

Marketing

Patienten-Aufnahme-Stopp aus Qualitätsgründen

Ein Sozialgerichtsurteil mit Folgen

Das Sozialgericht Düsseldorf hat unter dem Aktenzeichen S 14 KA 260/02 richtungsweisendes Urteil (noch nicht rechtskräftig) veröffentlicht, das gerade unter dem Gesichtspunkt des neuen EBM mit seinen Zeitvorgaben für viele erfolgreiche Praxen eine besondere Signalwirkung haben wird.

Ursprünglich hatte der Disziplinarausschuss dem Arzt wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch Nichtbehandlung von GKV-Patienten ohne triftigen Grund einen Verweis ausgesprochen.

Dagegen hatte der Arzt Klage erhoben. Er wies darauf hin, dass er keine willkürliche Unterscheidung bei der Behandlung von GKV-Patienten durchgeführt habe. Weiterhin verwies er darauf, dass die von ihm praktizierte Verfahrensweise auf sachlichen Gründen beruhe. Er habe differenziert zwischen Stamm- und Neu-Patienten. Durch die Behandlung seiner Stammpatienten stoße er an seine Budgetgrenzen. Es könne ihm nicht abgesprochen werden, eine Praxisorganisation zu wählen, die seiner Leistungs- und Budget-Kapazität angepasst ist.

Stammpatienten qualitätsgesichert zeitlich angemessen betreuen

Insbesondere dem Verweis, dass er in seiner Leistungskapazität aus Qualitätsgründen eine Limitierung vornehmen müsse, folgte das Gericht.

Darüber hinaus stellte das Gericht fest, dass dem Arzt auch nicht vorgeworfen werden könne, dass er durch die von ihm praktizierte

Terminvergabe seine Stammpatienten dazu zwingt, sich privat behandeln zu lassen. Im Gegenteil ist die Beschränkung auf Stammpatienten sogar eine Schutzfunktion für Kassenpatienten, ausreichend behandelt zu werden.

Analog: Zeitvorgaben des EBM sind eine indirekte Qualitätssicherung

Viele Arztpraxen, die bisher sehr große Patientenmengen betreut haben, stoßen nun mit den Zeitvorgaben des EBM zusammen. Wenn sie nicht radikal die Nachfrage senken, entsteht eine indirekte Unplausibilität durch Überschreiten der Zeitvorgaben.

Aus diesem Grunde wird es notwendig sein, dass sich eine Arztpraxis mit zuviel Kassenpatienten entscheidet, ein praxisinternes Patienten-Bewertungsschema zu entwickeln.

Unter den Kategorien
A: sehr krank/akutmedizinische Abklärung/Notfall
B: chronisch krank
C: nicht unbedingt behandlungspflichtige Gesundheitsstörung
muss sich die Arztpraxis jetzt entscheiden, primär A- und B-Patienten zu behandeln. Ergibt sich daraus unter Heranziehung der Zeitvorgaben eine ausreichende Auslastung der Praxis mit bezahlten Patienten, ist das genau die Patientenmenge, die der Arzt aus Qualitätsgründen behandeln kann.

Sollten sich unter Berücksichtigung dieser Überlegungen Patienten aus der Kategorie C – die ersichtlich keinen Notfall darstellen – beschweren, hat der Arzt eine entsprechende, inhaltlich abgesicherte Begründung für die Nichtbehandlung.

Gesundheitsstörungen auf Wunsch als IGeL behandeln

Wünscht der Patient dennoch eine Behandlung, kann diese ihm nur als individuelle Gesundheitsleistung angeboten werden.

In einer entsprechenden Aufklärungsvereinbarung muss in einem solchen Fall ausdrücklich zum Ausdruck kommen, dass der Patient darüber aufgeklärt wurde, dass er – ohne Notfall zu sein – auf die Inanspruchnahme eines anderen Kassenarztes verzichtet hat und bereit ist, die gesamte Behandlung selbst zu zahlen, ohne sie der Krankenkasse einreichen zu können.

Zeit-Argument wird zum Maßstab der Neuordnung

Diese Vorgehensweise stellt einen extremen Bruch mit bisher lieb gewonnenen und vertrauten Strukturen dar.

In der Vergangenheit war gerade der Patient mit geringen Gesundheitsstörungen ein besonders gern gesehener Patient in großen Praxen. Er verursachte nicht viel Zeitaufwand und insbesondere keine hohen Medikamentenkosten.

Unter Berücksichtigung des neuen EBM, der insbesondere die Versorgung chronisch kranker Menschen fördern will und daher die Zeiten an deren Bedürfnissen ausgerichtet hat, entsteht jetzt die Trendwende. Dadurch, dass die Zeiten ein Indiz für Qualitätssicherung sind, wird das Zeit-Argument zum Maßstab einer Neuordnung der Praxis unter Berücksichtigung insbesondere schwerer Krankheitsbilder, die der Arzt primär aus seiner kassenärzt-

lichen Funktion zu versorgen hat.

Der Arzt darf jedoch in diesem Zusammenhang niemals argumentieren, bestimmte Leistungen seien für ihn betriebswirtschaftlich nicht rentabel. Ebenso wenig darf er seinen Patienten gegenüber formulieren, kassenärztliche Tätigkeit sei so unrentabel, dass er nur noch privat tätig sein wolle.

Kern solidarischen Verhaltens

Die vom Sozialgericht entwickelte Begründung ist gesellschaftlich tragfähig, weil sie auf den echten Kern solidarischen Verhaltens und qualitätsgesicherter Tätigkeit hinzielt und dies durch die

Konzeption des neuen EBM bestätigt wird.

Das führt allerdings dazu, dass sich insbesondere Menschen mit leichteren Gesundheitsstörungen jetzt entscheiden müssen, ob sie sich von ihrem eigenen Geld eine ärztliche, komfortmedizinische Versorgung leisten wollen oder ob sie unter diesem Gesichtspunkt auf die routinemäßige Inanspruchnahme von Ärzten bei nicht-existentialen Krankheitsbildern oder Gesundheitsstörungen eher verzichten wollen.

Das Urteil leistet so einen interessanten und gewichtigen Beitrag zur Neugestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnis in der Kassenmedizin. hjs

Patientenerklärung	
Individuelle, vom Patienten selbst gewünschte Gesundheitsleistungen	
Name, Vorname	_____
Straße	_____
Ort	_____
Ich bin	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert bei dem Mitglied

	Name und Vorname

	bei der Krankenkasse
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei mir kein Notfall vorliegt, und ich habe die Möglichkeit erhalten, andere Vertragsärzte aufzusuchen.	
Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine ausreichende Behandlung vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche trotzdem eine medizinische Behandlung auf privater Basis, die auf eigene Kosten die Leistungen meiner gesetzlichen Krankenkasse ersetzt bzw. darüber hinausgehende Leistungen. Diese kommen aufgrund meiner persönlichen Initiative zustande.	
Ich weiß, dass ich die Kosten hierfür selbst zu tragen habe und diese nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Die von mir gewünschte Leistung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.	
Gegenüber meiner Krankenkasse besteht weder in voller Höhe noch teilweise ein Kostenerstattungsanspruch. Die Leistung wird von mit () bar () mit EC-Card (..) in Raten durch Lastschrift einzug beglichen.	
Weiterer Aufklärungshinweis Der aufklärende Arzt hat dem Patienten 8 Tage Bedenkzeit empfohlen. Ferner wurde der Patient gebeten, im Zweifelsfall seinen Krankenversicherer zu befragen.	
Der Patient erhält ein Duplikat.	
Ausgeführt werden folgende Leistungen außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung:	

Ort, Datum	Unterschrift Arzt
	Unterschrift Patient
Copyright Vervielfältigungsrechte Kanzlei Broglio, Schade & Partner, Wiesbaden	