

Presseinformation

Nr. 27 / 2014

Berlin / Augsburg, 19. 12. 2014

Gesetzlich geplante Facharzt-Terminierung ein Feigenblatt der Ökonomie!

Die Kassenärztliche Vereinigung muss als Folge des aktuell bestehenden Gesetzgebungsverfahrens eine neue Struktur aufbauen. Diese soll zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung der Krankenkassen – Pflichtversicherten beitragen.

Die Finanzierung des gesetzlich geplanten Vorhabens soll durch die Vertragsärzteschaft erfolgen. Die indirekten Initiatoren des Vorhabens, die Krankenkassen, wollen und sollen mit der Finanzierung des Projektes nichts zu tun haben.

Damit soll die Facharzt-Terminierung zu Gunsten der Versicherten und Patienten verbessert werden. Die Realität in Deutschland ist aber so, dass jeder ernsthaft erkrankte Patient – im Gegensatz zu England, Schweden, Norwegen und sogar Holland – einen Facharzttermin rechtzeitig bekommt. Es gibt also die von den Krankenkassen behauptete mangelhafte Terminierung für ernsthaft erkrankte Bürger nicht.

Andererseits sind Terminprobleme vorgegeben, wenn nicht Terminbedürftige, meist „Sich-krank-Fühlende“ und Versicherte unbedingt zu einem bestimmten Arzt wollen, jedoch ohne objektivierbaren ernsthaften Bedarf. Darin liegt das eigentliche Problem und zwar in der Eigeneinschätzung und der Ernsthaftigkeit der einzelnen Versicherten zu der Notwendigkeit eines Facharztbesuchs.

Es geht also real um die Eigenverantwortlichkeit im Kontext mit der bestehenden Anspruchshaltung aller Bürger und zwar auf der Grundlage falscher Informationen zu dem Inhalt im Sozialgesetzbuch V in §12.

Darin ist festgehalten, dass die Versicherten der Krankenkassen eine Versorgung/Behandlung/Betreuung auf der Grundlage der Definition: „wirtschaftlich, ausreichend, nach Notwendigkeit und zweckmäßig“ zusteht. Wir wissen aus der Schulzeit, dass ein „Ausreichend“ einer 4 entspricht und weit weg ist von einer guten Beurteilung.

Dieser Tatbestand wird den Bürgern von Seiten der Krankenkassen aus Gründen des Marketings dieser finanzorientierten Institutionen nie oder nur selten ausführlich dargelegt.

Diese Passage des SGB V in § 12 veranlasst die Krankenkassen auch dazu, die Vertragsärzteschaft mit Regressen zu bedrohen, wenn seitens der Verantwortlichen der Krankenkassen die Meinung vertreten wird, dass unwirtschaftlich versorgt wurde oder die Zweckmäßigkeit infrage gestellt wird.

Die Anzahl der Arztbesuche der gesetzlich Versicherten liegt im Durchschnitt in Deutschland bei 18 im Jahr. Dagegen liegt der Durchschnitt in Norwegen bei 5 Besuchen im Jahr.

Für den Gesetzgeber und die Krankenkassen wäre es somit sinnvoll, eine Analyse darüber anzustellen warum die Arztbesuche in Deutschland im Durchschnitt fast 4 x so hoch sind als in Norwegen.

Daraus könnten strukturelle Rückschlüsse gezogen werden und zwar ohne den weiteren Ausbau von Bürokratie und Kosten durch eine gesetzlich verordnete Terminverwaltung, die auf dem Rücken der Ärzteschaft ausgetragen werden soll.

Die Folge des gesamten gesetzlichen Vorhabens im Jahr 2015 wird ein Abbau der Anzahl von Fachärzten sein und somit besteht automatisch die Gefahr der Verlängerung von Wartezeiten für ernsthaft erkrankte Patienten.

Dr. med. Richard Barabasch
stellvertretender Präsident
Bürger Initiative Gesundheit e.V.

Pressestelle:

Bürger Initiative Gesundheit e.V.

Beethovenstraße 2

86150 Augsburg

Tel: 0821 / 50867960 - Fax 0821 / 50867969

presse@buenger-initiative-gesundheit.de

www.buenger-initiative-gesundheit.de

(freigegeben zur Veröffentlichung)