presse bringt es fertig, das Image des Mediziners immer wieder anzuschwärzen, indem tendenziös auf die «schwarzen Schafe» unserer Gilde hingewiesen wird, oder man nimmt sich politischer Themen so an, dass die Argumente der Ärzteschaft nicht angehört oder überhört werden. Zurzeit sind Kunstfehler «in»; standespolitische Meinungen werden so vor dem Volk dargestellt, dass es dann schlussendlich gegen uns entscheidet. Objektive Berichte zur breiten Gesundheitspolitik sind nicht gefragt und werden nur in unserer Presse publiziert (ich denke da etwa an den hervorragenden Bericht «Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an?» [1]).

... das politische Diktat

Wir wurden geübte Verlierer, weil wir wie die Bauern zu fest an unserem Beruf hängen und aus zeitlichen und finanziellen Gründen kein politisches Amt antreten wollen oder können. Wir senden Delegierte zu

Verhandlungen aus, welche unsere Anliegen keinesfalls so kämpferisch vertreten, wie es dies die Leute von der Basis tun würden. Wer sich zum Standespolitiker hinaufgearbeitet hat, erlernt offenbar das Einstecken von Niederlagen. Man macht Konzessionen ohne Zusicherungen von Besserstellungen, sagt niemals «Nichteintreten!» und begründet ein unbefriedigendes Verhandlungsergebnis mit «die Zeiten sind halt schlecht». Wir akzeptieren Gesetz, bei dem wir als Basis nie mitreden konnten!

Die Politiker, Krankenversicherer und Mediensprecher versprechen auf unseren Schultern weiterhin eine fortschrittliche Medizin mit (z.T. unbezahlten) Zusatzleistungen und freuen sich daran, wie die Zeit weiterläuft, während wir passiv hinsehen. Man spricht vom freiem Markt und löst Kartelle auf. Bei uns hält man aber am veralteten Tarif fest, macht betriebswirtschaftliche Kurse zur Verbesserung der Praxisführung (z.B. «Ein Workshop hilft überleben!») und gibt uns tagtäglich unsere Portion mea culpa! Offenbar hat der künftige Arzt eher die Maus des PC zur Hand als das Stethoskop, darum muss Fortbildung vorgeschrieben werden und kommt nicht mehr aus innerer Motivation.

... Kompensationen noch möglich?

Alle von uns haben in der Zwischenzeit gelernt, was Mengenausweitung heisst, seien das längere Arbeitszeiten, seien es mehr Untersuchungen, sei es ganz einfach Betrug oder die Einforderung jeder kleinsten Leistung, wie z.B. die Eingabe von 10-Sekunden-Telephonaten, womit wir uns beim Patienten lächerlich machen (oder machen müssen).

... und das Sparen bei der Medikamentenabgabe?

Bei der Abgabe von Medikamenten sagt man sogar, man möchte den Profit dem Kunden zukommen lassen. Billige und nützliche Medikamente verschwinden aus der Produktion und somit von der Palette des Hausarztes, der sich, wenn er selbstdispensierend ist und kostenbewusst denkt, um die Grenze der MwSt.-Pflicht windet. Diese hat sich trotz massiver Verteuerung der Preise von Originalpräparaten seit deren Einführung nie nach oben verrückt! Die Präparate erhalten nun keine Preisanschrift mehr, die Sanphar verschwand, im Kompendium findet man keine Preise mehr und die SL muss alphabetisch 2x nachgeblättert werden ... *diese Sache hat System!* Hat der sparsame Praktiker die Grenze zur Ablieferung der MwSt. einmal überschritten, dann kommt es ja schlussendlich nicht mehr darauf an und Sparen wäre fehl am Platz (bis ihn das Krankenkassenkonkordat mit seiner statistischen Verfolgung von uns Medizinmännern und -frauen zu Rückforderungen verpflichtet)!

Eine Anpassung der MwSt.-Grenze nach oben könnte da vielleicht einen nicht zu unterschätzenden Sparbeitrag im Gesundheitswesen bringen, die Beschriftung der Arzneimittelpackungen mit Preisen,

welche nicht täglich die Laune der IKS oder den Börsenkurs der vertreibenden Firma widerspiegeln, brächte da wieder etwas Stabilität!

Ist der Grundversorger nicht selbstdispensierend, so wird er künftig überhaupt keine Kostenkontrolle mehr haben und dabei immer grosszügiger rezeptieren, da wird nicht gespart und der Spareffekt durch die Selbstdispensation will (so wenigstens im Kanton Bern) von den Politikern auch nicht untersucht werden (ja, vielleicht sind da einige Damen und Herren sogenannte Shareholders!) ...

... der Sinn der Qualitätssicherung?

Noch eben rechtzeitig führte man Qualitätssicherungen ein, für die wir immer mehr Geld und Zeit zu investieren gezwungen werden, damit dann nicht alles schief läuft und man im Falle eines Versagens einen «Aufhänger» findet. Wir halten diese Abmachungen ein, denn schliesslich könnten wir ja von den Behörden schlechter Arbeit bezichtigt werden und man könnte dann ohne Zertifikate und sorgfältig ausgefüllte Listen uns den Laden dichtmachen.

Neben Defensivmedizin betreiben wir nun also auch noch Vorschriftsmedizin. Haben wir das Vorgeschiedene schon früher freiwillig durchgeführt, dann wird es sicher auch jetzt und in Zukunft Sinn machen. Wenn nicht, so empfinden wir es oft nicht als sinnvolle Neuerung, sondern vielmehr als Schikane. Wir merken dabei aber nicht, dass es sich um eine Art Beschäftigungstherapie handelt, die den Staat nichts kostet und die wir nach «Beschluss und Gesetz» nun einfach zu akzeptieren haben (... als ob wir bisher nicht daran interessiert gewesen wären, uns in unserer Arbeit immer wieder selbst zu kontrollieren). Ein erstes Zeichen dafür, dass es dabei um Beschäftigungstherapie geht, ist die Tatsache, dass das niemand kontrolliert und somit auch niemand interessiert, geschweige denn, dass da überhaupt eine Autorität wäre, die Zeit hätte, uns zur Kontrolle zu ermahnen, nachzukontrollieren oder gar zu bestrafen. Oder ..., wer möchte einmal meine seit 1995 korrekt geführte Liste der Abgabekontrolle von Medikamenten, die dem BG unterstehen, kontrollierend einsehen? Es sind gegen die 1000 Ops, die man mit meinen Einkaufsstatistiken vergleichen könnte! Wo ist der kantonale PC, der unter Sprengung des Arztgeheimnisses den Tranquilizermissbrauch eines Süchtigen den Ärzten einer Region bekannt machen könnte? Nicht einmal der Kantonsapotheker war an meinen Aufzeichnungen interessiert, als ich sie ihm zusandte – was soll das alles?

... und niemand stellt die Frage nach Zuständigkeit

Die Leistungsausdehnung im Gesundheitswesen macht uns tagtäglich zu Zeugnisschreibern und somit gar zu Verantwortlichen für Dinge, für die wir eigentlich nicht zuständig sind oder die wir überhaupt nicht kennen. Ich denke da etwa ans Ausfüllen von

zum Teil schon abgefassten Spitzzeugnissen (was verstehen wir von Pflege? Diese wird, soviel ich weiss, erst in Basel doziert und dafür sind andere zuständig), Kostgeldausweise für Altersheiminsassen (haben wir mit unseren Patienten je einen Tag im Altersheim verbracht und sie beobachtet, um sehen zu können, ob sie laut unserer Expertise auch so invalide eingestuft würden, wie auf dem Formular vermerkt?), Rezepte für bereits bezogene Alternativbehandlungen, ohne die die Krankenkasse die Kostenübernahme evtl. ablehnen würde (verstehen schulmedizinisch-orientierte Hausärzte mehr von Alternativmedizin als die Vertrauensärzte der Kassen? Sprechen da beide über Dinge, die beide nicht genau verstehen?). Arbeitsunfähigkeiten werden nach Krankengeschichtennotizen initial, zwischendurch und terminal, mal für Arbeitgeber, mal für die Taggeldversicherung oder den Turnlehrer u.a.m., für Nachmittagsabwesenheiten am Arbeitsplatz und in der Schule und bis zu zweijährigen Attesten bei absoluter Vollinvalidität zuhanden der IV (... der Kerl könnte ja vielleicht plötzlich wieder gesund sein!) schriftlich zu Beginn vorvermerkt, dann attestiert und wenn es gut kommt nochmals nach Diskussionen mit dem Patienten nach oben oder unten auskorrigiert, wohlverstanden immer oder fast immer ... gratis. Hat das etwas mit Medizin zu tun oder ist dies ein Schlichtungsentscheid im Misstrauen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber? Statistiken zuhanden von Statistikern machen uns mindestens stündlich zu Zeit verlierenden Statisten! Das scheint alles den verdeckten Vorteil zu haben, dass diese Art von Beschäftigungstherapie ja auch Kosten im Gesundheitswesen einsparen kann, wenigstens auf unserer Seite, denn in dieser Zeit sind wir als Diktatoren an Diktiergeräten oder Schreiberlinge und nicht als «Kostenverursacher am Patienten» tätig. Wir wurden durch Multiple choice vom Studium her ans Formularausfüllen gewöhnt. Ist es nicht geradezu entspannend, wenn man auf einfache Computerversicherungsfragen auch simple Antworten aus unseren Krankenunterlagen produzieren kann (... bitte mit Schreibmaschine!) und wehe, wenn wir das nicht machen, sind wir die «Bösen»!

... nach Ultraschall, Laser und Net ... gehst Du todmüde zu Bett!

Die teuren Anschaffungskosten von den vielen, heute als «selbstverständlich» erachteten Gerätschaften in unserer Praxis (früher waren es nur Auto und Röntgenröhre) und die kürzere Lebensdauer dieser Geräte, höhere Unterhalts- und Reparaturkosten, steigende Löhne, Mieten und Versicherungsprämien lassen die Ausgabenspirale weiter steigen. Niemand wehrt sich für uns. Die Medizinaltechnik geht oft auf unsere Bedürfnisse nicht ein, sie lässt brauchbare Systeme liegen und zwingt uns zu teuren Neuanschaffungen. Die Aktien unserer Zulieferanten steigen (s. Comet-Technik), sie bestimmen Markt und Preise. Wir bleiben verbissene Handlanger und können unseren «Bagger», die Grundversorgerpraxis, nicht zu Fr. 500.–

in der Stunde bemannt vermieten, sollten aber für alles bereitstehen. Es gibt da verlockende Angebote! Man spricht nicht über Preisvergleiche, jeder ist Einzelkämpfer, «konkursfähiger» Unternehmer, ohne Recht auf blühendes Geschäft ... das wäre dann ja wieder Mengenausweitung mit Verteuerung von Medizin und Ausbeutung unserer Gesellschaft! Ja, ja, im Ausüben unseres Berufes steckt ein hohes Neurosepotential.

... sind weisse Lämmer so schweigsam?

Wollen wir als Basis weiterschweigen? Wo sind die Ausgleichs der mindestens 15% Reallohnneinbussen der letzten 10 Jahre oder die schätzungsweise 45% der letzten 30 Jahre (Sie konnten ja kürzlich in der Schweizerischen Ärztezeitung bei der Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft [2] feststellen, dass die Grundversorger gemessen am LIPK zwischen 1972 und 1996 eine Reallohneinkommenseinbusse von 39% zu verzeichnen haben, inzwischen sind weitere 5 Jahre Teuerung verstrichen!)?

Was haben wir in den vergangenen Jahren alles Zusätzliche noch geleistet? Wo bleiben die zusätzlichen 4–5% Teuerung zwischen 1998 und 2001, was im TARMED einem Taxpunktwert von ungefähr Fr 1.05 entsprechen dürfte? Sollen wir da noch auf TARMED-Taxpunktverhandlungen zwischen Fr –.70 und 1.– eintreten, ja sogar den Vorschlag von Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss mit Fr –.80 gelassen anhören? Sollen wir uns bei einem immer mehr schwindenden Ertrag unseres Geschäfts von heute rund 30% unseres Umsatzes und einem Taxpunktwert von Fr –.70 bis –.80 gleich prophylaktisch bei der Fürsorge anmelden?

... darum bitte meckern Sie mit!

Ich glaube, dass sich keine Berufsgruppe so blöd und selbstlos gibt wie die unsere! Selbst die Bauern haben gemerkt, dass man erst hellhörig wird, wenn sie die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit mit anderen Mitteln zu erhaschen versuchen. Die Zeit ist vorbei, als wir uns (vielleicht sogar schadenfreudig) mit schwarzen Schafen massen. Wenden wir uns den weissen zu, die immer mehr in existentielle Schwierigkeiten geraten und Fell lassen. Der Umgangsstil hat sich überall geändert! Ich finde die Basis, insbesondere die junge Basis sollte nun weniger schweigen und vielmehr Taten fordern. Dafür gibt es den Bezirksverein, an dessen Vorstand Anträge gestellt werden können, die über den Kantonalvorstand nicht einfach abgewürgt werden dürfen, sondern weiter an die FMH getragen werden müssen. Nur so öffnen sich die Ohren der Politiker (vielleicht sogar derjenigen, die einmal vor Jahren aus unseren Reihen hervortraten)! Der Weg direkt auf die Strasse sollte vermieden werden, aber diesen werde ich nötigenfalls auch als ein probates Mittel ansehen, wenn in diesem Jahr nichts Handfestes und Zukunftsträchtiges für unsere Existenz zustande kommt. Ich habe Hoffnung in unseren neuen bernischen Kantonalpräsidenten, Herrn Kollegen J. Schlup, welcher neben den Kenntnissen der Allgemeinpraxis auch ein Nachdiplomstudium in Unternehmensführung an der Uni St. Gallen und gemeindepolitische Erfahrungen vorweisen kann. Ihm und unseren Vertretern wünsche ich ein dickes Fell und festen Schritt und Tritt im Marsch gegen die Bise der nächsten 10 Jahre!

Literatur

- 1 Streit R. Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an? Schweiz Ärztezeitung 2000;81(40): 2263–7.
- 2 Hasler N. Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft der Schweiz 1971/72 bis 1995/96 je nach Spezialisierung und nach Kanton. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(18):915–23.