

Der EBM 2008, die Honorarreform und die Konsequenzen für die Urologen; Inhalte, Hintergründe und Analysen

Zusammenfassung:

Die Änderungen im EBM 2008 sind - bis auf die Bewertungen - für Urologen wenig spektakulär, die Honorarreform umso mehr. Der entscheidende Faktor zur Kalkulation der zukünftigen Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung (Budgets) ist die Definition des notwendigen Behandlungsbedarfes über die in Punkten ausgedrückte Morbidität. Das Interesse der Kassen ist es diese Morbidität weitgehend runterzurechnen. Das angedrohten Kündigen von Förderverträgen, z.B der Onkologie-Vereinbarung, zeigen die Konsequenz der Kassen und die Hilflosigkeit der KBV / KVen. Das Interesse der Vertragsärzte im Allgemeinen und der Urologen im Speziellen muss es sein, die Morbidität möglichst vollständig abgebildet zu sehen. Dies den „Partnern“ der Selbstverwaltung zu überlassen, ist sowohl unter Betrachtung der organisatorischen und zeitlichen Möglichkeiten als auch unter Berücksichtigung der handelnden Personen mit dem hohen Risiko verbunden, dass gerade kleine Fachgruppen die Zeche für eine politisch gewollte Umverteilung zum Vorteil der Hausärzte unter dem Deckmantel der zugeteilten Morbidität zahlen werden. Ärzte und KV-Vorstände sitzen bei unterschiedlicher Interessenslage nicht in einem Boot. Abhilfe durch eine machtvolle/streitbare Gemeinschaft der Fachärzte, vergleichbar mit dem Hausarztverband, ist nicht vorhanden. Um das schlimmste zu verhüten müssen die Urologen ihr Schicksal selber in die Hand nehmen. Aufgrund fehlender gesetzlicher Möglichkeiten muss der Zutritt zu diesem „closed shop“ der Selbstverwaltung durch eine „rebellische Basis“ erkämpft werden. Die Funktionäre des Berufsverbandes haben auf der Basis einer konsistenten, aktuellen Datenlage sowie ausreichender Kenntnis der entsprechenden Kalkulations- und Morbiditäts-Parameter - den Druck der Basis ausnutzend - die existenziellen Wirtschaftsinteressen der Urologen zu wahren, sowohl bei der Neukalkulation der ärztlichen Leistungen als auch in der Kalkulation des „notwendigen Behandlungsbedarfes“. Voraussetzung ist eine Position der Stärke auf gleicher Augenhöhe mit der Möglichkeit der Sanktionierung. Bittsteller und Leisetreter sind auf verlorenem Posten, „eiertanzende“ Mandatsträger eine leichte Beute der wahren Alphiere. Es werden diejenigen die Nase vorn haben, deren Führung Mut, Charakter und die Fähigkeit besitzt, ihre „Truppe“ mit *klaren Strategien* hinter sich zu ziehen. Die Drohung mit und die Organisation des **Systemausstiegs** ist hier zur *Machtbalance* unabdingbar. Warnungen mit Hinweis auf das diesbezügliche Urteil des Bundessozialgerichts sollten Bürger eines demokratischen Rechtsstaates nicht schrecken. Das Rückgrad allerdings wird man dafür aus dem Kleiderschrank holen müssen.

I Der EBM 2008

Der EBM 2008 bringt vordergründig für die Urologen, bis auf wenige Ziffern und einige Änderungen der „Allgemeine Bestimmungen“, nicht viel Neues; bei näherer Betrachtung

allerdings ist der EBM 2008 der erste Schritt für die im GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) definierten größten Honorarreform der Bundesrepublik. Dieses Gesetz ist Grundlage einer umfangreichen Umverteilung von Macht und Geld zwischen den Akteuren des Deutschen Gesundheitssystems: Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Hausärzten und Fachärzten. Die entscheidenden, für die wirtschaftliche Zukunft der urologischen Fachärzte existenziellen Pflöcke werden in den nächsten Monaten gesetzt. Es besteht akuter Handlungsbedarf auf dem Boden einer sorgfältigen Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der unterschiedlichen Interessenslage der beteiligten Akteure.

Die Neuerungen im Einzelnen

Änderungen bestehen im redaktionellen Teil und in den Bewertungen.

a. redaktionelle Änderungen

Diese sind im Gegensatz zu dem hausärztlichen Kapitel für die Urologen wenig spektakulär:

Kapitel 26

Die wesentliche Änderung ist eine eher geringfügige Pauschalisierung unserer Leistungen in den neuen *Grundpauschalen*, in denen die alten Ordinationskomplexe und Konsultationskomplexe sowie die Beratungsleistungen, die Arztbriefe / Berichte und die Laborgrundgebühr integriert worden sind. Die urologische Grundpauschale kann nur bei persönlichen Arzt-/Patientenkontakt eingesetzt werden, für andere Arzt-/Patientenkontakte bzw. für spezielle fachgleiche Überweisungen - auch zur Mit- und Weiterbehandlung - sind weitere dürftig honorierte Pauschalen kreiert worden (01435 *Telefonpauschale*, 01436 *Konsultationspauschale*). Die umfangreichen Abrechnungsbedingungen und Gebührentexte sind nachzulesen. Die bereits bestehende Verwaltungsgebühr 01430) kann jetzt nicht mehr neben anderen Leistungen berechnet werden.

Des Weiteren wurde eine neue onkologische Betreuungsziffer eingeführt (26315). In typischer KV-Systematik wurde von den Kassen eine aufkommensneutrale Einführung dieser Ziffer durchgesetzt, in dem das Punktzahlvolumen in der zweiten Hälfte dieses Jahres zu einer entsprechenden Minderung der Grundpauschale führen wird mit jährlicher Anpassung. (Beschluss des Bewertungsausschusses vom Oktober 07). Die 26315 kann, im Gegensatz zur Leistungsziffer der Onkologievereinbarung, auch im Rahmen der Nachbetreuung von Tumoren im Status des „non evidence of disease“ im Zeitraum von 2 Jahren nach kurativer Therapie eingesetzt werden.

Inhaltlich unterscheidet sich diese Ziffer von der Leistungsbeschreibung der Onkologie-Vereinbarung und soll laut KBV nicht mit dieser kollidieren. Trotzdem haben die Ersatzkassen(als Vorreiter?) prompt angedroht, die Onkologie-Vereinbarung bundesweit zu gekündigen und die Urologen mit satten fünfstelligen Verlusten im Regen stehen zu

lassen. Intensive Interventionen des BDU haben zumindest zu einem Rückrudern bis Ende 2008 geführt.

Abschnitt II Allgemeinen Gebührenordnungspositionen:

Die Notfalldienst-Ziffern (01210 - 01219) wurden neu konzipiert. Des Weiteren wurde eine weitere **Besuchsziffer** hinzugefügt (01415 „dringender Besuch eines Patienten in beschützten Wohnheimen, Altenheimen etc. mit Pflegepersonal). Diese Ziffer kann angesetzt werden, wenn der angeforderte Besuch noch am Tag der Anforderung ausgeführt wird.

Abschnitt IV arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen:

Für Urologen gibt es nur eine neue Gebührenordnungsposition: **33064 „PW-Doppler der Gefäße des männlichen Genitalsystems“** Im Gegensatz zu den Gynäkologen gibt es für Urologen unverständlicherweise weiterhin keine Ziffer für die Duplex-Sonographie und die Farbcodierung.

Allgemeine Bestimmungen:

Aufgrund der Einführung von Leistungspauschalen und zur Berücksichtigung der „Neue Freiheiten“ durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mussten die allgemeinen Bestimmungen entsprechend angepasst werden.

Herauszuhebende Punkte sind:

1. Die Änderung der Berichtspflicht dahingehend, dass jetzt für alle berichtspflichtigen Leistungen grundsätzlich mindestens eine Befundkopie an den Hausarzt zu schicken ist.
2. Kürzung der 2. Grundpauschale um 50 % im Falle von ambulanten und belegärztlichen Leistungen in einem Quartal.
3. Die Einführung von *Arzt-* und *Betriebsstätten-Fällen* – für uns Urologen noch uninteressant.
4. „Änderung der Förderung kooperativer Versorgungsformen“. Die Förderung fachgleicher Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wurde aufgehoben, dagegen die Förderung fachübergreifender BAG's drastisch gefördert, in dem die Versicherten- / Grundpauschalen im Falle einer fachgruppenübergreifenden Behandlung von jeder Fachgruppe in voller Höhe angesetzt werden kann (Allerdings hat der Bewertungsausschuss eine Überprüfung dieser „Fördermaßnahmen“ kooperativer Versorgungsformen für Mitte dieses Jahres beschlossen).

Soweit die wesentlichen „urologischen“ Punkte des deskriptiven Teils des EBM 2008.

Hausärztliches Kapitel

Im Gegensatz zu den Fachärzten besteht für die *Hausärzte* seit dem 1. Januar eine neue Abrechnungswelt in Form von weitgehender Pauschalisierung ihrer Leistungen (einschließlich der Dauerkatheterversorgung!) in der so genannten *Versichertenpauschale*. Zusätzlich gibt es weitere Versorgungspauschalen (z.B. Chronikerpauschale) sowie – für das Jahr 2008 zugesagt – Qualitätszuschläge für die

„Vorhaltung technischer und/oder räumlicher Voraussetzungen“. Gemeinsam ist diesen Vergütungen, dass sie durch den Erstkontakt bzw. zweiten Kontakt ausgelöst werden, ohne dass eine definitive Leistungserbringung zu erfolgen hat. Dies generiert nach KBV Berechnungen für die Hausärzte ein durchschnittliches Punktzahlvolumen pro Fall von 1500 bis 1800 Punkten. Im Klartext: allein durch das Betreten der Praxis generieren die Hausärzte mehr Punkte als ihr derzeitiges fallbezogene Budget zulässt. Dies lässt erwarten, dass das Leistungsvolumen bei den Urologen unvergütet zunehmen wird, da die Hausärzte, allein durch den Kontakt mit den Patienten, ihre derzeitigen Budgets übererfüllen.

Bemerkenswert ist, dass die vom Hausarztverband kreierten, nicht leistungsabhängigen Strukturelemente und „Qualitätszuschläge“ des Hausartzkapitels durch die KBV entgegen ihrer eigenen Überzeugung (!) im Bewertungsausschuss in den neuen EBM eingebracht worden sind, ähnliche Konzepte aber anderen Fachgruppen nicht zugestanden wurden. Auch der Berufsverband der deutschen Urologen wurde im Frühsommer 2007 wie alle anderen fachärztlichen Berufsverbände von der KBV expressis verbis aufgefordert, eigene Vorstellungen zu ihren Fachartzkapiteln zu entwickeln. Expressis verbis wurde eine Uro-EBM-Systematik erbeten. Daraufhin hat der BDU einen sehr differenzierten Entwurf des Kapitels 26, eingeflochten in Uro-EBM-Strukturen, ebenfalls mit Qualitätszuschlägen erarbeitet. Doch siehe da, das was den Hausärzten zugestanden wurde, wurde den Urologen als unerwünschte, systemfremde Strukturelemente rundheraus verweigert. Schlimmer noch, das Konzept des Berufsverbandes wurde wie die Konzepte anderer Facharzt-Fachgruppen in tot abgelehnt.

Fazit: Eine (typische) Alibiveranstaltung der KBV, die Berufsverbände als „puppets on a string“: gezogen, losgelassen, gezogen, losgelassen....

b. Modifikation der Leistungsbewertung

Während der deskriptive Teil des EBMs gerade für die Fachärzte eher wenig spektakulär ausgefallen ist, ist in der gleichzeitig vom Bewertungsausschuss im Oktober 2007 beschlossenen Änderung - meist Erhöhung - der Leistungsbewertung (Punkte pro Leistung) schon deutlich mehr Musik. Kalkulationsgrundlage war, laut Aussage der KBV, erstens die Anpassung an die Steigerung des der Honorarbemessung zugrunde liegenden Oberarztgehalts und zweitens - bezüglich der TL (der Kostenanteile) - die Erhöhung der Mehrwertsteuer. Da muss es erstaunen, dass die hausärztlichen Leistungen um 21 %, die der Fachärzte jedoch durchschnittlich um 5 % - schwankend zwischen -13 % und +14% - gestiegen sind. Urologen liegen mit ca. 5 % im statistischen Mittel. Die betriebswirtschaftliche Begründung der Punktzahlhebung ist eben nur ein (kleiner) Teil der Realität, der (größere) Rest ist politische Wunschbewertung aus der „Kungelküche“ von KBV und Kassen, genannt Bewertungsausschuss. Ein unsägliches „Deja-Vu-Erlebnis“

aus der Entwicklung des EBM 2000 plus, dessen Betriebswirtschaftlichkeit längst als Etikettenschwindel entlarvt ist.

Bemerkenswert ist, dass die neuen Fallpunktzahlen der Hausärzte, multipliziert mit einem theoretischen Punktwert von 5,11 Cent, ziemlich genau den geforderten EURO Betrag der Pauschale von EURO 85,00 ergeben. KBV-Chef Köhler im Ärzteblatt 43/2007:

*"Aus durchschnittlich 1562 Punkten (mindestens, Anm. des Autors) müsse man erst noch 80 bis 85 Euro für das Jahr 2009 verhandeln, **aber die Grundlagen seien gelegt**"*

Stimmt, denn die disparitatische Punktzahlvermehrung hat potentiell gravierende Folgen. Sinkt der Orientierungswert 2008 als Grundlage der 2009 geltenden regionalen Europunktwerte um, wie errechnet, 10 %, wird das auf hausärztlicher Seite durch eine durchschnittliche Anhebung von 21 % überkompensiert, bei den Fachärzten jedoch durch eine durchschnittliche Anhebung um 5,5 % unterkompensiert. Da zum gleichen Zeitpunkt, nämlich ab 1.01.2009, die Hausarzt-/Facharztrennung der Gesamtvergütung systemimmanent nicht mehr besteht, kommt es zwangsläufig bei einheitlichem Punktwert für alle Fachgruppen zu einer Verschiebung von erheblichen Honoraranteilen zu den Hausärzten. (Mehr Geld sei den Hausärzten herzlich gegönnt, aber bitte nicht aus der Tasche der Fachärzte). Gravierend kommt hinzu, dass gerade die technisch aufwändigen Leistungen der Urologen, im Gegensatz zu den hausärztlichen Leistungen, hinsichtlich Investitions- und Wartungskosten weit unterproportional von einer Punktzahlanhebung betroffen sind, und es de facto sogar zu einer deutlichen *Abwertung* kommen wird.

II Die Honorarreform

1. Gesamtvergütung – Budgetierung

Die KBV und KVen werden nicht müde den Vertragsärzten einzureden, dass ab 2009 quasi gesetzmäßig mehr Honorar zur Verfügung stehen wird, so dass die eben geschilderten Auswirkungen der disparitatischen Punktzahlanhebung hierdurch kompensiert werden kann. Stichworte sind hier Rückführung der Morbidität zu den Krankenkassen, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Löcher im Deckel der Budgetierung etc.. Betrachtet man die Ausführungen der Krankenkassen, stellt sich die Situation völlig anders dar: hochrangige Vertreter der Kassenseite werden nicht müde zu betonen, dass es verantwortungslos von Seiten der KBV / der KVen sei, den Ärzten mehr Honorar zu versprechen, denn dies würde das Gesetz – im Gegensatz zu den Ausführungen der KBV / der KVen **nicht** vorsehen.

Bei nüchterner Betrachtung der Gesetzestexte besteht kein Zweifel, dass die Argumentation der Kassen korrekt ist. Warum die KBV, und in ihrem Kielwasser die KVen, nicht müde werden den Ärzten eine Illusion vorzugaukeln, wird weiter unten noch zu diskutieren sein. Die gesetzlichen Fakten sind jedoch folgende: ab 2009 besteht weiterhin eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung (§ 87a, Abs. 3), die sich

lediglich von der bisherigen Gesamtvergütung durch eine andere, mehr sachbezogene Kalkulationssystematik unterscheidet. War bisher allein die Grundlohnsummensteigerung für die Höhe der Gesamtvergütung ausschlaggebend, so ist es jetzt die mittlerweile berühmt berüchtigte **Morbidität**, genau genommen der morbiditätsbezogene „**Behandlungsbedarf**“ gemäß § 87a Absatz 3, Satz 2. Diese Morbidität wird über noch zu definierende Morbiditätsindikatoren in ein Punktzahlvolumen und dann in Geld umgerechnet. Im Jahr 2008 verhandeln auf Landesebene (!) KV und Kassen für 2009, wie viel Morbidität den einzelnen Arztgruppen zugestanden wird. Diese in Geld gegossene Morbidität wird dann in Form von bundesweit (weitgehend) einheitlich vorgegebenen, noch zu definierenden Regelleistungsvolumina auf den einzelnen Arzt heruntergebrochen werden. Dieser Gesamtvergütung liegt die bisherige Gesamtvergütung als Kalkulationsbasis zugrunde, kann aber im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Landes KVen und allen Landesverbänden der Krankenkassen einheitlich nach folgenden Kriterien modifiziert werden:

- Zahl und Morbiditätsstruktur (ICD 10!) der Versicherten.
- Neue Leistungen (durch den gemeinsamen Bundesausschuss),
- Leistungsverlagerung stationär → ambulant
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven (!)

Dann, und nur dann gibt es in der Tat mehr Geld für die Vertragsärzte im Allgemeinen und / oder für einige Vertragsarztgruppen im Speziellen, wenn sich beide Verhandlungspartner (KV und alle Kassen) *einigen*, dass in der Tat nur mit mehr Geld im System die notwendige Morbidität, sprich die notwendige Behandlung der Versicherten, zu gewährleisten ist; im Umkehrschluss: dass mit dem vorhandenen Geld eine ausreichende Versorgung der Versicherten nicht möglich ist. Dann, und nur dann, greift der 2. Halbsatz des 1. Satzes des § 71 „Beitragssatzstabilität“: *Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und die Leistungserbringer haben die Vereinbarung über die Vergütungen... so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.*

Dieser 2 Halbsatz ist jedoch nicht neu im Gesetz. Umso erstaunlicher ist es, dass mit Bezug auf diesen Absatz bisher nie Honorarverhandlungen jenseits der Grundlohnsummensteigerung verhandelt worden sind. Der einzige Unterschied ist jetzt, dass im neuen § 87a Abs. 3 noch einmal auf diesen 2. Absatz explizit Bezug genommen wird. Um es noch einmal in aller Deutlichkeit zu wiederholen: der Optimismus der KBV und der KVen beruht allein auf die eher theoretische Möglichkeit, mit den beteiligten Kassen *im Konsens* festzustellen, dass das Geld für die Versorgung der Versicherten nicht reicht. Und das in einem Szenario aus Gesundheitsfonds und Insolvenzrisiko für die Kassen, intendiert vom Gesetzgeber zur Gesundschumpfung der Kassenlandschaft.

Wenn die Kassen aber unter dem Damokles-Schwert der Insolvenz nicht mehr über ihre Einnahmen bestimmen können sind Ausgabensenkungen erste Kassen-Pflicht. Der aus Kassensicht konsequente Schritt der (angedrohten) Kündigungen von Förderverträgen wie z.B. der Onkologie-Vereinbarung ließ folglich auch nicht lange auf sich warten. Der Herr hat es gegeben, der Herr hat es genommen, die KBV / KVen sind hilflos und die Ärzte demütig.

2. Das Tauziehen um das Honorar

Die simple, aber gleichwohl für die Vertragsärzte existentiell entscheidende Gleichung lautet nach § 87a Absatz 3.:

Europunktwert \times *Morbidität (in Punkten)* = ***morbiditätsbedingte Gesamtvergütung***

Unsere neue Gesamtvergütung ist also abhängig 1. von der Höhe des Europunktwertes und 2. von dem den Urologen über die Morbidität zugestandenen Punktzahlvolumen. Es ist nachvollziehbar, dass die Kassenseite beide Faktoren des Produktes möglichst niedrig halten und die Vertreter der Ärzteschaft diese beiden Faktoren des Produktes möglichst hoch ansetzen wollen. Die schicksalhaften Fragen sind

1. wie stehen die Chancen auf ein angemessenes Ergebnis?
2. wer ist der beste „Tauzieher“ für die Urologen: Die KBV /KVen (einzig im Gesetz dafür vorgesehen), die Facharztgemeinschaft oder die Urologen selbst?

ad 1 die Chancen:

Betrachten wir die Faktoren der o.g. Gleichung im Einzelnen:

Zum Europunktwert: Dieser ist bekanntlich abhängig von dem so genannten **Orientierungswert**, der nur auf Landesebene, nach strengen Vorgaben (Kostenindex und Abweichungen vom bundesdurchschnittlichen Fallzahlen) modifiziert werden kann. Die Kalkulation des Orientierungswertes ist kaum noch zu beeinflussen: er berechnet sich aus bundesweiter Gesamtvergütung in EURO dividiert durch die Summe aller bundesweit anerkannten Leistungspunkte *nach* den „honorarbegrenzenden Maßnahmen“ (Individualbudgets oder Regelleistungsvolumina). Da die Gesamtvergütung feststeht, kann der Orientierungswert nur durch eine Erhöhung der Individualbudgets / Regelleistungsvolumina (RLV) bei *konstantem* Finanzvolumen sinken. Fatalerweise hat sich die KBV im Bewertungsausschuss genau auf eine solche Anpassung eingelassen. Es ist zu hoffen, dass sich die KVen dieser Forderung entziehen. Dann, und nur dann ist eine moderate Orientierungswertreduzierung um ca. 10 % auf ca. 3 Cent (!) möglich.

Zur Morbidität: Der morbiditätsbezogene Behandlungsbedarf ist der alles entscheidende Faktor in dem o.g. Produkt zur Kalkulation der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung. Über die Menge der Morbidität haben sich die KVen mit allen Kassen einheitlich zu einigen. Morbidität kann nur fachbezogen kalkuliert werden, insbesondere weil die Vergütungstrennung zwischen Haus- und Fachärzten fällt. Des Weiteren schreibt das Gesetz bereits für 2009 die Anpassung über „diagnosebezogene Risikoklassen“ nach

„einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren“ vor (§ 87c (4) in Verb. m. § 87a (4) und (5)). Aktuellen Äußerungen aus der KBV zufolge sieht sich die Selbstverwaltung dazu für 2009 nicht in der Lage. Daher wird die „alte“ Gesamtvergütung ein bisschen „umgemodelt“ und dann unter Wegfall der Hausarzt/Facharzt-Trennung in toto in einem spannenden, sicher sehr transparenten Prozess unter den Fachgruppen aufgeteilt werden.

Das zentrale Ziel der Kassen im Tauziehen um das Geld ist die Reduzierung der anerkannten Morbidität. Des Weiteren werden *Umverteilungen* zwischen den Fachgruppen *formal objektiv* mit Bezug auf die Morbidität begründbar sein. Die zentrale Frage in diesem Tauziehen ist also: wie viel Morbidität gelingt es den Kassen abzutrotzen, herunter gebrochen auf die einzelnen Fachgruppen und wie viel Morbidität (=Geld) wird den Urologen aus diesem Kuchen zugestanden. Dies ist ergebnisoffen. Die Kassen argumentieren daher korrekt, das Gesetz impliziere keineswegs quasi immanent eine Honorarsteigerung für die Ärzte, sondern im Ergebnis könne durchaus das Gegenteil evident werden, dass nämlich bisher eine nicht wirklich bestehende „Scheinmorbidität“ honoriert wurde.

III Perspektiven

Welche Entwicklung ist wahrscheinlich, wenn wir Urologen die Entwicklung 2008 lediglich als Zaungäste – wie sozialgesetzlich vorgesehen – passieren lassen werden. Wird es mehr oder weniger Honorar für die Urologen ab 2009 geben? Wie ausgeführt hängt dies essentiell davon ab welches Punktzahlvolumen für die Urologen in die o.g. Gleichung eingeführt werden kann. Dieses Punktzahlvolumen kann 2008 durch *2 Stellschrauben* beeinflusst werden:

1. Durch eine Punktzahlanhebung urologischer Leistungen im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen *Überprüfung der Leistungsbewertung* auf KBV-Ebene (§ 87, Abs.2, Satz 2+3).
2. Durch das für die Urologen durch die Landes-KVen zu verhandelnde *Morbiditätsvolumen*.

Prognostisch sind hier 2 Szenarien zu beachten.

- a. die politisch gewollte deutliche Honorarverbesserung der Hausärzte.
- b. das Wesen der gesetzlich vorgesehenen Verhandlungspartner KVen / Kassen.

zu a: eine drastische Aufstockung der hausärztlichen Honorare ab 2009 ist politisch gewollt. Eindeutige Aussagen von SPE- und CDU(!)-Gesundheitsministern als Vorsitzende der zuständigen Landesaufsichtsbehörden lassen hieran keinen Zweifel. Gesundheitsminister Josef Hecken (CDU Saarland): „*Ich trete dafür ein, dass 21 % mehr bei den Hausärzten ankommen*“ und „*er sei ein leidenschaftlicher Vertreter des Hausarztprinzips, denn die Fachärzte würden die Patienten zunächst abrechnen und dann den Hausärzten vor die Türen kehren*“.

Die Gretchenfrage: Wer zahlt dieses Honorarplus, welches sich allein schon durch die disparitätische Punktzahlenhebung im EBM 2008 ankündigt? Die Kassen? die Versicherten? der Steuerzahler? oder... Das scheinbar objektiv und rationale Argument ist schon jetzt präjudizierbar: Über die Hausarztverträge und das Primärarztsystem verlagere sich Morbidität von den Fachärzten zu den Hausärzten. Diese Aussage, so vordergründig logisch, stellt die Realität auf den Kopf. Die schnöde Wirklichkeit aber wird in der politischen Auseinandersetzung und Diskussion wie immer keine Rolle spielen.

Zu b: Auch ohne diese „hausärztliche Problematik“ ist das real zu erwartende Szenario im Rahmen der Verhandlungen des so genannten notwendigen Behandlungsbedarfes nach § 87 a, Abs. 3, wenig ermutigend. Schauen wir uns die Akteure an, nicht als anonyme Institutionen (Kassen / KVen), sondern als agierende Menschen aus Fleisch und Blut mit den jeweils lagertypischen Interessen und Machtmöglichkeiten: Der geneigte Leser möge in die Haut und den Kopf der Akteure schlüpfen und aus deren Sicht denken:

1. Kassen

Die Kassen werden, wie ausgeführt, ein existenzielles Interesse daran haben die Morbidität maximal „herunter zu verhandeln“, denn das Interesse der Kassenvertreter ist eindeutig:

1. Erhalt ihrer eigenen Kassenstruktur (die, bedingt durch die Systematik des Gesundheitsfonds, durch jeden Cent mehr an die Ärzte gefährdet ist. Der Weg über den oben zitierten 1. Satz des § 71 wird in praxi nur schwerlich zu gehen sein insbesondere weil auch das Gesundschumpfen der Kassenlandschaft erklärtes politisches Ziel der neuen Gesetzgebung ist).

2. Erhalt der eigenen Karrierechancen, welche unmittelbar abhängig vom Verhandlungsergebnis gegen „die Ärzte“ sind. (Nur Hardliner machen Karriere!)

Zu diesem aus Kassenseite nachvollziehbaren Verhandlungsvorgaben kommt eine emotional ausgeprägt ärztefeindliche Grundhaltung (Zitat KBV-Chef Köhler: für die Kassen sind die Ärzte *Feinde*) und ein entscheidender verhandlungstaktischer Vorteil: **Die Kassenvertreter können einfach „nein“ sagen.** Sie können alternativlos blockieren, ohne irgendeine Sanktionen auch nur ansatzweise fürchten zu müssen (von einer regierungsseitigen Intervention abgesehen).

2. KBV / KVen

Auf der anderen Seite des Verhandlungstisches sitzen die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben in der Tat die undankbare Aufgabe unter hohem Zeitdruck den notwendigen Behandlungsbedarf für eine Vielzahl von Fachgruppen zu verhandeln, von deren fachgruppentypischer tatsächlicher Morbidität sie in der Regel wenig Ahnung haben. Da mangelt es für die kleinen Fachgruppen sowohl an Zeit als auch an Kenntnissen. Aber auch KV Vertreter sind Menschen aus Fleisch und Blut und auch sie haben primär das Interesse am Erhalt der *eigenen* Institution und der *eigenen* komfortabel ausgestatteten Position. Die Zukunft des KV-Systems ist jedoch zunehmend

entscheidend abhängig von der Verhandlung und Abwicklung von Einzelverträgen, ausgeschrieben von Kassenseite(!), die sich neben den KVen andere Verhandlungspartner, wie bereits mehrfach geschehen (Baden-Württemberg!), aussuchen können. Es ist daher ein ureigenes Interesse der KV-Vertreter, zur Wahrung ihrer eigenen gut dotierten Positionen sich als Wunschverhandlungspartner im Rahmen des Einzelvertragsgeschäftes gegenüber den Kassen zu präsentieren. Dem ist eine knallharte Verhandlung zum finanziellen Vorteil der Vertragsärzte mit entsprechenden potentiellen Konsequenzen für die Kassen alles andere als dienlich. Der entscheidende Nachteil beim „Tauziehen“ ist jedoch, dass die KV-Vertreter jegliche Sanktionierungsmöglichkeit jenseits der stumpfen Drohung mit dem Landesschiedsamt beraubt sind. Auf den Punkt gebracht: In diesem finanziell existenziellen Kampf steigen ungleiche Partner in den Ring: Für die Ärzteseite die KV: Zur maximal konfliktiven Verhandlungsführung weder bereit noch ansatzweise fähig! Zeitlich als auch sachlich überfordert! In der anderen Ecke die Kassen: emotional als auch rational auf kompromisslose Konfrontation eingestellt. Das einzige was sie tun müssen: blockieren! Zitat KBV-Chef Köhler: „Die Kassen verhandeln nicht, sie diktieren“. Wer, wenn nicht der KBV-Chef müsste dieses wissen? Es bleibt jedem Urologen selbst überlassen sich auszumalen, welches honorarspezifische Ergebnis in diesem Szenario wahrscheinlich sein wird, **sollten sich die Urologen auf die Rolle des Zaungastes beschränken.**

Die Selbstdarstellung der KVen

Fraglos unterscheidet sich diese Interpretation des wahrscheinlichen Verhandlungsszenarios diametral von den publizierten Prognosen der KBV und der KVen. Diese werden nicht müde substantielle Honorarzuwächse für alle, nach Durchschreiten des „Tal der Tränen 2008“, für 2009 zu versprechen. Der Budgetdeckel sei durchlöchert, man müsse nur durch die Löcher greifen und schon brechen rosige Zeiten für die Vertragsärzte an. Näher an der Realität ist, dass der Budgetdeckel unverändert lochfrei existiert und existieren wird. Es gibt allenfalls angedeutete Perforationsflächen. Diese zu öffnen setzt allerdings zwei effiziente Spieße voraus: den Spieß der harten Morbiditäts-Daten und den Spieß der machtvollen Sanktionsmöglichkeit. Ersteren hat die KV (noch) nicht, den zweiten sieht das Sozialgesetz für die KVen schlechterdings nicht vor. Diese Machtlosigkeit ist den KVen nicht vorzuwerfen; vorzuwerfen ist ihnen jedoch, dass sie so tun als hätten sie diese Macht. Der euphemistische Name „*Kassenärztliche Vereinigung*“ verführt offensichtlich immer noch eine breite Mehrheit der Vertragsärzte zur Annahme, dass das Sozialgesetz eine Interessenvertretung der Ärzte durch die KVen vorsieht. Allerdings ist im Sozialgesetz an keiner Stelle von einer Interessenvertretung der Ärzte durch die KVen die Rede, lediglich die Rechte der Ärzte ist durch die KVen zu wahren, ähnlich wie ein Finanzamt auch die Rechte, aber nicht die Interessen der Steuerzahler zu wahren hat. Auch wenn man einigen KVen den Versuch der Interessensvertretung durchaus unterstellen kann, so sind diesen Versuchen durch das Sozialgesetz und durch

die Aufsichtsbehörden enge Grenzen gesetzt. Dies insbesondere, wenn die Interessensvertretung in Konflikt zur eigentlichen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung steht, Ausführungs- und Regulierungsbehörde des Staates im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Versorgung zu sein. Auch dieser Zustand ist nicht Schuld der Kassenärztlichen Vereinigungen. Schuldhaft ist es jedoch den Vertragsärzten über ihre eigentliche Funktion Sand in die Augen zu streuen und so zu tun, als seien sie der einzig mögliche, machtvolle, hocheffiziente Schutz aller Vertragsärzte.

Zur Erklärung dieses realitätsfernen Verhaltens ist es wiederum dienlich sich selbst in die Position eines KV-Vorständlers zu versetzen. Dessen Hauptinteresse ist die Bewahrung der Institution KV, auch einschließlich der vielen Arbeitsplätze, die diese Behörde vorhält. Fraglos hat der Gesetzgeber die Position der KVen geschwächt; Selektivverträge an den KVen vorbei oder gar der Ausstieg ganzer Fachgruppen führen durch den Wegfall der entsprechenden Verwaltungsgebühren zu einer essentiellen Gefährdung der Finanzsituation der KVen. Es ist also das zentrale Interesse der KVen *zum Selbsterhalt* zu verhindern, dass sich Arztgruppen verselbstständigen und die Versorgung an der KV vorbei und damit ohne KV-Gebühren organisieren. Je weniger Ärzte unter dem Dach der KV sind bzw. je kleiner der Anteil des gesamten Leistungskuchens ist, der noch über die KV verwaltet wird, desto weniger attraktiv werden die KVen als Vertragspartner der Kassen im Rahmen von Selektivverträgen, und desto offensichtlicher wird ihre Rolle als Resteverwalter und sicherstellungstechnischer Wadenbeißer gegenüber den Ärzten. Selektivverträge an den KVen vorbei und die zunehmenden Aktivitäten zum kollektiven KV-Ausstieg werden als unmittelbare Bedrohung der Institution KV als Körperschaft des öffentlichen Rechtes empfunden. In dieser Situation ist es natürlich kontraproduktiv, sich gegenüber seinen Zwangsmitgliedern als schwacher Juniorpartner der Kassen im Rahmen der Honorarverhandlungen zu präsentieren und damit den Erosionsprozess zu beschleunigen. Die KV Nordrhein beispielsweise nutzt völlig skrupellos die Lufthoheit der Propaganda und die Unwissenheit der Masse der Vertragsärzte über die tatsächlichen gesetzlichen Zusammenhänge zur geradezu unerträglichen und auch unverantwortlichen Eigenwerbung.

Was bleibt ist die Erkenntnis, dass die entscheidende Stellschraube für unsere zukünftige urologische Honorarentwicklung, die Definition des notwendigen Behandlungsbedarfes in Form eines morbiditätsbezogenen Punktzahlvolumens, bei den KVen möglicherweise nicht in den besten Händen sein wird.

3. Gibt es einen Ausweg?

Nein, beschränkt man sich auf die Möglichkeiten des Sozialgesetzes. Ja, wenn die Urologen ihre Sache selbst in die Hand nehmen.

Ausgehend von der Feststellung, dass die Position der Hausärzte durch einen starken Hausarztverband entscheidend verbessert wurde, liegt es nahe ähnliche Ergebnisse durch die Vertretung der Fachärzte zu erwarten. Leider führt auch dieser Ansatz nicht weiter, denn es gibt entscheidende Unterschiede zwischen dem Hausarztverband und der derzeit bestehenden Vertretungen aller Fachärzte, der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Während der Hausarztverband einerseits eine seit Jahren erfolgreiche Imagepolitik betreibt (der vom Aussterben bedrohte, sich für die Armen und Alten aufopfernde, auch noch von den Fachärzten kujonierte Hausarzt) und andererseits mit massiven KBV/KV- und Systemausstiegsdrohungen die Akteure im Gesundheitssystem auf Trab hält, haben sich die Fachärzte die Taktik des systemtreuen Leisetreters zu eigen gemacht. Folgerichtig hat sich die Wahrnehmung der Fachärzte auf die des Watschenaugusts reduziert, dessen bloße Existenz als niedergelassener Vertragsarzt zunehmend in Frage gestellt wird. Zwar hat eine internationale Studie (Health Consumer Powerhouse (HCP) Stockholm 2007) festgestellt, dass die Qualität des deutschen Gesundheitssystems insbesondere auf dem problemlosen Zugang zur fachärztlichen Versorgung beruht, das aber wiederum haben die Fachärzte nicht ansatzweise geschafft in die politische Diskussion einzubringen. Geradezu pathognomonisch für den Zustand der politischen Vertretung der Fachärzte ist, dass man gerade jetzt, wo man im Rahmen der Neuordnung des Gesundheitssystems eine streitfähige und streitbare geschlossene Fachärzteschaft am dringendsten bräuchte, sich diese durch den Zwist um einen neuen Spitzenverband der Fachärzte vollständig aus der politischen Diskussion verabschiedet hat. Die GFB geschwächt, die Gründung des neuen fachärztlichen Spitzenverbandes auf Monate vertagt – desolater kann sich die Situation der Fachärzte nicht darstellen.

Im übrigen war und ist die Einheit der Ärzte im Allgemeinen und die der Fachärzte im Speziellen seit je her aufgrund unterschiedlicher Interessenslage eine Illusion! Eine erzwungene Einheit ist meist kontraproduktiv, *freiwillige* Allianzen sind allemal effizienter. (Daher ist den Forderungen der Hausärzte nach Aufteilung in eine Hausarzt- und Facharzt-KV - mit eigenständigem Vertretungsmandat der Fachgruppen bei fachspezifischen Fragen- endlich Rechnung zu tragen!)

Wir Urologen werden also unser Schicksal selbst in die Hand nehmen müssen: **allons les Urologistes!**

Was müssen wir tun? Vom Grundsatz nur eins: dafür Sorge zu tragen, dass der Faktor „notwendiger Behandlungsbedarf in Punkten“ in der zentralen Gleichung „Euro-Punktwert x notwendiger Behandlungsbedarf in Punkten = Urologenbudget“ ausreichend dimensioniert ist. Grundsätzlich kann das auf drei Ebenen erfolgen:

1. in der **Praxis**
2. auf der **Bundesebene** im Rahmen der Neuberechnung der Leistungen gemäß § 87 Abs. 2, Satz 2 und 3 und

3.. auf **Landesebene** im Rahmen der Aufteilung des notwendigen Gesamt-Behandlungsbedarfes (s.o.).

Ad 1 Praxis: zum Nachweis des Behandlungsbedarfs ist eine - budgetunabhängige - maximal vollständige Leistungserfassung über die abgerechneten Ziffern und die ICD-10 kodierte Morbidität über alle (!) Diagnosen unabdingbar. Eine Pflege der Scheinzahl ist mit Hinblick auf die neuen Regelleistungsvolumina sinnvoll.

Ad 2 Bundesebene: zwar hat der Bewertungsausschuss im Oktober 2007 beschlossen, Zitat: *„dass im Jahr 2008 eine umfassende Neuerhebung der Kostendaten für die Kalkulation der Leistungsbewertungen so zeitnah erfolgt, dass der Bewertungsausschuss gegebenenfalls entsprechende Beschlüsse zur Anpassung der Leistungsbewertung mit Wirkung zum 1. Januar 2009 fassen kann.“* Dazu soll das Institut des Bewertungsausschusses ein Konzept bis zum 1. Februar 2008 entwickeln. Insider sprechen allerdings wiederum von einem KBV-typischen Potemkinschen Dorf: gleich der EBM-2000plus-Story wird nach großem öffentlichkeitswirksamen Bohai letztendlich das herauskommt, was herauskommen soll, dass nämlich alles so bleibt wie es ist. Dem wird der Berufsverband mit eigenen aktuellen soliden Daten entgegen zu wirken haben. Die Bereitschaft des Instituts, aktuelle Daten des BDU zu berücksichtigen, wurde bereits signalisiert.

Ad 3 Landesebene: die Landesvorsitzenden müssen sich rechtzeitig mit den Morbiditätskalkulations- bzw. Verteilungskriterien vertraut machen, um zu überprüfen, ob auf Landesebene die urologische Morbidität und damit der notwendige Behandlungsbedarf korrekt erfasst wird. Eine Morbiditätsverlagerung nach politischem Kalkül zu Lasten der kleinen Facharztgruppen und zum Vorteil beispielsweise der rebellischen Hausärzte gilt es mit allen Mitteln zu verhindern.

4. Das „kleine“ Problem:

Das ganze hat nur einen kleinen, aber entscheidenden Schönheitsfehler: Der Berufsverband oder eine sonstige ärztliche / fachärztliche Organisation haben nicht das geringste Recht zur Intervention! Um es bildlich auszudrücken: die gesetzmäßig vorgesehenen Köche der Honorarreform werkeln hinter hermetisch verschlossenen Türen. Das Recht, die Küche zu betreten, in die Töpfe zu schauen, oder gar in der Suppe zu rühren, hat kein Berufsverband. Aber das hat auch der Hausärzteverband nicht. Und trotzdem wurde der hausärztliche EBM 2008 – mit Ausnahme der EURO 85,00 Pauschalvergütung - nach der Rezeptur des Hausarztverbandes gekocht, obwohl den Köchen der KBV und der Kassen diese Rezeptur nach eigenem Bekunden überhaupt nicht geschmeckt hat. Es macht also Sinn darüber nachzudenken, wie sich der Hausarztverband Zutritt zu den Töpfen verschafft hat. Um es kurz zu sagen: mit geschickter Imagepflege einerseits, aber auch mit maximal streitbarem Verhalten gegen KBV und Politik andererseits:

Der Hausarztverband fordert seit Jahren vehement ein eigenes hausärztliches KBV/KV-System, denn Hausärzte würden durch das gemeinsame, fachärztlich dominierte, KBV/KV-System systematisch unterdrückt. Da aber die KBV dieses Schisma unter allen Umständen vermeiden möchte, muss sie in Endlosschleife den Hausärzten beweisen, dass sie - trotz Rauswurf des Hausärzte-Chefs Weigelt - eine KBV für alle Ärzte, eben auch für die Hausärzte ist. Kurz, sie muss die Hausärzte jeden Tag aufs Neue in die Gemeinsamkeit zurück"kaufen". Dieses Problem hat man mit den Fachärzten nicht, denn die sitzen als KBV- und Systemmusterschüler brav in der Ecke und mucken nicht. Von dieser Seite droht keine Gefahr. Hier besteht folglich nicht der geringste Handlungsbedarf. Auch dem System selbst wird jetzt hausärztlicherseits kräftig in die Kandare gefahren, nachdem man sich jahrelang, aus Sicht der Hausärzte unbelohnt, im Schoß der diversen Gesundheitsministerinnen geredelt hat. Nur bei den Hausärzten haben hohe Funktionäre den Mumm, mit dem Systemausstieg zu drohen, für Vorsitzende fachärztlicher Berufsverbände weiterhin ein Sakrileg. So eine rebellische Truppe lässt man, auch ohne dass sie eigentlich dazu ein Recht hat, in der Suppe rühren.

5. die Konsequenz

Auch wir Urologen müssen Zutritt zu diesen Küchen finden. Wir müssen das Recht erkämpfen - richtig: erkämpfen - in die Töpfe zu schauen und unsere eigenen Rezepturen einzubringen, sofern uns die Suppe nicht schmeckt. Dazu brauchen wir unabdingbar den Druck einer streitbaren und rebellischen Basis, gleich den Hausärzten. Das geht nur über eine glaubhaft organisierte Alternative zum System, durch ein nachvollziehbar seefest gemachtes Rettungsboot, um dieses KV-Schiff zu verlassen, wenn sich die Arbeitsbedingungen auf diesem Dampfer weiterhin verschlechtern. Im Klartext, das was in der Umfrage des Berufsverbandes zu über 70 % der Antworten gefordert wurde, nämlich die Organisation einer Alternative über eine **Korbmodell** auf Landesebene, muss endlich realisiert werden. Diese Strategie ist für Politik, Kassen und KVen so unangenehm, wie für die Ärzte effizient weil anonym und nicht durchschaubar. Primär unverbindlich, gefahrlos und mit geringstem Geld- und Zeitaufwand organisierbar, setzt das Korbmodell der Veto-Macht des Geldes die Veto-Macht der Leistung gegenüber, die *Conditio sine qua non* für einen erfolgreichen Kampf um ein angemessenes Urologenhonorar. Ein praller Korb ist der beste Garant für ein angemessenes Überleben **im** System! Unabdingbar ist allerdings eine kollektive Parallelstruktur. Deswegen hatte der Hauptausschuss des BDU im Mai 2007 die Uro-Genossenschaft „Bund der Urologen“ beauftragt, die operativen Voraussetzungen für die Zeit nach dem Systemausstieg für diejenigen Landesteile zu schaffen, in denen keine eigenen genossenschaftlichen oder ähnliche Parallelstrukturen bestehen. In der Außenwahrnehmung wäre dies jetzt von großer Hilfe, konterkariert dies doch das zentrale Gegenargument der fehlenden Parallelstruktur für die unabdingbar kollektive Vertretung aller Urologen. Leider ist die

Genossenschaft diesem Auftrag mit Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts nicht gefolgt.

Aber die Erlaubnis des Mitrührens reicht noch lange nicht zu einem guten Ergebnis. Dazu braucht der Berufsverband, wie gesagt, aktuelle betriebswirtschaftlich belastbare Zahlen und auf der Landesebene die Fähigkeit, die Morbiditätsrezeptur überhaupt erst einmal zu verstehen. Des Weiteren bedarf es der nachdrücklichen Bereitschaft, nach wieder gewonnener Stärke durch Schaffen einer Alternative zum bisherigen System kompromissfähig zu bleiben. Kompromissfähigkeit ist ein zentrales Element des Interessenausgleichs in einer freien Gesellschaft. Im bestehenden KV-System steht dagegen Befehl und Willkür an der Stelle des Kompromisses, der gleiche Augenhöhe auf dem Boden einer symmetrischen Machtverteilung voraussetzt. („Die Kassen verhandeln nicht, sie diktieren“. siehe oben).

6. Das Urteil des Bundessozialgerichts zum Systemausstieg:

In den Augen der Kritiker von Arbeitskampfmodellen unter Infragestellen des „derzeitigen Systems“ ist das oben Genannte eine schlichte Aufforderung zum Gesetzesbruch. Das Bundessozialgericht hat eindeutig festgestellt, dass mit Bezug auf den § 95 b das kollektive Verlassen des Systems gesetzeswidrig ist und zum Verlust der Abrechnungsfähigkeit medizinischer Leistungen gegenüber GKV-Versicherten führt. Unabhängig von der Frage, ob der Aufruf zur Organisation eines potenziellen Verstoßes gegen § 95 b als Überlebensmaßnahme einer ganzen Berufsgruppe für sich allein einen Gesetzesbruch darstellt und ob die normative Kraft des Faktischen neue Realitäten schaffen wird, unabhängig auch von der Überlegung, wo die Kassen, die letztendlich dann den Sicherstellungsauftrag übernehmen müssen, die notwendige Anzahl von urologischer Kompetenz unter Umgehung der breiten Menge der zur Zeit urologisch tätigen Vertragsärzte herbekommt, gibt dieses Urteil Anlass zur grundsätzlicher rechtsstaatlichen Überlegung: Mir ist nicht bekannt, dass in einer anderen freien Gesellschaft eine ähnliche Einschränkung bürgerlicher Freiheiten festgeschrieben ist. Im Gegenteil, dies von Horst Seehofer initiierte Gesetz dürfte von vielen anderen demokratischen Staatsbürgern als einer freien Gesellschaft unwürdig erachtet werden. Ebenso kritisch fallen Gedanken zur deutschen Sozialgerichtsbarkeit, insbesondere des Kassenarztsenats und dessen Vorsitzenden Dr. Engelmann aus. Bereits 2002 stellte der Bonner Medizinrechtler Ingo Pflugmacher im „Urologen B“ die rhetorische Frage, ob das Bundessozialgericht „Rechtsschutz oder aber Systemschutz gewährt“. (Urologe[B] 3, 2002, 208ff) Diese Frage aus üblicherweise berufsmäßig zurückhaltendem Munde spricht für sich, ist doch Systemschutz statt Individualschutz typisch für die „Recht“sprechung nicht-rechtsstaatlicher Systeme. Für den Autor als juristischen Laien und Bürger eines freien Staates ist dieses Sozialgericht ein politisches Gericht und damit einem freiheitlichen westlichen Rechtsstaat wenig würdig.

Rechtsstaatliches und freiheitliches Bewusstsein scheint in den Bevölkerungen der Nationen höchst unterschiedlich ausgeprägt zu sein. Deutschland und Frankreich beispielsweise sind zweifelsfrei demokratische Länder der freien Welt. Wenn man die breite, kritiklose geradezu obrigkeitshörige Akzeptanz des besagten Urteils durch viele Vertragsärzte, insbesondere aber auch das geradezu triumphale Verweisen auf dieses Urteil durch viele KV-Chefs den Worten ihres französischen Kollegen und jetzigen Außenministers unter der konservativen Regierung Sarkozy, Bernhard Kouchner, gegenüberstellt, „manchmal muss man Gesetze brechen, um sie zu verändern“ zeigt das doch eine erschreckende Diskrepanz zwischen Deutschen und Franzosen in der intuitiven Wahrnehmung unabdingbarer Grundfreiheiten einer offenen Gesellschaft. Der Publizist Wolfgang Sofski hat es in kurzen Sätzen auf den Punkt gebracht: „Freiheit bedeutet Abwesenheit von Zwang, Bevormundung und Überwachung. Sie schützt das Individuum vor dem Übergriff der Gesellschaft und dem Zugriff des Staates...“. Bitte vergleichen Sie diese Worte mit unserem weltweit einmaligen KV-System. Des Weiteren führt Sofski aus: „der ängstliche Untertan sucht nicht Schutz vor dem Staat, sondern Schutz durch den Staat“. Sind wir tatsächlich alles nur ängstliche Untertanen? „Die Rechtsprechung des BSG sollte nicht zu Resignation oder Devotismus der Ärzteschaft führen“ so Pflugmacher im oben genannten Artikel. Kein Kommentar!

Dr. Wolfgang Rulf / Dr. Christian Tschuschke